

LAPORAN KINERJA

RSUD KOTA SALATIGA



**RSUD KOTA SALATIGA
TAHUN 2025**

Daftar Isi

1	BAB I.....	1
1.1	Letar Belakang	1
1.2	Visi dan Misi.....	2
1.1.1	VISI :.....	2
1.1.2	MISI :.....	2
1.3	Struktur Organisasi	2
1.1.1.	Pejabat Pengelola BLUD	4
1.1.2.	Dewan Pengawas.....	4
1.4	Tujuan	5
1.5	Dasar Hukum	5
1.6	Sumber Daya.....	6
1.6.1	Personalia/Sumber Daya Manusia.....	6
1.7	Sistematika	7
2	BAB II.....	8
2.1	Target Kinerja Pelayanan	8
3	BAB III.....	30
3.1	Kinerja Pelayanan	30
3.1.1	Pelayanan Instalasi Gawat Darurat.....	30
3.1.2	Pelayanan Rawat Jalan	31
3.1.3	Pelayanan Rawat Inap	31
3.1.4	Hemodialisa	32
3.1.5	Rehab Medik.....	33
3.1.6	Penunjang Medis	33
3.1.7	Radiologi.....	34
3.1.8	Bed Occupancy Rate (BOR).....	34
3.1.9	LOS (Length of Stay).....	35
3.1.10	Turn Over Interval (TOI)	35
3.1.11	Bed Turn Over (BTO)	36
3.1.12	Net Death Rate (NDR)	36
3.1.13	Gross Death Rate (GDR)	37
3.2	Kinerja Standart Pelayanan Minimal	37
4	%.....	38
4.1	Kinerja Keuangan	53
4.2	Kinerja Manfaat	65
4.2.1	Kinerja Manfaat terhadap Pemerintah Daerah	65
4.3	Kinerja Mutu	68

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah Sakit Umum Daerah (*RSUD*) Kota Salatiga merupakan rumah sakit rujukan yang dimiliki oleh Pemerintah Kota Salatiga dalam rangka memenuhi kebutuhan dan tuntutan masyarakat kota Salatiga atas fasilitas dan pelayanan kesehatan yang memadai dan mumpuni. *RSUD Kota Salatiga* berada pada lokasi yang tergolong relatif strategis, yaitu berada di tengah kota yang mudah diakses atau dijangkau dengan berbagai sarana transportasi dan yang juga berada di tepi jalur jalan raya antara kota Semarang dan kota Surakarta. Secara administratif lokasi *RSUD Kota Salatiga* termasuk dalam wilayah Kelurahan Mangunsari Kecamatan Sidomukti Kota Salatiga, tepatnya di Jalan Osamaliki No 19 Salatiga. Adapun Letak posisi *RSUD Kota Salatiga* di sebelah utara dibatasi oleh sungai Andong dan Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama Negeri 2 Salatiga, di sebelah timur stadion Kridango, sedangkan di sebelah selatan pertokoan dan Jalan Stadion, namun di sebelah barat dibatasi Jalan Osamaliki yang merupakan jalan raya antara Kota Semarang dan Kota Surakarta.

Dalam perkembangannya *RSUD Kota Salatiga* telah berhasil mencapai beberapa tingkat kemajuan dan tingkatan prestasi yang relatif membanggakan. Seperti yang dicapai pada tahun 1996–1997, UNICEF (Organisasi PBB) memberikan pengakuan Akreditasi kepada *RSUD Kota Salatiga* sebagai *Rumah Sakit Sayang Ibu & Bayi*

Kemudian pada tahun 2011 upaya peningkatan klasifikasi type kelas rumah sakit berhasil dicapai, sehingga mulai tahun tersebut type kelas *RSUD Kota Salatiga* menjadi "*Rumah Sakit Kelas B Pendidikan*" Namun upaya penataan dan pengelolaan masihlah terus ditingkatkan, hingga tahun 2020, *RSUD Kota Salatiga* mendapatkan Sertifikat Akreditasi dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) dengan lulus tingkat "*PARIPURNA*".

RSUD Kota Salatiga sebagai unit pelayanan kesehatan milik pemerintah daerah tidak hanya memiliki jangkauan pelayanan masyarakat dalam skala kota saja, namun memiliki peluang pasar yang baik untuk melayani warga masyarakat daerah lainnya. Kota

Salatiga menjadi pusat kegiatan pelayanan bagi masyarakat di wilayah *hinterland* mengingat posisi strategisnya yang terletak pada jalur utama dan memiliki nilai aksesibilitas yang tinggi.

1.2 Visi dan Misi

1.1.1 VISI :

“Rumah Sakit Pendidikan yang Mandiri, dengan Pelayanan Bermutu sebagai Pilihan Utama Masyarakat.

1.1.2 MISI :

1. Menyelenggarakan pelayanan Kesehatan yang inovatif, bermutu dan paripurna;
2. Melaksanakan penyediaan fasilitas pelayanan Kesehatan secara optimal;
3. Mewujudkan tata Kelola rumah sakit yang efektif, efisien, transparan dan akuntabel;
4. Menyelenggarakan Pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan ilmu Kesehatan yang berkesinambungan;
5. Mewujudkan kemandirian rumah sakit dan meningkatkan kesejahteraan karyawan.

1.3 Struktur Organisasi

Struktur Organisasi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Salatiga ditetapkan berdasarkan Peraturan Daerah Kota Salatiga Nomor 9 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kota Salatiga Tahun 2016 Nomor 9), sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Daerah Kota Salatiga Nomor 14 Tahun 2021 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Daerah Kota Salatiga Nomor 9 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah dan Peraturan Wali Kota Salatiga Nomor 29 Tahun 2024 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah.

Menurut pasal 3 Rumah Sakit Umum Daerah Kota Salatiga merupakan merupakan unit organisasi bersifat khusus yang memberikan layanan secara profesional yang bersifat otonom dalam

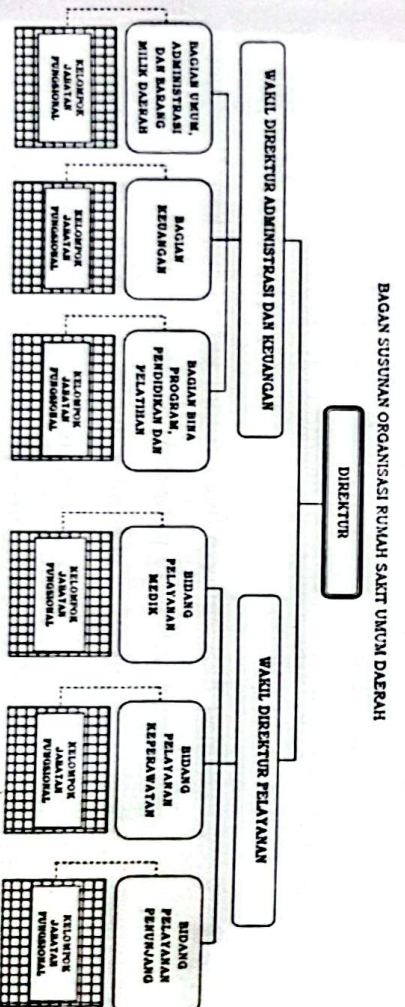
pengelolaan keuangan, barang milik Daerah, bidang kepegawaian serta menerapkan pola pengelolaan keuangan badan layanan umum Daerah dan tata kelola klinis. Rumah Sakit Umum Daerah Kota dipimpin oleh Direktur. Direktur dalam pengelolaan keuangan dan barang milik Daerah serta bidang kepegawaian, bertanggung jawab kepada Kepala Dinas Kesehatan sesuai dengan peraturan perundangundangan.

Struktur Organisasi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Salatiga

menurut pasal 5 terdiri dari Direktur, Wakil Direktur, dan Kepala Bagian dan Kepala Bidang dengan susunan sebagai berikut:

1. Direktur;
2. Wakil Direktur Administrasi dan Keuangan, yang membawahi:
 - 1) Bagian Umum, Administrasi dan Barang Milik Daerah;
 - 2) Bagian Keuangan; dan
 - 3) Bagian Bina Program, Pendidikan dan Pelatihan.
3. Wakil Direktur Pelayanan, yang membawahi:
 - 1) Bidang Pelayanan Medik;
 - 2) Bidang Pelayanan Keperawatan; dan
 - 3) Bidang Pelayanan Penunjang.

Struktur organisasi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Salatiga digambarkan sebagai berikut :



Gambar 1 Gambar Struktur Organisasi RSUD Kota Salatiga

1.1.1. Pejabat Pengelola BLUD

Pejabat Pengelola BLUD sesuai dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah adalah sebagai berikut:

1. Pemimpin
2. Pejabat keuangan
3. Pejabat teknis.

1.1.2. Dewan Pengawas

Dewan Pengawas RSUD Kota Salatiga ditetapkan berdasarkan Surat Keputusan Wali Kota Salatiga Nomor : 812/98/ 2022 tanggal 21 Februari 2022 tentang Dewan Pengawas Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Masa Jabatan Tahun 2022-2027. Dalam melaksanakan tugas Dewan memiliki tugas sebagai berikut :

1. Memantau perkembangan kegiatan BLUD;
2. Menilai kinerja keuangan maupun kinerja non keuangan BLUD dan memberikan rekomendasi atas hasil penilaian untuk ditindaklanjuti oleh Pejabat Pengelola BLUD, diukur paling sedikit meliputi :
 - a. Memperoleh hasil usaha atau hasil kerja dari layanan yang diberikan (rentabilitas)
 - b. Memenuhi kewajiban jangka pendeknya (likuiditas)
 - c. Memenuhi seluruh kewajibannya (solvabilitas)
 - d. Kemampuan penerimaan dari jasa layanan untuk membiayai pengeluaran.
3. Memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja dari hasil laporan audit pemeriksaan eksternal pemerintah;
4. Memberikan nasihat kepada Pejabat Pengelola dalam melaksanakan tugas dan kewajiban;
5. Memberikan pendapat dan saran kepada Wali Kota mengenai :
 - a. RBA yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola
 - b. Permasalahan yang menjadi kendala dalam pengelolaan BLUD dan
 - c. Kinerja BLUD

6. Melaporkan pelaksanaan tugasnya kepada Wali Kota secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu tahun atau sewaktu-waktu jika diperlukan.

Susunan keanggotaan Dewan Pengawas Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah dengan Masa Jabatan Tahun 2022 – 2027 sebagai berikut :

Tabel 1 Tabel Susunan Keanggotaan Dewan Pengawas

No.	Jabatan dalam Dinas/Tenaga Ahli	Kedudukan Dalam Dewan Pengawas
1	Asisten Perekonomian dan Pembangunan Sekretariat Daerah Kota Salatiga	Ketua Merangkap Anggota
2	Kepala Badan Pengelolaan Keuangan dan Pendapatan Daerah Kota Salatiga	Anggota
3	Kepala Dinas Kesehatan Kota Salatiga	Anggota
4	Asisten Pemerintahan dan Kesejahteraan Rakyat Sekretariat Daerah Kota Salatiga	Anggota
5	Dr. Rahmat Haryadi, M.Pd	Anggota

Sumber: SK Wali Kota Salatiga Nomor: 812/98/2022 tanggal 21 Februari 2022

1.4 Tujuan

Tujuan disusunnya Laporan Kinerja ini adalah :

1. Memenuhi tugas dan kewajiban Pemimpin BLUD sesuai Peraturan Perundangan bahwa Pemimpin BLUD melaporkan Laporan Keuangan beserta kinerja operasional.
2. Sebagai bahan evaluasi kinerja agar dapat merencanakan perbaikan atau percepatan pencapaian target kinerja yang telah ditetapkan

1.5 Dasar Hukum

1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan;
2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;
3. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Perumasakitan;
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;

6. Melaporkan pelaksanaan tugasnya kepada Wali Kota secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu tahun atau sewaktu-waktu jika diperlukan.

Susunan keanggotaan Dewan Pengawas Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah dengan Masa Jabatan Tahun 2022 - 2027 sebagai berikut :

Tabel 1 Tabel Susunan Keanggotaan Dewan Pengawas

No.	Jabatan dalam Dinas/Tenaga Ahli	Kedudukan Dalam Dewan Pengawas
1	Asisten Perekonomian dan Pembangunan Sekretariat Daerah Kota Salatiga	Ketua Merangkap Anggota
2	Kepala Badan Pengelolaan Keuangan dan Pendapatan Daerah Kota Salatiga	Anggota
3	Kepala Dinas Kesehatan Kota Salatiga	Anggota
4	Asisten Pemerintahan dan Kesejahteraan Rakyat Sekretariat Daerah Kota Salatiga	Anggota
5	Dr. Rahmat Haryadi, M.Pd	Anggota

Sumber: SK Wali Kota Salatiga Nomor: 812/98/2022 tanggal 21 Februari 2022

1.4 Tujuan

Tujuan disusunnya Laporan Kinerja ini adalah :

1. Memenuhi tugas dan kewajiban Pemimpin BLUD sesuai Peraturan Perundangan bahwa Pemimpin BLUD melaporkan Laporan Keuangan beserta kinerja operasional.
2. Sebagai bahan evaluasi kinerja agar dapat merencanakan perbaikan atau percepatan pencapaian target kinerja yang telah ditetapkan

1.5 Dasar Hukum

1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan;
2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;
3. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Perumasakitan;
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;

5. Peraturan Menteri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah;
6. Peraturan Menteri Kesehatan No 129 tahun 2008 tentang Standart Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit;
8. Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : HK.03.05.III.2960.II Tahun 2011 tentang klasifikasi RSUD Kota Salatiga berhasil meningkatkan lagi menjadi Rumah Sakit tipe kelas B – Pendidikan;
9. Peraturan Daerah Kota Salatiga Nomor 9 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kota Salatiga Tahun 2016 Nomor 9), sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Daerah Kota Salatiga Nomor 14 Tahun 2021 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Daerah Kota Salatiga Nomor 9 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah;
10. Peraturan Wali Kota Salatiga Nomor 29 Tahun 2024 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah,
11. Surat Keputusan Walikota Salatiga Nomor 060/358/2008 tentang Penetapan RSUD Kota Salatiga menjadi Badan Layanan Umum Daerah (BLUD-RSUD Kota Salatiga);
12. Surat Keputusan Direktur Nomor 445/1564.2/403.1/VI/2022 tentang Indikator Nasional Mutu, Indikator Mutu Prioritas, Indikator Mutu Prioritas Unit dan Indikator Mutu Unit Rumah Sakit Umum Daerah Kota Salatiga.

1.6 Sumber Daya

1.6.1 Personalia/Sumber Daya Manusia

Kota Salatiga adalah RSUD dengan tipe Kelas B Pendidikan dengan jumlah tempat tidur sebanyak 238 tt dan memiliki sumber daya manusia tertanggal 31 Desember 2024 berjumlah 701 orang yang terdiri dari :

Tabel 2 Tabel SDM berdasar Status

No	SDM Berdasarkan Status Kepegawaian	Jumlah
1	Struktural	21 orang
2	Tenaga Medis	77 orang
3	Tenaga Perawat dan Bidan	311 orang
4	Tenaga Penunjang dan Nakes Lain	292 orang
	Jumlah	651 orang

Sumber : Data dari Bagian Umum, Rumah Tangga dan Barang Milik Daerah RSUD Kota Salatiga yang telah diolah.

SDM khusus tenaga medis RSUD Kota Salatiga Tahun 2024 sebagai berikut:

Tabel 3 Tabel SDM Medik

No	Tenaga Medis	Jumlah
1	Dokter Umum	22 orang
2	Dokter Gigi	5 orang
3	Dokter Gigi Spesialis	4 orang
4	Dokter Spesialis	44 orang
5	Dokter Sub Spesialis	2 orang
	JUMLAH	77 orang

Sumber : Data dari Bagian Umum, Rumah Tangga dan Barang Milik Daerah RSUD Kota Saaitiga yang telah diolah.

1.7 Sistematika

Laporan Kinerja ini disusun dengan sistematika sebagai berikut:

BAB I menggambarkan tentang latar belakang, tujuan, dasar hukum dan sistematika laporan.

BAB II memuat target kinerja tahun yang dilaporkan , mengacu pada target target kinerja yang telah direncanakan dalam dokumen Rencana Strategi RSD.

BAB III berisi pencapaian kinerja pada tahun yang dilaporkan, atau akuntabilitas kinerja.

BAB IV Penutup

BAB II
RENCANA KINERJA TAHUN 2024

2.1 Target Kinerja Pelayanan

Target Kinerja Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Kota Salatiga pada Tahun 2024 yang terdiri dari Target Kunjungan Rawat Jalan, Kunjungan Rawat Inap, Kunjungan IGD, Layanan Penunjang (Hemodialisa, Rehab Medik, Laboratorium, Radiologi) , BOR, A Los, TOI, BTO, NDR, GDR,

Tabel 4 Tabel Target Kinerja Pelayanan

No	Kinerja Pelayanan RS	Target 2024
1.	Kunjungan IGD	33.000
2.	Rawat Jalan/Poliklinik	150.000
4.	Kunjungan Rawat Inap	20.000
5.	Hemodialisa	10.065
6	Rehab Medik	32.653
7.	Laboratorium	87.000
8.	Radiologi	22.295
6.	BOR	75,89 %
7.	AvLOS	4.16hari
8.	TOI	1 hari
9.	BTO	75,90 kali
10.	NDR	28,58 ‰
11.	GDR	40 ‰
12.	Kepuasan Pelanggan	76,6 %
13.	Akreditasi	Paripurna

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

2.1.1 Target Pencapaian Standart Pelayanan Minimal RSD RSUD Kota Salatiga

Target Pencapaian SPM Tahun 2024 di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Salatiga sebagai berikut :

Table 5 Tabel Indikator SPM pada Instalasi Gawat Darurat

No	Uraian Indikator	Satuan	Standart	Target 2024
1.	Kemampuan menangani life saving pada anak dan dewasa.	%	100	100
2.	Jam buka pelayanan gawatdarurat	Jam	24	24
3.	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat tls / btls / acs / ppgd yang masih berlaku	%	100	100
4.	Ketersediaan tim Penanggulangan bencana	Tim	1	1
5.	Kecepatan pelayanan dokter (waktu tanggap) di gawat darurat	Menit	≤ 5 menit	≤ 5 menit
6.	Kepuasan pelanggan	%	70	70
7.	Kematian pasien < 24 jam	≤ 2 ‰	≤ 2 ‰	≤ 2 ‰
8.	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	%	100	100
9.	Pelayanan penunjang (radiologi, laboratorium, bank darah, farmasi) onsite	%	100	100

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Table 6 Tabel Indikator SPM pada Rawat Jalan

No	Uraian Indikator	Satuan	Standart	Target 2024
1.	Dokter pemberi pelayanan di Poliklinik spesialis	%	100	100
2.	Pelayanan Medik Spesialis Dasar:			
	a. Klinik Penyakit Dalam	%	100	100

	b. Klinik Anak	%	100	100
	c. Klinik Bedah Umum	%	100	100
	d. Klinik Obsgyn	%	100	100
	Ketersediaan Pelayanan Pelayanan Medik Spesialis Lain:			
3.	Klinik Mata	%	100	100
4.	Klinik THT	%	100	100
5.	Klinik Syaraf	%	100	100
6.	Klinik Kulit Kelamin	%	100	100
7.	Klinik Kesh. Jiwa	%	100	100
8.	Klinik Paru	%	100	100
9.	Klinik Bedah Ortopedi	%	100	100
10.	Klinik Bedah Mulut	%	100	100
11.	Klinik Urologi	%	100	100
12.	Klinik Rehabilitasi Medik	%	100	100
13.	Klinik Jantung Pembuluh Darah	%	100	100
14.	Klinik Bedah Syaraf	%	100	100
15.	Klinik Bedah Plastik	%	100	0
16.	Klinik Bedah Onkologi	%	100	0
	Pelayanan Lainnya:			
17.	Vct, Dots	%	100	100
18.	Jam buka pelayanan Pk. 08.00 s/d 13.00 WIB, setiap hari kerja kecuali hari Jumat: Pk. 08.00- 11.00 WIB	%	100	100
19.	Waktu tunggu di rawat jalan	menit	≤ 60	≤ 60
20.	Kepuasan Pelanggan	%	≥ 70	≥ 70
21.	Penegakan diagnosis TB dg pemeriksaan mikroskopis	%	≥ 60	≥ 60

22.	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB	%	≥ 60	≥ 60
23.	Pasien rawat jalan tb dengan strategi dots	%	100	100
24.	Tersedianya pelayanan VCT dengan tenaga terlatih	%	100	100

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Table 7 Tabel Indikator SPM pada Rawat Inap

No	Uraian Indikator	Satuan	Standart	Target 2024
1.	Pemberi pelayanan di rawat inap			
	a. dr. spesialis	%	100	100
	b. Perawat minimal pendidikan d3	%	100	100
2.	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	%	100	100
	Ketersediaan pelayanan rawat inap			
3.	Pelayanan Medik Spesialis Dasar:			
	a. Klinik Penyakit Dalam	%	100	100
	b. Klinik Anak	%	100	100
	c. Klinik Bedah Umum	%	100	100
	d. Klinik Obsgyn	%	100	100
4.	Pelayanan Medik Spesialis Lain:			
	a. Klinik Mata	%	100	100
	b. Klinik Tht	%	100	100
	c. Klinik Syaraf	%	100	100
	d. Klinik Kulit Kelamin	%	100	100
	e. Klinik Kesh. Jiwa	%	100	100
	f. Klinik Paru	%	100	100
	g. Klinik Bedah Ortopedi	%	100	100

	h. Klinik Bedah Mulut	%	100	100
	i. Klinik Urologi	%	100	100
	j. Klinik Rehabilitasi Medik	%	100	100
	k. Klinik Jantung Pembuluh Darah	%	100	100
	l. Klinik Bedah Syaraf	%	100	0
	m. Klinik Bedah Plastik	%	100	0
5.	Jam visite dokter spesialis Pk. 07.00 s.d 14.00 WIB setiap hari kerja	%	100	0
6.	Kejadian infeksi pasca operasi	%	≤ 1,5	≤ 1,5
7.	Kejadian infeksi nosokomial	%	≤ 1,5	≤ 1,5
8.	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian	%	100	100
9.	Kematian pasien > 48 jam	%	≤ 0,24	≤ 0,24
10.	Kejadian pulang paksa	%	≤ 40	≤ 40
11.	Kepuasan pelanggan	%	≥ 60	≥ 60
12.	Rawat Inap TB			
	a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	%	≥ 60	≥ 60
	b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	%	≥ 60	≥ 60
13.	Ketersediaan pelayanan rawat inap di RS yang memberikan pelayanan jiwa			
	Napza, gangguan psikotik, gangguan neurotic dan gangguan mental organik	%	100	100
14.	Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena Bunuh diri	%	100	100
15.	Kejadian re-admission pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1	%	100	100

	bulan			
16.	Lama hari perawatan pasien Gangguan jiwa ≤ 6 minggu	%	100	100
17.	Visite pada hari libur	%	100	100
18.	Dokter umum kalau ada emergency konsultasi dokter spesialis	%	100	100

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Table 8 Tabel Indikator SPM pada Bedah Sentral

No	Uraian Indikator	Satuan	Standart	Target 2024
1.	Waktu tunggu operasi elektif	hari	≤ 2	≤ 2
2.	Kejadian kematian dimeja operasi	%	≤ 1	≤ 1
3.	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	%	100	100
4.	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	%	100	100
5.	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	%	100	100
6.	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	%	100	100
7.	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan anestesi endotracheal tube	%	≤ 6	≤ 6

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Table 9 Tabel Indikator SPM pada Persalinan Perinatologi

No	Uraian Indikator	Satuan	Standart	Target 2024
1.	Kejadian kematian ibu karena persalinan			
	a. Perdarahan	%	≤ 1	≤ 1
	b. Pre-eklampsia	%	≤ 3	≤ 3
	c. Sepsis	%	≤ 0,2	≤ 0,2
2.	Pemberi pelayanan persalinan normal			
	a. Dokter Sp. OG	%	100	100
	b. Dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal)	%	0	0
	c. Bidan	%	0	0
3.	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit			
	Dokter Sp. OG terlatih	%	100	100
4.	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi			
	a. Dokter Sp. OG	%	100	100
	b. Dokter Sp. A	%	100	100
	c. Dokter Sp. An	%	100	100
5.	Kemampuan menangani BBLR kurang dari 2500 gr	%	100	100
	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	%	≤ 20	≤ 20
6.	Keluarga Berencana			
	a. Persentase pelayanan kontrasepsi mantap (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh	%	100	100

	tenaga kompeten dr.Sp. OG, dr.Sp. B, dan dr.Sp. U			
	b. Dokter umum terlatih	%	100	100
7.	Persentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih	%	100	100
8.	Kepuasan pelanggan	%	≥ 80	≥ 80

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Table 10 Tabel Indikator SPM pada Pelayanan Intensif

No	Uraian Indikator	Satuan	Standart	Target 2023
1.	Rata rata pasien yang kembalike perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	%	≤ 3	≤ 3
2.	Pemberi pelayanan unit intensif			
	a. Dokter spesialis anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani	%	100	100
	b. Perawat minimal D3 dengan sertifikat perawat mahir icu / setara (D4)	%	100	100
3.	Waktu pelayanan 24 jam	%	100	100
4.	Ratio perawat dengan pasien 1 : 1	%	100	100
5.	Jumlah tempat tidur	%	100	100
6.	Infeksi nosokomial 0% (tidak terjadi inos)	%	100	100
7.	Fasilitas dan peralatan	%	100	100
8.	Pelayanan penunjang medis (laboratorium & radiologi) 24 jam/hari on site	%	100	100

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Table 11 Tabel Indikator SPM pada Radiologi

No	Uraian Indikator	Satuan	Standart	Target 2023
1.	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	jam	≤ 3	≤ 3
2.	Pelaksanaan ekspertisi dokter Sp. Rad	%	100	100
3.	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen (kerusakan foto ≤ 2%)	%	100	100
4.	Kepuasan pelanggan	%	≥ 80	≥ 80

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Table 12 Tabel Indikator SPM pada Laboratorium Patologi Klinik

No	Uraian Indikator	Satuan	Standart	Target 2024
1.	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium.	%	100	90
2.	≤ 140 menit kimia darah & darah rutin	%	85	85
3.	Pelaksana ekspertisi : dokter Sp.Pk	%	100	100
4.	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	%	100	100
5.	Kepuasan Pelanggan	%	≥ 80	≥ 80
6.	Peralatan laboratorium yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi.	%	100	100
7.	Waktu tunggu loket pendaftaran laboratorium	menit	≤ 15	≤ 15

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Table 13 Tabel Indikator SPM pada Rehabilitasi Medik

No	Uraian Indikator	Satuan	Standart	Target 2024
1.	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan	%	≤ 50	≤ 50
2.	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	%	100	100
3.	Kepuasan pelanggan	%	≥ 80	≥ 80

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Table 14 Tabel Indikator SPM pada Farmasi

No	Uraian Indikator	Satuan	Standart	Target 2024
1.	Waktu tunggu pelayanan obat pasien			
	a. Obat jadi	menit	≤ 30	≤ 30
	b. Racikan	menit	≤ 60	≤ 60
2.	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	%	100	100
3.	Kepuasan pasien terhadap layanan instalasi farmasi	%	80	80
4.	Penulisan resep sesuai formularium	%	100	97,58
5.	Pemenuhan alat dan bahan habis pakai	%	100	97,00
6.	Pemberian informasi obat pada pasien rawat jalan	%	50	100
7.	Pelayanan peresepan obat generik	%	65	66,00

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Table 15 Tabel Indikator SPM pada Instalasi Gizi

No	Uraian Indikator	Satuan	Standart	Target 2024
1.	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	%	≥ 90	90
2.	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	%	≤ 30	30
3.	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	%	100	100

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Table 16 Tabel Indikator SPM pada Transfusi Darah

No	Uraian Indikator	Satuan	Standart	Target 2023
1.	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfuse terpenuhi	%	100	100
2.	Kejadian reaksi transfusi	%	≤ 0,01	0
3.	Ketepatan tranfusi sesuai dengan golongan darah pasien	%	100	100
4.	Waktu tunggu loket pendaftaran BDRS 15 menit	menit	15	15
5.	Waktu tunggu cross match/ uji ulang max 60 menit	menit	max 60	max 60
6.	Waktu tunggu permintaan whole blood/ darah lengkap max 240 menit	menit	max.240	max.240
7.	Waktu tunggu permintaan komponen darah maksimal 360 menit	menit	max.360	max.360

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Table 17 Tabel Indikator SPM pada Pelayanan Gakin

No	Uraian Indikator	Satuan	Standart	Target 2024
1.	Pelayanan terhadap pasien gakin yang datang ke rs pada setiap unit pelayanan	%	100	100

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Table 18 Tabel Indikator SPM pada Rekam Medik

No	Uraian Indikator	Satuan	Standart	Target 2024
1.	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	%	80	80
2.	Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas	%	80	80
3.	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	menit	≤ 10	≤ 10
4.	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap ≤ 10 menit	%	80	80
5.	Ketepatan waktu pengembalian dokumen rekam medik dari bangsal rawat inap ke IRM 14 hari setelah pasien pulang.	%	80	80
6.	Pelayanan rekam medik menjadi sebuah instalasi	%	100	100
7.	Kelengkapan pengisian resume medis ≤ 24 jam	%	100	100

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Table 19 Tabel Indikator SPM pada Pengelolaan Limbah

No	Uraian Indikator	Satuan	Standart	Target 2024
1	Baku mutu limbah cair :			
	a. bod < 30 mg/l	%	100	100
	b. cod < 80 mg/l	%	100	100
	c. tss < 30 mg/l	%	100	100
	d. ph 6-9	%	100	100
2	Pengelolaan limbah pada Infeksius sesuai dengan aturan	%	100	100
3	Pembuangan sampah sesuai Dengan jenisnya	%	100	100

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Table 20 Tabel Indikator SPM pada Administrasi dan Manajemen

No	Uraian Indikator	Satuan	Standar	Target 2024
1	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	%	100	100
2	Kelengkapan laporan akuntabilitaskinerja	%	100	100
3	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	%	100	24
4	Ketepatan waktu pengurusan gaji:berkala	%	100	100
5	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	%	≥ 60	100
6	Cost recovery	%	≥ 40	100
7	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	%	100	100
8	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	jam	≤ 2	≤ 2
9	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	%	100	100

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Table 21 Tabel Indikator SPM pada Ambulance

No	Uraian Indikator	Satuan	Standar	Target 2024
1.	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah			
2.	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumah sakit	menit	≤ 30	≤ 30
3.	Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan (dalam kota ≤ 15 menit)	menit	≤ 15	≤ 15

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Table 22 Tabel Indikator SPM pada Pemulasaran Jenazah

No	Uraian Indikator	Satuan	Standar	Target 2024
1	Waktu tanggap (response time) pelayanan Pemulasaraan jenazah	jam	≤ 2	≤ 2
2	Pendampingan rohaniawan sesuai dengan agama yang dianut	%	100	100
3	Pelayanan pemulasaraan jenazah sesuai dengan prosedur (SPO))			
	Ada prosedur (SPO) dalam hal memberikan pelayanan pemulasaraan jenazah	%	100	100
4	Sertifikat pengawetan jenazah			
	Ada sertifikat pengawetan jenazah yang disahkan dr.Sp.Forensik	%	100	100
5	Pelayanan pengawetan jenazah sesuai dengan prosedur (SPO)			
	Ada sertifikat pengawetan jenazah yang disahkan dr.Sp.Forensik	%	100	100
6	Sertifikat otopsi jenazah			
	Ada sertifikat otopsi jenazah yang disahkan dr.Sp.Forensik	%	100	100
7	Pelayanan otopsi jenazah sesuai dengan prosedur (SPO)			
	Ada prosedur (SPO) dalam hal memberikan pelayanan	%	100	100

	otopsi jenazah			
8	Kelengkapan dokumen pengiriman jenazah			
9.	Kelengkapan dokumen dalam hal pengiriman jenazah baik melalui darat maupun udara	%	100	100

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Table 23 Tabel Indikator SPM pada Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

No	Uraian Indikator	Satuan	Standar	Target 2024
1	Kecepatan waktu menanggapi Kerusakan alat (< 1 jam)	%	≥ 80	100
2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	%	100	100
3	Fasilitas gedung pelayanan yang memenuhi standar	%	61	100
4	Waktu pelayanan kebutuhan sarana dan prasarana jam 07.00- 14.00 (8 jam)	jam	8	8
5	Kecepatan memberikan pelayanan kebutuhan sarana dan prasarana	hari	1	1
6	Tersedianya peralatan medis yang memenuhi standar	%	90	90

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Table 24 Tabel Indikator SPM pada Pelayanan Laundry

No	Uraian Indikator	Satuan	Standar	Target 2024
1	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	%	100	100
2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	%	100	100
3	Ketepatan jumlah linen untuk rawat inap	%	100	100
4	Suhu yang dibutuhkan dalam pemanasan linen	°C	70	70

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Table 25 Tabel Indikator SPM pada Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

No	Uraian Indikator	Satuan	Standar	Target 2024
1	Ada anggota tim PPI yang terlatih	%	75	75
2	Tersedia APD di setiap instalasi/ departement	%	60	60
3	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HCAI (Health Care Associated Infection) di RS (Min 1 Parameter)	%	75	60
4	Pelaksanaan kewaspadaan isolasi di tiap instalasi:			
	a. Audit kewaspadaan isolasi	%	60	60
	b. Tersedianya perangkat desinfeksi di tiap instalasi	%	60	60
5	Tersusunnya dokumen ICRA	%	100	100

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Table 26 Tabel Indikator SPM pada Pelayanan Cenctral Diagnostik

No	Uraian Indikator	Satuan	Standar	Target 2024
	Endoskopi (gastroskopi, colonoskopi, bronkoskopi)			
1	Dokter dan perawat bersertifikat pelatihan endoskopi	%	100	80
2	Insiden pasien jatuh (pre, intra, post)endoskopi			
3	Kepuasan pelanggan	%	0	0
4	Perdarahan endoskopi pasca dilakukan biopsi	%	90	90
5	Komplikasi anestesi karena overdosis,reaksi anesthes	%	<6	<6
	TCD, EEG, TMS, EMG			
1	Perawat bersertifikat pelatihan dan mahir dibidangnya	%	100	100
2	Insiden pasien jatuh (pre, intra, post) tcd, eeg, tms, emg	%	90	83
3	Kepuasan pelanggan	%	100	100
	Treadmil			

1	Perawat bersertifikat pelatihan dan mahir dibidangnya	%	0	0
2	Insiden pasien jatuh (pre, intra, post) treadmill	%	80	80

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Table 27 Tabel Indikator SPM pada Hemodialisa

No	Uraian Indikator	Satuan	Standar	Target 2024
1	Insiden pasien jatuh (pre, intra & post HD)	%	0	0
2	Insiden tertukarnya dialiser pakai ulang padatindakan hd	%	0	0
3	Insiden terlepasnya jarum vena fistula intra dialisis	%	0	0
4	Perawat pemberi layanan HD bersertifikat perawat mahir dialisis	%	100	100
5	Kepuasan pelanggan	%	90	90
6	Status nutrisi prosentase pasien HD dengan kadar albumin serum ≥ 4 gr/dl			
	Gambaran awal sebagai trend, kemudian analisis untuk target ≥ 35 %	%	≥ 35	60
7	Manajemen anemia : prosentase pasien hd yang mendapat terapi esa (erythropoeyin stimulating agent) dengan kadar HB 10-12 gr/dl			
	Gambaran awal sebagai trend, kemudian analisis untuk target ≥ 90 %	%	≥ 90	50
8	Manajemen akses vaskuler : prosentase pasien hd dengan av shunt			
	Gambaran awal sebagai trend, kemudian analisis untuk target ≥ 68 %	%	≥ 68	80
9	Manajemen : prosentase pasien hd ≥ 20 % untuk dapat terapi esa			
	Pemeriksaan Fe TIBC	%	≥ 20	80

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Table 28 Tabel Indikator SPM pada Psikologi

No	Uraian Indikator	Satuan	Standar	Target 2023
1	Tenaga pemberi pelayanan di Klinik psikologi adalah psikolog	%	100	100
2	Penegakan diagnosis psikologis	%	≥ 60	100
3	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan pasien kekerasan terhadap Anak dan perempuan (ktap)	%	≥ 60	100
4	Kepuasan pelanggan	%	≥ 90	90

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

2.2 Target Kinerja Keuangan

Target Kinerja Keuangan pada tahun 2024 dimulai dari Target Pendapatan BLUD, Rencana Pertumbuhan Pendapatan per tahun, CRR dan Tingkat Kemandirian BLUD sebagaimana tercantum dalam tabel dibawah ini :

Tabel 29 Target Pendapatan, CRR dan Tingkat Kemandirian Tahun 2024

No	Uraian	Target Tahun 2024
1	Pendapatan BLUD	140.000.000.000,00
	<i>Persentase kenaikan per tahun</i>	10%
2	Biaya Operasional BLUD	161.977.261.595,00
3	Biaya Operasional APBD	35.588.615.046,57
4	Total Biaya Operasional (2 + 3)	197.565.876.641,57
5	Belanja Modal BLUD	5.282.461.405,00
6	Belanja Modal APBD	2.289.293.146,00
7	Total Belanja Modal (5 + 6)	7.571.754.551,00
8	Total Belanja Operasional dan Modal (4 + 7)	205.137.631.192,57
9	CRR	100,00%
10	Tingkat Kemandirian	100,00%

Sumber Data : Bagian Keuangan

CRR (*Cost Recovery Rate*) adalah kemampuan pendapatan BLUD dalam membiayai seluruh biaya operasionalnya, baik operasional dari BLUD maupun operasional dari APBD. Tingkat Kemandirian adalah kemampuan pendapatan BLUD dalam membiayai seluruh biaya operasional dan biaya modal.

Selanjutnya adalah Target Kinerja Keuangan yang meliputi: Rasio Kas, Profit Margin, Kewajiban dibagi total asset, adalah sebagaimana tercantum dalam tabel dibawah ini :

Tabel 30 Target Rasio Keuangan Tahun 2024

No	Indikator	Perhitungan	Target 2024 (%)
1.	Rasio Kas	Kas dan setara kas pada akhir tahun : Kewajiban jangka pendek akhir tahun x 100%	80
2.	CRR	Pendapatan BLUD : Biaya Operasional x 100%	100
3.	Profit Margin	Surplus dalam Laporan Operasional : Pendapatan BLUD x 100%	10
4.	Rasio Kewajiban terhadap asset	Jumlah kewajiban : Jumlah asset x 100%	10
5.	Pertumbuhan Pendapatan (<i>Sales Growth Rate</i>)	Pendapatan BLUD tahun X - Pendapatan BLUD tahun X-1 : Pendapatan BLUD tahun X-1 x 100%	7

Sumber : Bagian Keuangan

Rasio Kas adalah kemampuan atau ketersediaan kas dan setara kas dalam memenuhi pembayaran kewajiban jangka pendek pada akhir periode tertentu (akhir tahun). *Cost Recovery Rate* (CRR) adalah kemampuan rumah sakit dalam memenuhi pembayaran belanja operasional . Profit Margin adalah kemampuan rumah sakit dalam memperoleh surplus pada satu periode tertentu (1 tahun). Kewajiban dibagi asset (*Debt to Asset Ratio* atau DAR) adalah kemampuan rumah sakit dalam memenuhi seluruh kewajiban pada akhir periode tertentu (akhir tahun). Pertumbuhan Pendapatan adalah kemampuan keuangan rumah sakit memperoleh peningkatan pendapatan dalam satu periode tertentu (1 tahun).

2.3 Target Kinerja Manfaat

2.3.1 Target Kinerja Manfaat Kinerja Pemerintah Daerah

Manfaat terhadap Pemerintah Daerah Kota Salatiga pada Tahun 2024, sebagai mana tabel dibawah ini :

Tabel 31 Target Kinerja Manfaat Pemerintah Daerah Tahun 2024

NO	Indikator	Target 2024
1	Efisiensi Anggaran	-
2	Alokasi anggaran APBD	-
3	Alokasi APBD untuk Biaya Pasien	-

Data : Bagian Keuangan

Efisiensi Anggaran diukur dari surplus/defisit dibagi pendapatan. Alokasi anggaran APBD adalah prosentase APBD untuk membiayai biaya operasional. Alokasi anggaran dari APBD untuk biaya pasien, diukur dari pendapatan APBD untuk pasien. Semakin besar semakin tidak mandiri.

2.3.2 Target Kinerja Manfaat terhadap masyarakat

Rumah Sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, dimana Rumah Sakit melakukan upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang terintegrasi.

Dengan demikian untuk melaksanakan hal tersebut, kegiatan - kegiatan yang terintegrasi secara langsung kepada masyarakat terus ditingkatkan guna meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit.

Target kinerja adalah gambaran mengenai tingkat pencapaian sasaran yang ingin dicapai yang mengindikasikan tingkat keberhasilan dan kegagalan, sehingga perlu ditetapkan aspek manfaat kepada Masyarakat.

Table 32 Tabel Rencana Kinerja Manfaat Kepada Masyarakat

No	Uraian	Target 2024
1	Promosi / Penyuluhan Kesehatan	60 kali
2	Pameran layanan kesehatan	2 kali
3	Kegiatan Inovasi dalam Pelayanan	2 Inovasi
4	Layanan informasi dan pengaduan	Offline dan Online

Sumber : Bagian Bina Program dan Pendidikan dan Pelatihan (Humas dan Pemasaran)

2.4 Target Kinerja Mutu

Target Kinerja Mutu Rumah Sakit Umum Daerah Kota Salatiga Tahun 2024 sebagai mana tabel dibawah ini :

Table 33 Tabel Target Indikator Mutu Tahun 2023

No	Indikator	Satuan	Target 2024
1	Kepatuhan Identifikasi Pasien	%	100
2	Emergensi Respons time	menit	≤ 5
3	Waktu tunggu rawat jalan	menit	≤ 60
4	Penundaan waktu operasi elektif > 2 hari	%	1
5	Ketepatan jam visite dokter spesialis	%	100
6	Waktu lapor hasil tes kritis lab.	menit	< 30 mnt; 100%
7	Kepatuhan terhadap fornas	%	97.58
8	Kepatuhan cuci tangan	%	≥ 85
9	Kepatuhan upaya pencegahan jatuh	%	100
10	Kepatuhan terhadap clinical pathway	%	80
11	Kepuasan pasien dan keluarga	%	≥ 85
12	Kecepatan respons terhadap complain	%	>75

Sumber : Keputusan Direktur Nomor 445/1564.2/403.1/VI/2022 Tentang Indikator Nasional Mutu, Indikator Prioritas, Indikator Mutu Prioritas Unit dan Indikator Mutu Unit Rumah Sakit Umum Daerah Salatiga.

2.5 Target Kinerja Keselamatan Pasien

Target Kinerja Keselamatan Pasien Rumah Sakit Umum Daerah Kota Salatiga Tahun 2024 sebagai mana tabel dibawah ini:

Table 34 Tabel Kinerja Keselamatan Pasien

No	Indikator	Satusn	Target 2024
1	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa di IGD	%	100
2	Ketersediaan TIM penanggulangan Bencana	tim	1
3	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat/kematian	%	100
4	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	%	100
5	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	%	100
6	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	%	100
7	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	%	100
8	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan anestesi endotracheal tube	%	0
9	Kemampuan menangani BBLR 1500gr-2500gr	%	100
10	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	%	100
11	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	%	100
12	Ketersedianya APD di setiap instalasi	%	100

13	Tersedianya Ruang perawatan PINERE	%	100
----	------------------------------------	---	-----

BAB III
AKUNTABILITAS KINERJA TAHUN 2024

3.1 Kinerja Pelayanan

3.1.1 Pelayanan Instalasi Gawat Darurat

Pelayanan yang diberikan RSUD Kota Salatiga kepada masyarakat sebagian besar merupakan pelayanan rawat jalan dan rawat darurat melalui poliklinik dan IGD. Komposisi pelayanan yang diberikan melalui IGD pada Tahun 2024 dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

Tabel 35 Tabel Capaian Kunjungan IGD Tahun 2024

No	Kunjungan	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023	Keterangan
1.	IGD	33.000	33.310	Tercapai

Sumber Data : Bidang Pelayanan Medik

Keterangan :

Pada kunjungan Instalasi Gawat Darurat Tahun 2024 sebanyak 33.310 dan target sudah tercapai hal ini disebabkan adanya ketataan peugas dalam melaksanakan prosedur sesuai dengan ketetapan, yang hal ini menyebabkan terjadinya kenaikan kunjungan pasien dan target bisa tercapai. Rata-rata kunjungan IGD perbulan adalah 2.083 kunjungan. Jumlah kunjungan tertinggi terjadi dibulan Januari sebanyak 3293 kunjungan. Jumlah kunjungan terendah berada dibulan juni sebanyak 2301 kunjungan.

Kendala dan permasalahan yang dihadapi adalah adanya sistem rujukan berjenjang dalam pelayanan Kesehatan. E- Rekam medik belum dilaksanakan dengan optimal. Rencana Solusi yang akan dilaksanakan adalah optimalisasi E-Rekam Medik dan perbaikan sarana prasarana serta peningkatan mutu layanan SDM.

3.1.2 Pelayanan Rawat Jalan

Pelayanan yang diberikan RSUD Kota Salatiga kepada masyarakat sebagian besar merupakan pelayanan rawat jalan. Komposisi pelayanan yang diberikan melalui Rawat Jalan pada Tahun 2024 dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

Tabel 36 Tabel Kinerja Poliklinik Reguler dan Poliklinik Eksekutif Tahun 2024

No.	Kunjungan	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024	Keterangan
1.	Pasien Rawat Jalan	150.000	180.229	Tercapai

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Pada kunjungan Rawat Jalan Tahun 2024 sebanyak 180.229 kunjungan. Kendala dan permasalahan yang dihadapi yaitu adanya sistem rujukan berjenjang dalam pelayanan Kesehatan. Perubahan dalam layanan rawat jalan termasuk perubahan alur masuk rawat jalan sesuai dengan sistem E-Rekam Medik dan alur pasien dengan pendaftaran on line. Rencanan Solusi yang akan dilaksanakan adalah optimalisasi penggunaan MJKN untuk pendaftaran online dan pembuatan klaster jadwal di rawat jalan untuk memangkas waktu tunggu pemeriksaan dokter.

3.1.3 Pelayanan Rawat Inap

Pelayanan yang diberikan RSUD Kota Salatiga kepada masyarakat sebagian besar merupakan pelayanan inap . Pelayanan yang diberikan pada Tahun 2024 dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Table 37 Tabel Kinerja Kunjungan Rawat Inap Tahun 2023

No.	Kunjungan	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024	Keterangan
1.	Pelayanan Rawat Inap	20.000	20.010	Tercapai

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Pada kunjungan kondisi yang dicapai pada Rawat Inap Tahun 2024 sebanyak 20.010 dengan Rata-rata kunjungan Rawat Inap perbulan adalah 1.668 kunjungan, Jumlah kunjungan tertinggi terjadi dibulan Januari sebanyak 2016 kunjungan, Jumlah

kunjungan terendah berada dibulan Juni sebanyak 1468 kunjungan.

Kendala dan permasalahan yang dihadapi sebagai adanya sistem rujukan berjenjang dalam pelayanan Kesehatan, Adanya aturan dan kebijakan dari pemerintah tentang program KRIS (kelas rawat inap standar) yang didalamnya terdapat aturan bahwa jumlah kelas 3 maksimal terdapat 4 tempat tidur. Rencana solusi yang akan dilaksanakan adalah memberikan pelayanan yang terbaik sesuai SOP, memberikan edukasi kepada pasien dan sosialisasi terkait dengan pandemi antara dampak dan manfaat terhadap penerapan aturan dimasa pandemi, memindahkan kelas 2 dalam 1 bangsal.

3.1.4 Hemodialisa

Pelayanan yang diberikan RSUD Kota Salatiga kepada masyarakat terdapat pelayanan Hemodialisa. Kinerja pelayanan yang diberikan melalui layanan Hemodialisa pada Tahun 2024 dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

Tabel 38 Tabel Pelayanan Hemodialisa

No.	Kunjungan	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024	Keterangan
1	Hemodialisa	10.065	10.356	Tidak tercapai

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Pada layanan Hemodialisa pada Tahun 2024 yang dicapai 10.356 dan tercapai melebihi target. Pada kunjungan Hemodialisa kondisi yang dicapai tahun 2024 sebanyak 10.356 dengan rata-rata kunjungan Hemodialisa perbulan adalah 863 kunjungan. Jumlah kunjungan tertinggi terjadi dibulan Juli sebanyak 214 kunjungan, Jumlah kunjungan terendah berada dibulan Juni sebanyak 779 kunjungan.

Kendala dan permasalahan yang dihadapi sebagai adanya sistem rujukan berjenjang dalam pelayanan Kesehatan, adanya pembatasan kuota dari BPJS serta ketersediaan lahan di RS yang kurang.

3.1.5 Rehab Medik

Pelayanan yang diberikan RSUD Kota Salatiga kepada masyarakat terdapat pelayanan Rehab Medik. Kinerja pelayanan yang diberikan melalui layanan Rehab Medik pada Tahun 2024 dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

Tabel 39 Tabel Pelayanan Rehab Medik

No.	Kunjungan	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024	Keterangan
1.	Rehab Medik	32.653	39.534	Tercapai

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Jumlah kunjungan Rehabilitasi Medik tahun 2024 sebanyak 39.534. Rehabilitasi Medik dicapai tahun 2024 sebanyak 39.534 dengan rata-rata kunjungan Rehabilitasi Medik perbulan adalah 3295 kunjungan. Jumlah kunjungan tertinggi terjadi dibulan Oktober sebanyak 4067 kunjungan, Jumlah kunjungan terendah berada dibulan April sebanyak 2116 kunjungan.

Kendala dan permasalahan yang dihadapi sebagai adanya sistem rujukan berjenjang dalam pelayanan kesehatan, kurangnya lahan untuk pengembangan layanan.

3.1.6 Penunjang Medis

Pelayanan yang diberikan RSUD Kota Salatiga kepada masyarakat terdapat pelayanan Penunjang Medis. Kinerja pelayanan yang diberikan melalui layanan Penunjang Medis pada Tahun 2024 dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

Tabel 40 Tabel Pelayanan Penunjang Medis

No	Kunjungan	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024	Keterangan
1.	Laboratorium	87.000	88.298	Tercapai

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Jumlah kunjungan Laboratorium tahun 2024 sebanyak 88.298. Laboratorium dicapai tahun 2024 sebanyak 88.298 dengan rata-rata kunjungan Laboratorium perbulan adalah 7358 kunjungan. Jumlah kunjungan tertinggi terjadi dibulan Oktober sebanyak 12326 kunjungan, Jumlah kunjungan terendah berada dibulan Juni sebanyak 4634 kunjungan.

Kendala dan permasalahan yang dihadapi sebagai adanya sistem rujukan berjenjang dalam pelayanan kesehatan, kurangnya lahan untuk pengembangan layanan.

3.1.7 Radiologi

Pelayanan yang diberikan RSUD Kota Salatiga kepada masyarakat terdapat pelayanan Radiologi. Kinerja pelayanan yang diberikan melalui layanan Radiologi pada Tahun 2024 dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

Tabel 41 Tabel Pelayanan Radiologi

No	Kunjungan	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024	Keterangan
1.	Radiologi	26.661	39.534	Tercapai

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Jumlah kunjungan Radiologi tahun 2024 sebanyak 39.534. Radiologi dicapai tahun 2024 sebanyak 39.534 dengan rata-rata kunjungan Radiologi perbulan adalah 3295 kunjungan. Jumlah kunjungan tertinggi terjadi dibulan Oktober sebanyak 4067 kunjungan, Jumlah kunjungan terendah berada dibulan April sebanyak 2116 kunjungan.

Kendala dan permasalahan yang dihadapi sebagai adanya sistem rujukan berjenjang dalam pelayanan kesehatan, kurangnya lahan untuk pengembangan layanan.

3.1.8 Bed Occupancy Rate (BOR)

BOR (Bed Occupancy Rate) yaitu prosentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu. Nilai BOR yang ideal mencapai antara 60% - 85%. Kinerja Bed Occupancy Rate pada Tahun 2024 dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

Tabel 42 Tabel Kinerja BOR Tahun 2023

No.	Kunjungan	Target Tahun 2023	Capaian Tahun 2023	Keterangan
1.	BOR	75,89	78,34	Tercapai

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Capaian BOR rawat inap rumah sakit pada tahun 2024

adalah 78,34 %, capaian tersebut sudah melampaui target (75,89%) dan mengalami kenaikan dibandingkan capaian tahun 2023 sebesar 68,99%. Dan capaian tersebut termasuk dalam kategori ideal (nilai ideal 60-85% sesuai standar Kemenkes).

3.1.9 LOS (Length of Stay)

ALOS (Average Length of Stay) adalah rata – rata lama rawat seorang pasien. Nilai ALOS yang ideal antara 6 – 9 hari. Nilai Length of Stay (LOS) pada Tahun 2024 dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

Tabel 43 Tabel Kinerja BOR Tahun 2024

No.	Kunjungan	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024	Keterangan
1.	LOS	4,16	3,39	Tidak Tercapai

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Capaian LOS rawat inap rumah sakit pada tahun 2024

adalah 3,39 hari masih dibawah batas ideal (nilai ideal 6-9 hari) mengalami penurunan dengan capaian LOS tahun 2024.

3.1.10 Turn Over Interval (TOI)

TOI (Turn Over Interval) adalah rata-rata hari dimana tempat tidur tidak ditempati dari telah diisi ke saat terisi berikutnya. idealnya tempat tidur kosong hanya dalam waktu 1-3 hari. Kinerja Turn Over Interval (TOI) pada Tahun 2024 dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

Table 44 Tabel Kinerja TOI Tahun 2024

No.	Variabel	Target	Capaian	Keterangan
1	TOI	1,00	1,03	Tercapai

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

CapaianTOI (Turn Over Interval) rawat inap rumah sakit pada tahun 2024 adalah 1,03 hari dan belum memenuhi standar (nilai ideal-3hari) dan mengalami Penurunan dibandingkan pada tahun 2023 dan hal ini perlu untuk dipertahankan. Indikator ini menggambarkan untuk tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur sudah baik.

3.1.11 Bed Turn Over (BTO)

BTO (Bed Turn Over) adalah frekuensi pemakaian tempat tidur pada satu periode, berapa kali tempat tidur dipakai dalam satuan waktu tertentu. Kinerja Bed Turn Over (BTO) pada Tahun 2024 dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

Table 45 Tabel Kinerja Bed Tun Over Tahun 2023

No.	Variabel	Target	Capaian	Keterangan
1	BTO	75,90	77,34	Tercapai

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Capaian BTO rawat inap rumah sakit pada tahun 2024 adalah 77,34 kali dibawah batas ideal dan mengalami kenaikan bila dibandingkan dengan tahun 2023. Indikator ini memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit, semakin tinggi tingkat yang dicapai berarti efisiensi rumah sakit semakin buruk. Idealnya dalam satu tahun, satu tempat tidur rata-rata dipakai 40-50 kali (DepkesRI, 2005).

3.1.12 Net Death Rate (NDR)

NDR (Net Death Rate) adalah angka kematian 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1000 pasien keluar. idealnya nilai NDR yang dianggap masih dapat ditolerir adalah <25 per 1000 penderita

keluar. Kinerja Net Death Rate (NDR) pada Tahun 2024 dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

Table 46 Tabel Kinerja Net Death Rate (NDR) Tahun 2024

No.	Varibel	Target	Capaian	Keterangan
1	NDR	28,58	22,19	Tidak Tercapai

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Capaian NDR tahun 2024 sebesar 22,19 sudah mencapai standar (<25%), Indikator ini menggambarkan mutu pelayanan rumah sakit. Sehingga semakin sedikit tingkat kematian >48 jam setelah dirawat berarti mutu pelayanan rumah sakit semakin baik.

3.1.13 Gross Death Rate (GDR)

GDR (Gross Death Rate) adalah angka kematian umum untuk setiap 1000 pasien keluar. Idealnya nilai GDR tidak lebih dari 45 per 1.000 penderita keluar. Target Kinerja Gross Death Rate (GDR) pada Tahun 2024 dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

Table 47 Tabel Kinerja Gross Death Rate (GDR) Tahun 2023

No.	Variabel	Target	Capaian	Keterangan
1	GDR	40	36,86	Tidak tercapai

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Capaian GDR tahun 2024 sebesar 36,86 % tidak tercapai namun dalam kategori ideal karena sesuai dengan standar Kemenkes idealnya nilai GDR tidak lebih dari 45 per 1.000 penderita keluar.

3.2 Kinerja Standart Pelayanan Minimal

Realisasi Kinerja Standart Pelayanan Minimal pada tahun 2024 akan di sajikan pada table sebagai berikut :

Table 48 Tabel Kinerja SPM pada Instalasi Gawat Darurat

No	Uraian Indikator	Satuan	Target	Realisasi	Prosentase (%)	
			2024	2024	2024	2023
1.	Kemampuan menangani <i>life saving</i> pada anak dan dewasa.	%	100	100	100	100
2.	Jam buka pelayanan gawatdarurat	jam	24	24	100	100
3.	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat/ bts / acs / ppgd yang masih berlaku	%	100	100	100	100
4.	Ketersediaan tim Penanggulangan bencana	tim	1	1	100	100
5.	Kecepatan pelayanan dokter (waktu tanggap) di gawatdarurat	menit	≤ 5	≤ 5	100	62
6.	Kepuasan pelanggan	%	70	84.5	127	100
7.	Kematian pasien < 24 jam	%	≤ 3	2.84	100	100
8.	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	%	100	100	100	100
9.	Pelayanan penunjang (radiologi, laboratorium, bank darah, farmasi) onsite	%	100	100	100	100

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Table 49 Tabel Kinerja SPM pada Rawat Jalan

No	Uraian Indikator	Satuan	Target	Realisasi	Prosentase (%)							
			2024	2024	2024	2023						
1.	Dokter pemberi pelayanan di Poliklinik spesialis	%	100	100	100	100						
2.	Pelayanan Medik Spesialis Dasar:											
							a. Klinik Penyakit Dalam	%	100	100	100	100
							b. Klinik Anak	%	100	100	100	100
	c. Klinik Bedah Umum	%	100	100	100	100						

	d. Klinik Obsgyn	%	100	100	100	100
3.	Ketersediaan Pelayanan					
	Pelayanan Medik Spesialis Lain:					
	Klinik Mata	%	100	100	100	100
	Klinik THT	%	100	100	100	100
	Klinik Kebidanan	%	100	100	100	100
	Klinik Syaraf	%	100	100	100	100
	Klinik Kulit Kelamin	%	100	100	100	100
	Klinik Kesh. Jiwa	%	100	100	100	100
	Klinik Paru	%	100	100	100	100
	Klinik Bedah Ortopedi	%	100	100	100	100
	Klinik Bedah Mulut	%	100	100	100	100
	i. Klinik Urologi	%	100	100	100	100
	j. Klinik Rehabilitasi Medik	%	100	100	100	100
	k. Klinik Jantung Pembuluh Darah	%	100	100	100	100
	L. Klinik Bedah Syaraf	%	100	100	100	100
	M Klinik Bedah Plastik	%	100	0	0	0
	n. Klinik Bedah Onkologi	%	100	0	0	0
	Pelayanan Lainnya:					
	Vct, Dots	%	100	100	100	100
4.	Jam buka pelayanan Pk. 08.00 s/d 13.00 WIB, setiap hari kerja kecuali hari Jumat: Pk. 08.00-11.00 WIB	%	100	100	100	
5.	Waktu tunggu di rawat jalan	menit	≤ 60	40	100	100
6.	Kepuasan pelanggan	%	≥ 70	83,43	119	0
7.	Penegakan diagnosis TB dg pemeriksaan mikroskopis	%	≥ 60	50.62	83,33	84
8.	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB :	%	≥ 60	60	100	100
9.	Pasien rawat jalan TB dengan strategi dots	%	100	100	100	100

10.	Tersedianya pelayanan VCT dengan tenaga terlatih	%	100	100	100	100
-----	--	---	-----	-----	-----	-----

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Table 50 Tabel Kinerja SPM pada Rawat Inap

No	Uraian Indikator	Satuan	Target	Realisasi	Prosentase (%)	
			2024		2024	2023
1.	Pemberi pelayanan di rawat inap					
	a. dr. spesialis	%	100	100	100	100
	b. Perawat minimal pendidikan d3	%	100	100	100	100
2.	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	%	100	100	100	100
3.	Ketersediaan pelayanan rawat inap					
	Pelayanan Medik Spesialis Dasar:					
	Klinik Penyakit Dalam	%	100	100	100	100
	Klinik Anak	%	100	100	100	100
	Klinik Bedah Umum	%	100	100	100	100
	Klinik Obsgyn	%	100	100	100	100
	Pelayanan Medik Spesialis Lain:					
	Klinik Mata	%	100	100	100	100
	Klinik Tht	%	100	100	100	100
	Klinik Syaraf	%	100	100	100	100
	Klinik Kulit Kelamin	%	100	100	100	100
	Klinik Kesh. Jiwa	%	100	100	100	100
	Klinik Paru	%	100	100	100	100
	Klinik Bedah Ortopedi	%	100	100	100	100
	Klinik Bedah Mulut	%	100	100	100	100
	Klinik Urologi	%	100	100	100	100
	Klinik Rehabilitasi Medik	%	100	100	100	100
	Klinik Jantung Pembuluh Darah	%	100	100	100	100
	Klinik Bedah Syaraf	%	100	0	0	0

	Klinik Bedah Plastik	%	100	0	0	0
4.	Jam visite dokter spesialis Pk. 07.00 s.d 14.00 WIB setiap hari kerja	%	100	95	95	70
5.	Kejadian infeksi pasca operasi $\leq 1,5\%$	%	$\leq 1,5$	1.2	1.2	100
6.	Kejadian infeksi nosocomial $\leq 1,5\%$	%	$\leq 1,5$	1.32	1.32	100
7.	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian	%	100	100	100	100
8.	Kematian pasien > 48 jam	%	$\leq 0,24$	0,24	100	0
9.	Kejadian pulang paksa	%	≤ 40	35	100	100
10.	Kepuasan pelanggan	%	≥ 60	88,57	147	137
11.	Rawat Inap TB					
	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	%	≥ 60	70	116	100
	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	%	≥ 60	≥ 60	100	100
12.	Ketersediaan pelayanan rawat inap di RS yang memberikan pelayanan jiwa	%	100	100	100	100
	Napza, gangguan psikotik, gangguan neurotic dan gangguan mental organik	%	100	100	100	100
13.	Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena Bunuh diri	%	100	100	100	100
14.	Kejadian re-admission pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan	%	100	100	100	100
15.	Lama hari perawatan pasien Gangguan jiwa ≤ 6 minggu	%	100	100	100	100
16.	Visite pada hari libur	%	100	100	100	100
17.	Dokter umum kalau ada emergency konsul dokter spesialis	%	100	100	100	100

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Table 51 Tabel Kinerja SPM pada Bedah Sentral

No	Uraian Indikator	Satuan	Target		Realisasi		Prosentase (%)	
			2024	2023	2024	2023	2024	2023
1.	Waktu tunggu operasi elektif	hari	≤ 2	≤ 2	100	0		
2.	Kejadian kematian dimeja operasi	%	≤ 1	0	100	100		
3.	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	%	100	100	100	100		
4.	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	%	100	100	100	100		
5.	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	%	100	100	100	100		
6.	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	%	100	100	100	100		
7.	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan anestesi endotracheal tube	%	0	0	100	100		

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Table 52 Tabel Kinerja SPM pada Persalinan Perinatologi

No	Uraian Indikator	Satuan	Target		Realisasi		Prosentase (%)	
			2024	2023	2024	2023	2024	2023
1.	Kejadian kematian ibu karena persalinan		a. Perdarahan ≤ 1%	0.0	0.1	0.2	70	
			b. Pre-eklampsia ≤ 3%	0	0	0	0	
			c. Sepsis ≤ 0,2%	0	0	0	0	
2.	Pemberi pelayanan persalinan normal		Dokter Sp. OG	100	100	100	100	
			Dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal)	0	0	0	100	
3.	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit		Bidan	0	0	0	0	
			Dokter Sp. OG terlatih	100	100	100	100	
4.	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi		a. Dokter Sp. OG	100	100	100	100	

	b. Dokter Sp. A	%	100	100	100	100
	c. Dokter Sp. An	%	100	100	100	100
5.	Kemampuan menangani BBLR kurang dari 2500 gr	%	100	100	100	100
6.	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	%	≤ 20	38,4	38,4	100
7.	Keluarga Berencana					
	Persentase pelayanan kontrasepsi mantap (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr. Sp. OG, dr. Sp. B, dan dr. Sp. U					
	Dokter umum terlatih	%	100	100	100	100
8.	Persentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap	%	100	100	100	100
	bidan terlatih					
9.	Kepuasan pelanggan	%	≥ 80	87,86	93,71	109

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Table 53 Tabel Kinerja SPM pada Pelayanan Intensif

No	Uraian Indikator	Satuan	Target	Realisasi	Prosentase (%)	
			2024	2024	2024	2023
1.	Rata rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	%	≤ 3	0,98	100	100
2.	Pemberi pelayanan unit intensif Dokter spesialis anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang diangani	%	100	100	100	100
	Perawat minimal D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU / setara (D4)	%	100	100	100	100
3.	Waktu pelayanan 24 jam	%	100	100	100	100
4.	Ratio perawat dengan pasien 1 : 1	%	100	100	100	100
5.	Jumlah tempat tidur	%	100	100	100	100
6.	Infeksi nosokomial 0% (tidak terjadi inos)	%	100	100	100	100
7.	Fasilitas dan peralatan	%	100	100	98	100

8.	Pelayanan penunjang medis(laboratorium & radiologi) 24 jam/hari on site	%	100	100	100	100
----	---	---	-----	-----	-----	-----

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Table 54 Tabel Kinerja SPM pada Radiologi

No	Uraian Indikator	Satuan	Target	Realisasi	Prosentase (%)	
			2024	2024	2024	2023
1.	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	jam	≤ 3	2,25	100	100
2.	Pelaksanaan eksperisi dokter Sp. Rad	%	100	100	100	100
3.	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen (kerusakan foto ≤ 2%)	%	100	98	100	98
4.	Kepuasan pelanggan	%	≥ 80	93,50	116,86	107

Table 55 Tabel Kinerja SPM pada Laboratorium Patologi Klinik

No	Uraian Indikator	Satuan	Target	Realisasi	Prosentase (%)	
			2024	2024	2024	2023
1.	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium. ≤ 140 menit kimia darah & darah rutin	%	85	88,21	103,77	82,36
2.	Pelaksana eksperisi : dokter Sp.Pk	%	100	100	100	100
3.	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	%	100	100	100	100
4.	Kepuasan pelanggan	%	90	87,31	97,01	86,5
5.	Peralatan laboratorium yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi.	%	100	100	100	100
6.	Waktu tunggu loket pendaftaran laboratorium	menit	≤ 15	10	100	100

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Table 56 Tabel Kinerja SPM pada Rehabilitasi Medik

No	Uraian Indikator	Satuan	Target	Realisasi	Prosentase (%)	
			2024	2024	2024	2023
1.	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan	%	≤ 50	38,4	100	45,91
2.	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	%	100	100	100	100
3.	Kepuasan pelanggan	%	≥ 80	91,54	114,42	84,26

Table 57 Tabel Kinerja SPM pada Farmasi

No	Uraian Indikator	Satuan	Target	Realisasi	Prosentase (%)	
			2024	2024	2024	2023
1.	Waktu tunggu pelayanan obat pasien Obat jadi ≤ 30 menit	%	100	85,33	85,33	79,58
	Racikan ≤ 60 menit	%	100	83,79	83,79	77,17
2.	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	%	100	100	100	100
3.	Kepuasan pasien terhadap layanan instalasi farmasi	%	80	86,08	107,6	104
4.	Penulisan resep sesuai formularium	%	97,58	96,53	98,92	100
5.	Pemenuhan alat dan bahanhabis pakai	%	97,00	94	96,90	100
6.	Pemberian informasi obat padapasien rawat jalan	%	100	100	100	100
7.	Pelayanan persepan obat generik	%	66,00	85,20	85,70	100

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Table 58 Tabel Kinerja SPM pada Instalasi Gizi

No	Uraian Indikator	Satuan	Target	Realisasi	Prosentase (%)	
			2024		2024	2023
1.	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	%	90	99.88	111	110
2.	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	%	30	29	96,66	96
3.	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	%	100	100	100	100

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Table 59 Tabel Kinerja SPM pada Transfusi Darah

No	Uraian Indikator	Satuan	Target	Realisasi	Prosentase (%)	
			2024		2024	2023
1.	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfuse terpenuhi	%	100	100	100	100
2.	Kejadian reaksi transfusi	%	0	0	100	100
3.	Ketepatan tranfusi sesuai dengan golongan darah pasien	%	100	100	100	100
4.	Waktu tunggu loket pendaftaran BDRS 15 menit	menit	15	15	100	100
5.	Waktu tunggu cross match/ uji ulang max 60 menit	menit	max 60	max 60	100	100
6.	Waktu tunggu permintaan whole blood/ darah lengkap max 240 menit	menit	max. 240	max. 240	100	100
7.	Waktu tunggu permintaan komponen darah maksimal 360 menit	menit	max. 360	max. 360	100	100

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Table 60 Tabel Kinerja SPM pada Pelayanan Gakin

No	Uraian Indikator	Satuan	Target	Realisasi	Prosentase (%)	
			2024		2024	2023
1.	Pelayanan terhadap pasien gakin yang datang ke rs pada setiap unit pelayanan	%	100	100	100	100

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Table 61 Tabel Kinerja SPM pada Rekam Medik

No	Uraian Indikator	Satuan	Target	Realisasi	Prosentase (%)	
			2024		2024	2023
1.	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	%	80	80	100	100
2.	Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	%	80	80	100	100
3.	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	menit	≤ 10	≤ 10	100	100
4.	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap ≤ 10 menit	%	80	80	100	100
5.	Ketepatan waktu pengembalian dokumen rekam medik dari bangsal rawat inap ke IRM 14 hari setelah pasien pulang.	%	80	80	100	100
6.	Pelayanan rekam medik menjadi sebuah instalasi	%	100	100	100	100
7.	Kelengkapan pengisian resume medis ≤ 24 jam	%	100	100	100	100

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Tabel Kinerja SPM pada Pengelolaan Limbah

No	Uraian Indikator	Satuan	Target	Realisasi	Prosentase (%)	
			2024		2024	2023
1.	Baku mutu limbah cair :					
	a. bod < 30 mg/l	%	100	100	100	100
	b. cod < 80 mg/l	%	100	100	100	100

	c. tss < 30 mg/l	%	100	100	100	100
	d. ph 6-9	%	100	100	100	100
2.	Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	%	100	100	100	100
3.	Pembuangan sampah sesuai Dengan jenisnya	%	100	95	95	100

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Table 62 Tabel Kinerja SPM pada Administrasi dan Manajemen

No	Uraian Indikator	Satuan	Target	Realisasi	Prosentase (%)	
			2024		2024	2023
1.	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	%	100	100	100	100
2.	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	%	100	100	100	100
3.	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	%	100	100	100	100
4.	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	%	100	100	100	100
5.	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	%	60			25,32
6.	Cost recovery	%	100	102,32	102,32	99,69
7.	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	%	100	100	100	85,7
8.	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	jam	≤ 2	2	100	100
9.	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	%	100	100	100	90

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Table 63 Tabel Kinerja SPM pada Ambulance

No	Uraian Indikator	Satuan	Target	Realisasi	Prosentase (%)	
			2024	2024	2024	2023
1.	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah	jam	24		2024	2023
2.	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumah sakit	menit	5 30			100
3.	Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan (dalam kota ≤ 15 menit)	menit	5 15			100

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Table 64 Tabel Kinerja SPM pada Pemulasaran Jenazah

No	Uraian Indikator	Satuan	Target	Realisasi	Prosentase (%)	
			2024	2024	2024	2023
1.	Waktu tanggap (response time) pelayanan Pemulasaran jenazah	jam	≤2	84	84	100
2.	Pendampingan rohaniawan sesuai dengan agama yang dianut	%	100	100	100	100
3.	Pelayanan pemulasaran jenazah sesuai dengan prosedur (SPO))	%	100	100	100	100
	Ada prosedur (SPO) dalam hal memberikan pelayanan pemulasaran jenazah					
4.	Sertifikat pengawetan jenazah	%	100	100	100	100
	Ada sertifikat pengawetan jenazah yang disyahkan dr.Sp.Forensik					
5.	Pelayanan pengawetan jenazah sesuai dengan prosedur (SPO)	%	100	100	100	100
	Ada sertifikat pengawetan jenazah yang disyahkan dr.Sp.Forensik					
6.	Sertifikat otopsi jenazah					
	Ada sertifikat otopsi jenazah yang disyahkan dr.Sp.Forensik	%	100	100	100	100
7.	Pelayanan otopsi jenazah sesuai dengan prosedur					

	(SPO)					
	Ada prosedur (SPO) dalam hal memberikan pelayanan otopsi jenazah	%	100	100	100	-
8.	Kelengkapan dokumen pengiriman jenazah					
	Kelengkapan dokumen dalam hal pengiriman jenazah baik melalui darat maupun udara	%	100	100	100	-

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Table 65 Tabel Kinerja SPM pada Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

No	Uraian Indikator	Satuan	Target	Realisasi	Prosentase (%)	
			2024	2024	2024	2023
1.	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat (< 1 jam)	%	≥ 80	≥ 80	100	100
2.	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	%	100	100	100	100
3.	Fasilitas gedung pelayanan yang memenuhi standar	%	100	100	100	100
4.	Waktu pelayanan kebutuhan sarana dan prasarana jam 07.00- 14.00 (8 jam)	jam	8	8	100	-
5.	Kecepatan memberikan pelayanan kebutuhan sarana dan prasarana	hari	1	-	-	100
6.	Tersedianya peralatan medis yang memenuhi standar	%	90	90	100	100

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Table 66 Tabel Kinerja SPM pada Pelayanan Laundry

No	Uraian Indikator	Satuan	Target	Realisasi	Prosentase (%)	
			2024	2024	2024	2023
1.	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	%	100	100	100	100
2.	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	%	100	100	100	100
3.	Ketepatan jumlah linen untuk rawat inap	%	100	100	100	100

4.	Suhu yang dibutuhkan dalam pemanasan linen	°C	70	70	100	100
----	--	----	----	----	-----	-----

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Table 67 Tabel Kinerja SPM pada Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

No	Uraian Indikator	Satuan	Target	Realisasi	Prosentase (%)	
			2024		2024	2023
1.	Ada anggota tim PPI yang terlatih	%	75	100	125	100
2.	Tersedia APD di setiap instalasi/ departement	%	60	98	163	100
3.	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HCAI (Health Care Associated Infection) di RS (Min 1 Parameter)	%	75	75	100	100
4.	Pelaksanaan kewaspadaan isolasi di tiap instalasi:					
	Audit kewaspadaan isolasi	%	60	60	100	100
	Tersedianya perangkat desinfeksi di tiap instalasi	%	60	60	100	100
5.	Tersusunnya dokumen ICRA	%	100	100	100	100

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Table 68 Tabel Kinerja SPM pada Pelayanan Cenctral Diagnostik

No	Uraian Indikator	Satuan	Target	Realisasi	Prosentase (%)	
			2024		2024	2023
1.	Endoskopi (gastroskopi, colonoskopi, bronkoskopi)					
	Dokter dan perawat bersertifikat pelatihan endoskopi	%	80	80	80	100
	Insiden pasien jatuh (pre, intra, post)endoskopi	%	0	0	0	100
	Kepuasan pelanggan	%	83	85,98		94,21
	Perdarahan endoskopi pasca dilakukan biopsy	%	0	0	0	100
	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anesthes	%	<6	0	0	100
2.	TCD, EEG, TMS, EMG					
	Perawat bersertifikat pelatihan dan mahir dibidangnya	%	100	50	50	50

	Insiden pasien jatuh (pre, intra, post) tcd, eeg, tms, emg	%	0	0	0	0
	Kepuasan pelanggan	%	83	84,79		105
3.	Treadmil					-
	Perawat bersertifikat pelatihan dan mahir dibidangnya	%	100	100	100	100
	Insiden pasien jatuh (pre, intra, post) treadmill	%	0	0	0	100
	Kepuasan pelanggan	%	80	84,79		105

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Table 69 Tabel Kinerja SPM pada Hemodialisa

No	Uraian Indikator	Satuan	Target	Realisasi	Prosentase (%)	
			2024		2024	2023
1.	Insiden pasien jatuh (pre, intra & post HD)	%	0	0	0	100
2.	Insiden tertukarnya dialiser pakai ulang pada tindakan hd	%	0	0	0	100
3.	Insiden terlepasnya jarum vena fistula intra dialisis	%	0	0	0	100
4.	Perawat pemberi layanan HD bersertifikat perawat mahir dialisis	%	100	90,91	95	90,91
5.	Kepuasan pelanggan	%	90	90	10	100
6.	Status nutrisi prosentase pasien HD dengan kadar albumin serum ≥ 4 gr/dl					
	Gambaran awal sebagai trend, kemudian analisis untuk target ≥ 35 %	%	60	60	100	100
7.	Manajemen anemia : prosentase pasien hd yang mendapat terapi esa (erythropoietin stimulating agent) dengan kadar HB 10-12 gr/dl					
	Gambaran awal sebagai trend, kemudian analisis untuk target ≥ 90 %	%	50	50	100	100
8.	Manajemen akses vaskuler : prosentase pasien hd dengan av shunt					
	Gambaran awal sebagai trend, kemudian analisis untuk target ≥ 68 %	%	80	82	100	102
9.	Manajemen : prosentase	%	80	81	100	101

	pasien hd ≥ 20 % untuk dapat terapi esa					
--	---	--	--	--	--	--

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Table 70 Tabel Kinerja SPM pada Psikologi

No	Uraian Indikator	Satuan	Target	Realisasi	Prosentase (%)	
			2024		2024	2023
1.	Tenaga pemberi pelayanan di klinik psikologi adalah psikolog	%	100	100	100	100
2.	Penegakan diagnosis psikologis	%	100	100	100	100
3.	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan pasien kekerasan terhadap anak dan perempuan (ktap)	%	100	100	100	100
4.	Kepuasan pelanggan	%	90	90	100	100

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

4.1 Kinerja Keuangan

Realisasi Kinerja Keuangan pada tahun 2024 antara lain Pendapatan BLUD, Rencana Pertumbuhan Pendapatan per tahun, CRR dan Tingkat Kemandirian BLUD sebagaimana tercantum dalam tabel dibawah ini :

Tabel 71 Tabel Kinerja Keuangan Tahun 2024

NO	URAIAN	TARGET	REALISASI	REALISASI
		2024	2024	2023
1	Pendapatan BLUD	140.000.000.000,00	156.406.481.819,00	143.015.802.976,00
	Persentase kenaikan per tahun	10%	8,56%	20,47%
2	Biaya Operasional BLUD	161.977.261.595,00	149.322.701.807,00	141.172.328.722,00
3	Biaya Operasional APBD	35.588.615.046,57	35.576.180.192,57	31.600.115.425,25
4	Total Biaya Operasional (2+3)	197.565.876.641,57	184.898.881.999,57	172.772.444.147,25
5	Belanja Modal BLUD	5.282.461.405,00	3.540.678.965,00	2.281.253.008,00
6	Belanja Modal APBD	2.289.293.146,00	2.188.894.108,00	5.070.205.050,00
7	Total Belanja Modal	7.571.754.551,00	5.729.573.073,00	7.351.458.058,00

	(5+6)			
8	Total Belanja Operasional dan Modal (4+7)	205.137.631.192,57	190.628.455.072,57	180.123.902.205,25
9	CRR gab (1/4*100%)	100,00%	84,59%	82,78%
10	Tingkat Kemandirian (1/8*100%)	100,00%	82,05%	79,40%

Sumber data : Laporan Keuangan RSUD Kota Salatiga Tahun 2024

Keterangan :

- Realisasi Pendapatan BLUD pada tahun 2024 adalah sebesar Rp156.406.481.819,00 atau naik 8,56% dibandingkan tahun 2023 yang hanya sebesar Rp143.015.802.976,00, belum dapat melampaui target dalam rencana pertumbuhan pendapatan pada 2024 sebesar 10%.
- Realisasi Belanja Operasional pada tahun 2024 adalah sebesar Rp184.898.881.999,57 atau naik 6,56% dibanding tahun 2023 yang sebesar Rp172.772.444.147,25.
- Realisasi Belanja Modal pada tahun 2024 adalah sebesar Rp5.729.573.073,00 atau turun 28,31% dibanding tahun 2023 yang sebesar Rp7.351.458.058,00.
- Gaji pegawai ASN BLUD RSUD tahun 2024 yang dibayarkan melalui Dinas Kesehatan Kota Salatiga sebesar Rp35.476.153.140,00 dan dropping obat dari Dinas Kesehatan Kota Salatiga sebesar Rp100.027.052,57.
- Meskipun masih dibawah 100%, CRR pada tahun 2024 sebesar 84,59% atau naik 1,81% dibanding tahun 2023 yang hanya sebesar 82,78%.
- Tingkat Kemandirian mengalami peningkatan, pada tahun 2024 sebesar 82,05% atau naik 2,65% dibanding tahun 2023 yang hanya sebesar 79,40%.

Realisasi Anggaran Tahun 2024 menggambarkan realisasi penyerapan anggaran pendapatan dan belanja tahun 2024, disampaikan pada tabel sebagai berikut :

Tabel 72 Laporan Realisasi Anggaran Tahun 2024

URAIAN	ANGGARAN	REALISASI	LEBIH / (KURANG)	%
PENDAPATAN DAERAH	140.000.000.000,00	156.406.481.819,00	23.015.802.976,00	111,72
PENDAPATAN ASLI DAERAH (PAD)	140.000.000.000,00	156.406.481.819,00	23.015.802.976,00	111,72
Retribusi Daerah	137.626.963.967,00	153.778.316.447,00	16.151.352.480,00	111,74
Retribusi Pelayanan Kesehatan	137.626.963.967,00	153.778.316.447,00	16.151.352.480,00	111,74
Lain-lain PAD yang Sah Lainnya	2.373.036.033,00	2.628.165.372,00	255.129.339,00	110,75
Pendapatan BLUD	2.373.036.033,00	2.628.165.372,00	255.129.339,00	110,75
BELANJA DAERAH	205.137.631.192,57	190.628.455.072,57	14.509.176.120,00	92,93
BELANJA OPERASI	197.565.876.641,57	184.898.881.999,57	12.666.994.642,00	93,59
Belanja Pegawai	43.725.390.336,00	42.189.994.120,00	1.535.396.216,00	96,49
Belanja Pegawai ASN (APBD)	35.478.144.140,00	35.476.153.140,00	1.991.000,00	99,99
Belanja Pegawai BLUD	8.247.246.196,00	6.713.840.980,00	1.533.405.216,00	81,41
Belanja Barang dan Jasa	153.840.486.305,57	142.708.887.879,57	11.131.598.426,00	92,76
Belanja Barang (APBD)	110.470.906,57	100.027.052,57	10.443.854,00	90,55
Belanja Barang	53.334.301.614,00	51.860.895.928,00	1.473.405.686,00	97,24
Belanja Jasa	96.565.289.885,00	87.831.740.342,00	8.733.549.543,00	90,96
Belanja Pemeliharaan	3.464.673.900,00	2.589.540.978,00	875.132.922,00	74,74
Belanja Perjalanan Dinas	361.250.000,00	322.183.579,00	39.066.421,00	89,19
Belanja Uang dan/atau Jasa untuk Diberikan kepada Pihak Ketiga/Pihak Lain/Masyarakat	4.500.000,00	4.500.000,00	0,00	100,00
BELANJA MODAL	7.571.754.551,00	5.729.573.073,00	1.842.181.478,00	75,67
Belanja Modal Peralatan dan Mesin	2.289.293.146,00	2.188.894.108,00	100.399.038,00	95,61
Belanja Modal Alat Angkutan	799.737.000,00	799.000.000,00	737.000,00	99,91
Belanja Modal Alat Kedokteran dan Kesehatan	1.489.556.146,00	1.389.894.108,00	99.662.038,00	93,31
Belanja Modal Peralatan dan Mesin BLUD	4.656.373.405,00	3.431.921.165,00	1.224.452.240,00	73,70
Belanja Modal Alat Besar	21.000.000,00	14.835.000,00	6.165.000,00	70,64
Belanja Modal Alat Kantor dan Rumah Tangga	947.816.000,00	770.414.508,00	177.401.492,00	81,28
Belanja Modal Alat Studio, Komunikasi, dan Pemancar	189.000.000,00	98.695.000,00	90.305.000,00	52,22
Belanja Modal Alat Kedokteran dan Kesehatan	1.819.435.000,00	925.591.657,00	893.843.343,00	50,87
Belanja Modal Komputer	1.646.122.405,00	1.613.010.000,00	33.112.405,00	97,99
Belanja Modal Rambu-Rambu	33.000.000,00	9.375.000,00	23.625.000,00	28,41
Belanja Modal Aset Tetap Lainnya	626.088.000,00	108.757.800,00	517.330.200,00	17,37
Belanja Modal Aset Tetap Lainnya BLUD	626.088.000,00	108.757.800,00	517.330.200,00	17,37
Belanja Modal Aset Tidak Berwujud	626.088.000,00	108.757.800,00	517.330.200,00	17,37
Surplus /Defisit	(65.137.631.192,57)	(34.221.973.253,57)	8.506.626.856,00	52,54

Sumber data : Laporan Keuangan RSUD Kota Salatiga Tahun 2024

Keterangan :

- Realisasi Pendapatan yang di targetkan pada awal tahun mengalami kenaikan pada saat proses periode pelaksanaan tahun anggaran 2024.
- RSUD Kota Salatiga merupakan BLUD yang bersifat OBK pada Dinas Kesehatan Kota Salatiga. Realisasi pendapatan daerah RSUD Kota Salatiga tahun 2024 sebesar Rp156.406.481.819,00, atau 111,72%

dari target pendapatan tahun 2024 yang telah ditetapkan sebesar Rp140.000.000.000,00.

Realisasi belanja daerah RSUD Kota Salatiga tahun 2024 sebesar Rp190.628.455.072,57 atau terserap sebesar 92,93% dari anggarannya sebesar Rp197.565.876.641,57. Jumlah realisasi anggaran tersebut terdiri dari belanja operasi yang bersumber dari dana APBD sebesar Rp37.765.074.300,57 dan belanja operasi yang bersumber dari dana BLUD sebesar Rp149.322.701.807,00 serta belanja modal yang bersumber dari dana BLUD sebesar Rp3.540.678.965,00.

Neraca Tahun 2024 menggambarkan mutasi tambah dan mutasi kurang, baik aset maupun kewajiban tahun 2024 di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Salatiga disampaikan pada tabel sebagai berikut :

Tabel 73 Tabel Neraca Tahun 2024

No	Uraian	Tahun 2024	Tahun 2023
1	2	3	4
1	ASET		
2	ASET LANCAR		
3	Kas di BLUD	30.802.824.096,00	27.259.723.049,00
4	Piutang Retribusi	4.118.801.493,00	0,00
5	Piutang Lain-Lain PAD yang Sah	419.407.814,00	5.043.498.768,00
6	Cadangan Kerugian Piutang	(3.129.892.051,93)	(2.957.027.031,70)
7	Belanja di Bayar di muka	87.731.173,79	92.336.397,50
8	Persediaan	8.984.439.277,01	7.837.170.756,10
9	Jumlah Aset Lancar	41.283.311.801,87	37.275.701.938,90
10	INVESTASI JANGKA PANJANG	0,00	0,00
11	Total Investasi Jangka Panjang	0,00	0,00
12	ASET TETAP		
13	Tanah	10.122.813.000,00	10.340.413.000,00
14	Peralatan dan Mesin	317.933.211.540,21	312.416.677.758,82
15	Gedung dan Bangunan	120.120.668.795,19	122.582.321.450,28
16	Jalan, Jaringan dan Irigasi	16.639.047.215,00	16.546.159.640,00
17	Aset Tetap Lainnya	109.312.050,00	109.312.050,00
18	Konstruksi Dalam Pengerjaan	345.213.000,00	345.213.000,00
19	Akumulasi Penyusutan	(338.290.810.579,10)	(324.716.604.414,88)
20	Total Aset Tetap	126.979.455.021,30	137.623.492.484,22
21	DANA CADANGAN		
22	Dana Cadangan	0,00	0,00
23	Total Dana Cadangan	0,00	0,00
24	ASET LAINNYA		
25	Kemitraan Dengan Pihak Ketiga		0,00
26	Aset Tak Berwujud	7.958.116.806,00	7.849.359.006,00
27	Akumulasi Amortisasi Aset Tak Berwujud	(7.291.514.960,97)	(6.868.752.068,74)
28	Aset Lain-lain	629.169.794,00	785.111.666,34
29	Total Aset Lainnya	1.295.771.639,03	1.765.718.603,60
30	JUMLAH ASET	169.558.538.462,20	176.664.913.026,72

31	KEWAJIBAN		
32	KEWAJIBAN JANGKA PENDEK		
33	Pendapatan Diterima Dimuka	153.515.864,53	110.560.204,37
34	Utang Belanja	11.266.720.131,00	12.914.626.394,48
35	a. Utang Belanja Pegawai	113.202.541,00	112.463.448,00
36	b. Utang Belanja Barang dan Jasa	11.153.517.590,00	12.802.162.946,48
37	c. Utang Belanja Modal	0,00	0,00
38	Kewajiban Jangka Pendek Lainnya	0,00	0,00
39	Jumlah Kewajiban Jangka Pendek	11.420.235.995,53	13.025.186.598,85
40	KEWAJIBAN JANGKA PANJANG	0,00	0,00
41	Jumlah Kewajiban Jangka Panjang	0,00	0,00
42	JUMLAH KEWAJIBAN	11.420.235.995,53	13.025.186.598,85
43	EKUITAS		
44	Ekuitas	158.138.302.466,67	163.639.726.427,87
45	JUMLAH KEWAJIBAN DAN EKUITAS	169.558.538.462,20	176.664.913.026,72

Sumber data : Laporan Keuangan RSUD Kota Salatiga Tahun 2024

Keterangan :

- Total Aset RSUD Kota Salatiga sampai dengan per 31 Desember 2024 sebesar Rp169.558.538.462,20 atau turun 4,19% dari tahun 2023 sebesar Rp176.664.913.026,72.
- Aset Lancar pada RSUD Kota Salatiga sampai dengan per 31 Desember 2024 sebesar Rp41.283.311.801,87 naik 9,71% dari tahun 2023 sebesar Rp33.880.373.232,43.
- Aset Lancar RSUD Kota Salatiga berupa kas di BLUD, Piutang Retribusi, Piutang lain-lain PAD yang sah, Belanja dibayar dimuka, Cadangan Kerugian Piutang dan Persediaan yang digunakan untuk mendukung kegiatan operasional RSUD Kota Salatiga.
- Nilai aset tetap RSUD Kota Salatiga sampai dengan per 31 Desember 2024 sebesar Rp26.979.455.021,30 atau turun 8,38% dari tahun 2023 sebesar Rp137.623.492.484,22. Aset tetap RSUD Kota Salatiga berupa Tanah, Peralatan dan mesin, Gedung dan bangunan, Jalan, irigasi dan jaringan, Aset tetap lainnya, Konstruksi dalam pengerjaan dan Akumulasi penyusutan aset tetap.
- Nilai aset lainnya RSUD Kota Salatiga sampai dengan per 31 Desember 2024 sebesar Rp1.295.771.639,03 atau turun 36,27% dari tahun 2023 sebesar Rp1.765.718.603,60.
Aset lainnya RSUD Kota Salatiga terdiri dari Aset tak berwujud, Akumulasi penyusutan aset tak berwujud dan Aset lain-lain.
- Nilai kewajiban RSUD Kota Salatiga sampai dengan per 31 Desember 2024 sebesar Rp11.420.235.995,53 atau turun 14,05% dari tahun 2023 sebesar Rp13.025.186.598,85.
- Kewajiban RSUD Kota Salatiga terdiri dari Kewajiban jangka pendek dan kewajiban jangka Panjang.

- Ekuitas merupakan jumlah kekayaan bersih pada RSUD Kota Salatiga, yakni selisih antara nilai Aset dan Kewajiban, jumlah ekuitas per 31 Desember 2024 yang merupakan jumlah ekuitas akhir dalam Laporan Perubahan Ekuitas (LPE). Ekuitas RSUD Kota Salatiga sampai dengan per 31 Desember Tahun 2024 senilai Rp158.138.302.466,67 atau turun 3,48% dari tahun 2023 sebesar Rp163.639.726.427,87.

Pos-Pos Laporan Operasional menggambarkan Pendapatan LO dan Beban pada RSUD Kota Salatiga yang berasal dari Kegiatan Operasional, Kegiatan Non Operasional dan Pos Luar Biasa. Defisit-LO RSUD Kota Salatiga sampai dengan per 31 Desember tahun 2024 tercatat sebesar Rp(4.472.679.207,01).

Table 74 Tabel Laporan Operasional Tahun 2024

No	Uraian	Realisasi 2024	Realisasi 2023
1	2	3	4
1	KEGIATAN OPERASIONAL		
2	PENDAPATAN		
3	PENDAPATAN ASLI DAERAH		
4	Retribusi Daerah	155.795.230.231,00	0,00
5	Retribusi Pelayanan Kesehatan	155.795.230.231,00	0,00
6	Lain-lain Pendapatan Asli Daerah yang Sah	38.555.951.306,55	182.206.926.522,03
7	Pendapatan BLUD	38.555.951.306,55	182.206.926.522,03
8	Pendapatan BLUD - Jasa Layanan	0,00	143.206.882.674,11
9	Pendapatan Hibah	706.082.748,14	535.573.241,52
10	Pendapatan BLUD -Hasil Kerja Sama dengan Pihak Lain	81.449.281,84	1.162.220.317,15
11	Pendapatan APBD	37.765.074.300,57	36.670.320.475,25
12	Lain-lain Pendapatan BLUD yang Sah	3.344.976,00	631.929.814,00
13	Jumlah Pendapatan Asli Daerah	194.351.181.537,55	182.206.926.522,03
14	LAIN-LAIN PENDAPATAN YANG SAH		
15	Pendapatan Hibah	0,00	0,00
16	Jumlah Lain-lain Pendapatan Yang Sah	0,00	0,00
17	JUMLAH PENDAPATAN	194.351.181.537,55	182.206.926.522,03
18	BEBAN		
19	Beban Pegawai	42.168.073.413,00	39.564.587.685,00
20	Beban Persediaan	54.045.341.918,11	48.183.204.846,51

21	Beban Jasa	84.964.344.170,71	79.394.591.882,33
22	Beban Pemeliharaan	2.244.900.662,61	2.121.704.051,52
23	Beban Perjalanan Dinas	322.183.579,00	260.354.754,00
24	Beban Penyusutan	15.874.637.685,66	16.795.384.449,14
25	Beban Penyisihan Piutang	257.301.803,35	168.565.279,59
26	JUMLAH BEBAN	199.876.783.232,44	186.488.392.948,09
27	SURPLUS/DEFISIT DARI OPERASI	(5.525.601.694,89)	(4.281.466.426,06)
28	KEGIATAN NON OPERASIONAL		
29	SURPLUS/DEFISIT DARI KEGIATAN NON OPERASIONAL		
	Surplus Penjualan Aset Non Lancar	0,00	0,00
30	Surplus/Defisit dari Kegiatan Non Operasional Lainnya	1.311.802.689,14	864.523,65
	Defisit Penjualan Aset Non Lancar	0,00	0,00
31	Defisit Kegiatan Non Operasional Lainnya	339.543.944,17	192.077.304,60
32	JUMLAH SURPLUS/DEFISIT DARI KEGIATAN NON OPERASIONAL	972.258.744,97	(191.212.780,95)
33	SURPLUS/DEFISIT SEBELUM POS LUAR BIASA	(4.553.342.949,92)	(4.472.679.207,01)
34	POS LUAR BIASA		
35	Pendapatan Luar Biasa	0,00	0,00
36	Beban Luar Biasa	0,00	0,00
37	POS LUAR BIASA	0,00	0,00
38	SURPLUS/DEFISIT - LO	(4.553.342.949,92)	(4.472.679.207,01)

Sumber data : Laporan Keuangan RSUD Kota Salatiga Tahun 2024

Keterangan :

- Pada laporan operasional per 31 Desember tahun 2024 RSUD Kota Salatiga memiliki Pendapatan-LO sebesar Rp194.351.181.537,55, atau naik 6,25% dari 31 Desember 2023 sebesar Rp182.206.926.522,03.
- Beban-LO yang dimiliki RSUD Kota Salatiga sampai dengan per 31 Desember 2024 sebesar Rp199.876.783.232,44, atau naik 8,18% dari 31 Desember 2023 sebesar Rp186.488.392.948,09. Beban LO terdiri dari beban pegawai, beban persediaan, beban jasa, beban pemeliharaan, beban perjalanan dinas, beban penyusutan, beban penyisihan piutang.
- Defisit dari kegiatan operasional pada saat 31 Desember 2024 RSUD Kota Salatiga memiliki sebesar Rp(5.525.601.694,89), atau naik 22,52% dari tahun 2023 sebesar Rp(4.281.466.426,06).

- Surplus dari kegiatan non operasional RSUD Kota Salatiga sampai dengan 31 Desember 2024 sebesar Rp972.258.744,97 atau naik 119,67% dari tahun 2023 sebesar Rp(191.212.780,95).
- Defisit sebelum pos luar biasa RSUD Kota Salatiga per 31 Desember 2024 menjadi sebesar Rp(4.553.342.949,92) atau naik 1,77% dari tahun 2023 sebesar Rp(4.472.679.207,01). Sehingga Defisit-LO RSUD Kota Salatiga per 31 Desember 2024 menjadi sebesar Rp(4.553.342.949,92) atau naik 1,77% dari tahun 2023 sebesar Rp(4.472.679.207,01).

Pos-pos Laporan Arus Kas (LAK) menyajikan informasi kas sehubungan dengan aktivitas operasi, investasi, pendanaan dan transitoris yang menggambarkan saldo awal, penerimaan, pengeluaran dan saldo akhir kas RSUD Kota Salatiga dalam tahun pelaporan.

Table 75 Tabel Arus Kas Tahun 2024

No	Uraian	Realisasi 2024	Realisasi 2023
1	2	3	4
1	Arus Kas dari Aktivitas Operasi		
2	Arus Masuk Kas		
3	Retribusi Daerah		
4	Retribusi dari Jasa Layanan	153.778.316.447,00	0,00
5	Penerimaan Lain-lain PAD yang Sah		
6	Pendapatan Jasa Layanan	0,00	141.177.770.713,00
7	Pendapatan Hibah	0,00	0,00
8	Pendapatan Hasil Kerja Sama dengan Pihak Lain	1.495.985.416,00	1.206.377.044,00
9	Pendapatan APBD	37.765.074.300,57	36.670.320.475,25
10	Lain-lain Pendapatan BLUD yang Sah	1.132.179.956,00	631.655.219,00
11	Jumlah Arus Masuk Kas	194.171.556.119,57	179.686.123.451,25
12	Arus Kas Keluar		
13	Pembayaran Pegawai	42.189.994.120,00	39.501.725.237,00
14	Pembayaran Barang dan Jasa	142.708.887.879,57	133.270.718.910,25
15	Jumlah Arus Keluar Kas	184.898.881.999,57	172.772.444.147,25
16	Arus Kas Bersih dari Aktivitas Operasi	9.272.674.120,00	6.913.679.304,00
17	Arus Kas dari Aktivitas Inventasi		
18	Arus Masuk Kas		

19	Penjualan Aset	0,00	0,00
20	Jumlah Arus Masuk Kas	0,00	0,00
21	Arus Kas Keluar		
22	Perolehan Peralatan dan Mesin	5.620.815.273,00	6.693.654.808,00
23	Perolehan Gedung dan Bangunan	0,00	120.813.000,00
24	Perolehan Jalan, Jaringan, dan Irigasi	0,00	0,00
25	Perolehan Aset Tetap Lainnya	108.757.800,00	536.990.250,00
26	Jumlah Arus Keluar Kas	5.729.573.073,00	7.351.458.058,00
27	Arus Kas Bersih dari Aktivitas Investasi	(5.729.573.073,00)	(7.351.458.058,00)
28	Arus Kas dari Aktivitas Pendanaan		
29	Arus Masuk Kas		
30	Penerimaan Pinjaman	0,00	0,00
31	Jumlah Arus Masuk Kas	0,00	0,00
32	Arus Kas Keluar		
33	Pembayaran Pinjaman	0,00	0,00
34	Jumlah Arus Keluar Kas	0,00	0,00
35	Arus Kas Bersih dari Aktivitas Pendanaan	0,00	0,00
36	Arus Kas dari Aktibvitas Transitoris		
37	Arus Masuk Kas		
38	Penerimaan Perhitungan Pihak ketiga	9.234.998.496,00	9.360.211.565,00
39	Jumlah Arus Masuk Kas	9.234.998.496,00	9.360.211.565,00
40	Arus Kas Keluar		
41	Pengeluaran Perhitungan Pihak ketiga	9.234.998.496,00	9.360.211.565,00
42	Jumlah Arus Keluar Kas	9.234.998.496,00	9.360.211.565,00
43	Arus Kas Bersih dari Aktivitas Transitoris		0,00
44	Kenaikan (Penurunan) Kas dan Setara Kas	3.543.101.047,00	(437.778.754,00)
45	Saldo Awal Kas dan Setara Kas	27.259.723.049,00	27.697.501.803,00
46	Saldo Akhir Kas dan Setara Kas	30.802.824.096,00	27.259.723.049,00
47	Saldo Akhir Kas	30.802.824.096,00	27.259.723.049,00

Sumber data : Laporan Keuangan RSUD Kota Salatiga Tahun 2024

Keterangan :

- Aktivitas operasi adalah aktivitas penerimaan dan pengeluaran kas yang ditujukan untuk kegiatan operasional RSUD Kota Salatiga selama satu periode akuntansi. Arus kas bersih dari aktivitas operasi RSUD Kota Salatiga per 31 Desember 2024 adalah sebesar Rp

9.272.674.120,00 atau naik 25,44 % dari tahun 2023 sebesar Rp6.913.679.304,00.

- Aktivitas investasi adalah aktivitas penerimaan dan pengeluaran kas yang ditujukan untuk perolehan dan pelepasan aset tetap serta investasi lainnya yang tidak termasuk dalam setara kas. Arus kas dari aktivitas investasi RSUD Kota Salatiga per 31 Desember 2024 sebesar Rp(5.729.573.073,00) atau turun 28,31% dari tahun 2023 sebesar Rp(7.351.458.058,00). Hal ini dikarenakan RSUD selama tahun 2023 sampai dengan 2024 tidak menjual aset yang dimilikinya.
- Kenaikan (penurunan) kas merupakan jumlah dari arus kas bersih dari aktivitas operasi, investasi, pendanaan dan transitoris. Kenaikan (penurunan) kas RSUD Kota Salatiga per 31 Desember 2024 sebesar Rp3.543.101.047,00 atau naik 112,36% dari tahun 2023 sebesar Rp(437.778.754,00).
- Saldo awal kas RSUD Kota Salatiga per 31 Januari 2024 sebesar Rp27.697.501.803,00. Karena adanya kenaikan/penurunan kas selama periode tahun 2023, saldo akhir kas RSUD Kota Salatiga per 31 Desember tahun 2024 sebesar Rp30.802.824.096,00 atau naik 11,50%.

Dari laporan keuangan tahun 2024 didapat kinerja keuangan sebagaimana tercantum dalam tabel dibawah ini.

Table 76 Tabel Kinerja dari Perspektif Keuangan Tahun 2024

No	Indikator	Target 2024 (%)	Realisasi 2024 (%)
1	Rasio Kas	80%	273,4
2	Cost Recovery Rate (CRR)	100%	102,32
3	Profit Margin	10	-2,91
4	Rasio Kewajiban terhadap Aset	<10	6,64
5	Pertumbuhan Pendapatan	>7	9,36

Penjelasan perhitungan :

1. Rasio Kas

$$\begin{aligned}
 &= \frac{\text{Kas dan setara kas pada akhir tahun}}{\text{Kewajiban jangka pendek akhir tahun}} \times 100\% \\
 &= \frac{30.802.824.096,00}{11.266.720.131,00} \times 100\% \\
 &= 273,40
 \end{aligned}$$

2. Cost Recovery Rate

-	<u>Pendapatan BLUD</u>	x	100%
-	Biaya Operasional BLUD		
-	<u>156.406.481.819,00</u>	x	100%
-	152.863.380.772,00		
-	102,32		
3. Profit Margin			
-	<u>Surplus Operasional</u>	x	100%
-	Pendapatan BLUD		
-	<u>-4.553.342.949,92</u>	x	100%
-	156.406.481.819,00		
-	-2,91		
4. Ratio Kewajiban terhadap Asset			
-	<u>Jumlah Kewajiban</u>	x	100%
-	Jumlah Asset		
-	<u>11.266.720.131,00</u>	x	100%
-	169.558.538.462,20		
-	6,64		
5. Pertumbuhan Pendapatan			
-	(Pendapatan BLUD tahun N - Pendapatan BLUD tahun N-1)	x	100%
-	<u>Pendapatan BLUD tahun N-1</u>		
-	<u>13.390.678.843,00</u>	x	100%
-	143.015.802.976,00		
-	9,36		

Analisa :

- Rasio kas 273,40% menunjukkan bahwa RSUD memiliki kemampuan untuk mampu membayar kewajiban jangka pendeknya.
- Cost Recovery Rate (CRR) mencapai 102,32%, sudah melampaui target hal ini menunjukkan bahwa kemampuan dan kemandirian RSUD Kota Salatiga dalam menggunakan pendapatan yang berasal dari jasa layanan (fungsional) untuk pelaksanaan operasional tahun 2024 telah meningkat dari tahun 2023.
- Profit margin tahun 2024 hanya mencapai -2,91%, hal ini dikarenakan realisasi pendapatan BLUD tahun 2024 masih belum dapat menanggung beban operasional RSUD Kota Salatiga. Akan tetapi profit margin tahun 2024 meningkat dari tahun 2023 yang hanya -3,13%.
- Rasio kewajiban terhadap asset sebesar 6,62% masih aman karena masih dibawah 10%.

- Pertumbuhan Pendapatan untuk tahun 2024 sebesar 9,36% terjadi penurunan pertumbuhan pendapatan dari tahun 2023 sebesar 25,73%, ini menunjukkan perlunya peningkatan pendapatan yang stabil, meskipun melebihi target angka indeks pendapatan >7.

Agar lebih jelas peningkatan pendapatan BLUD di tahun 2024 akan disampaikan pertumbuhan pendapatan BLUD tahun 2019 sampai dengan tahun 2024 :

Table 77 Perkembangan Pendapatan BLUD RSUD Kota Salatiga

Tahun	Pendapatan Fungsional		%
	Target (Rp)	Realisasi (Rp)	
2019	115.000.000.000,00	110.214.851.952,00	95,84
2020	102.000.000.000,00	115.898.573.929,00	113,63
2021	130.000.000.000,00	165.739.778.791,00	127,49
2022	101.000.000.000,00	113.745.480.791,00	112,62
2023	120.000.000.000,00	143.015.802.976,00	119,18
2024	140.000.000.000,00	156.406.481.819,00	111,72

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa dari tahun 2019 sampai dengan 2024 pendapatan BLUD RSUD Kota Salatiga selalu mengalami peningkatan, namun di tahun 2021 dengan adanya pandemi covid 19 pendapatan BLUD mengalami peningkatan yang signifikan karena RSUD Kota Salatiga menerima pendapatan dari pemerintah pusat dari pelayanan covid 19. Sedangkan pada tahun 2022 mengalami penurunan pendapatan yang signifikan, baru pada tahun 2023 mengalami peningkatan pendapatan. Adapun Pertumbuhan Pendapatan per tahun atau *Sales Growth Rate* (SGR) dapat di lihat dalam tabel dibawah ini :

Table 78 Tabel Perkembangan Sales Growth Rate Tahun 2019-2024

Tahun	Pendapatan BLUD	SGR (%)
2019	110.214.851.952,00 - 96.369.218.855,00	14,37
	96.369.218.855,00	
2020	115.898.573.929,00 - 110.214.851.952,00	5,16

	110.214.851.952,00	
2021	165.739.778.791,00 - 115.898.573.929,00	43,00
	115.898.573.929,00	
2022	113.745.480.791,00 - 165.739.778.791,00	-31,37
	165.739.778.791,00	
2023	143.015.802.976,00 - 113.745.480.791,00	25,73
	113.745.480.791,00	
2024	156.406.481.819,00 - 143.015.802.976,00	9,36
	143.015.802.976,00	

Sumber : Bagian Keuangan

Dari tabel diatas dapat dilihat pengaruh peningkatan pendapatan BLUD, sehingga ditahun 2024 *Sales Growth Rate* (SGR) meningkat diangka 9,36%.

4.2 Kinerja Manfaat

4.2.1 Kinerja Manfaat terhadap Pemerintah Daerah

Kinerja Manfaat terhadap Pemerintah Daerah Kota Salatiga pada Tahun 2024 adalah sebagai mana tabel dibawah ini

Table 79 Tabel Kinerja Manfaat Terhadap Pemerintah Daerah

NO	INDIKATOR	Capaian 2024	Capaian 2023
1	Efisiensi Anggaran	-2,91%	-3,13%
2	Alokasi anggaran APBD	19,81%	20,36%
3	Alokasi APBD untuk Biaya Pasien	Rp100.027.052,57	Rp8.301.624,25

Data : Laporan Keuangan 2024

Keterangan :

- Efisiensi Anggaran diukur dari surplus dibagi pendapatan, untuk tahun 2024 hanya mencapai -2,91%, hal ini dikarenakan realisasi pendapatan BLUD tahun 2024 masih belum dapat menanggung beban operasional RSUD Kota Salatiga.
- Alokasi anggaran APBD adalah prosentase APBD untuk membiayai biaya operasional RSUD Kota Salatiga di tahun 2024 sebesar 19,81% (Belanja Pegawai ASN, Belanja Obat, Belanja Modal DBHCHT dan DAK).
- Alokasi anggaran dari APBD untuk biaya pasien untuk tahun 2024 sebesar Rp100.027.052,57.

2.5.1 Kinerja Manfaat terhadap masyarakat

Di Tahun 2024 realisasi capaian terhadap target yang telah ditetapkan dalam Upaya meningkatkan mutu layanan rumah sakit tercapai dengan baik.

Table 80 Realisasi Kinerja Manfaat terhadap Masyarakat

NO	URAIAN	TARGET 2024	CAPAIAN 2024
1	Promosi / Penyuluhan Kesehatan (PKRS)	60 kali	90 kali
2	Pameran layanan kesehatan	2 kali	2 kali
3	Kegiatan Inovasi dalam Pelayanan	1 Inovasi	1 Inovasi
4	Layanan Informasi dan Pengaduan	Offline dan Online	Offline dan Online

1. Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS) terlaksana dengan baik dengan sasaran antara lain pasien, keluarga pasien, pengunjung rumah sakit, pegawai rumah sakit dan masyarakat yang di targetkan 60 kali terealisasi 129 kali. Kegiatan PKRS dilakukan baik di dalam gedung rumah sakit maupun di luar lingkungan rumah sakit. Penyelenggaraan PKRS dilaksanakan pada 5 (lima) tingkat pencegahan yang meliputi: promosi kesehatan pada kelompok masyarakat yang sehat sehingga mampu meningkatkan kesehatan; promosi kesehatan tingkat preventif pada kelompok berisiko tinggi (high risk) untuk mencegah agar tidak jatuh sakit (specific protection); promosi kesehatan tingkat kuratif agar pasien cepat sembuh atau tidak menjadi lebih parah (early diagnosis and prompt treatment); promosi kesehatan tingkat rehabilitatif untuk membatasi atau mengurangi kecacatan (disability limitation); dan promosi kesehatan pada pasien baru sembuh (recovery) dan pemulihan akibat penyakit (rehabilitation).
2. Forum konsultasi publik memberikan fasilitas kepada masyarakat untuk menyalurkan aspirasi dan saran kepada pihak rumah sakit. Forum Komunikasi Publik adalah kegiatan dialog atau diskusi pertukaran opini secara partisipatif antara penyelenggara layanan publik dengan publik. Kegiatan Forum Komunikasi Publik diselenggarakan dengan komunikasi dua arah dimana Masyarakat atau tokoh masyarakat dapat mengusulkan memberi masukan dan

saran kepada penyelenggara pelayanan atas layanan yang telah diterima selaku pengguna layanan atau untuk masukan pengembangan layanan-layanan ke depan dengan aturan yang terkait dengan Permenkes dan lain-lain. Lebih rinci lagi pengikutsertaan masyarakat dalam penyelenggaraan publik mencakup keseluruhan proses penyelenggaraan publik yang meliputi :

- a. Penyusunan Kebijakan Pelayanan Publik;
- b. Penyusunan Standar Pelayanan;
- c. Pengawasan dan Evaluasi Penyelenggaraan Pelayanan Publik;
- d. Pemberian Penghargaan;
- e. Survei Kepuasan Masyarakat;
- f. Kebijakan Lain Terkait Pelayanan Publik.

Ditahun 2024, terselenggara sebanyak I (satu) kali kegiatan Forum Konsultasi Publik.

3. Sicanting (strategi kolaborasi cegah stunting) merupakan salah satu inovasi dari RSUD Kota Salatiga yang digagas oleh Direktur RSUD Kota salatiga dalam upaya mensukseskan program pemerintah dalam menurunkan angka Stunting. Layanan ini dimanfaatkan oleh masyarakat luas untuk mengetahui tentang pencegahan stunting. Program intervensi SICANTING meliputi:

- a. Kolaborasi lintas program dan lintas sektoral
- b. Pelatihan intervensi stunting bagi tenaga kesehatan, kader posyandu, serta relawan
- c. Pendekatan psikoedukasi pola asuh dan konsultasi psikologi
- d. Layanan rujukan stunting terintegrasi
- e. Hotline stunting, untuk sarana konsultasi dan informasi bagi masyarakat terkait pencegahan dan penanganan stunting dengan menghubungi nomor 082224239022
- f. Program pemberian makanan tambahan.
- g. Pendampingan oleh dokter spesialis obgyn.

4. Layanan informasi dan pengaduan dioptimalkan dalam upaya mempermudah masyarakat dalam mengakses informasi dan pengaduan terhadap pelayanan di rumah sakit baik secara *online* maupun *offline*. Adapun media layanan tersebut antara lain customer service, kotak saran, nomor whatsapp (08112909292), media social.

4.3 Kinerja Mutu

Didalam pelaksanaan pemberian pelayanan kesehatan kepada masyarakat, RSUD Kota Salatiga menggunakan Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit (INMRS) Rumah Sakit yang telah ditetapkan yang mengacu pada KMK Nomor 22 Tahun 2021 Tentang Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit (INMRS). Adapun Capaian Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Salatiga tahun 2024 dapat dilihat pada table berikut:

Table 81 Tabel Capaian Indikator Mutu Nasional Rumah Sakit Tahun 2023

No	Indikator Penilaian	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024	Keterangan
1	Kepatuhan Kebersihan Tangan	≥ 85%	91,43 %	Tercapai
2	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)	100%	90,87 %	Tidak tercapai
3	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	94,09 %	Tidak tercapai
4	Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi	80%	100 %	tercapai
5	Waktu Tunggu Rawat Jalan	≥ 80%	77,16 %	Tidak tercapai
6	Penundaan Operasi Elektif	5%	1,02 %	Tercapai
7	Kepatuhan Waktu Visite Dokter	80%	93 %	Tercapai
8	Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	100%	88,21 %	Tidak tercapai
9	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	≥ 80%	82,14 %	Tercapai
10	Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (Clinical Pathway)	≥ 80%	98,37 %	Tercapai
11	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko	100%	100 %	Tercapai

	Pasien Jatuh			
12	Kecepatan Respon Terhadap Komplain	>80%	100,00 %	Tercapai
13	Kepuasan Pasien	76,6%	88,57 %	Tercapai

Sumber : Laporan Komite Mutu RSUD Kota Salatiga TW IV 2024

Capaian Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit (INMRS) RSUD Kota Salatiga terdapat 13 indikator, ada 9 indikator yang sudah tercapai dan 4 yang belum tercapai sesuai dengan standar.

Terdapat 4 indikator yang belum tercapai sesuai dengan standar, yang pertama Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD), problem yang dihadapi adalah Kurangnya kepatuhan terhadap penggunaan APD dan Kesadaran akan pentingnya penggunaan APD masih kurang, rencana yang akan dilakukan adalah Sosialisasi ulang terkait pentingnya penggunaan alat pelindung diri sesuai dengan tempat dan fungsinya. Yang kedua Kepatuhan Identifikasi Pasien, problem yang dihadapi adalah Kurangnya kepatuhan petugas terhadap identifikasi pasien dan kadang-kadang petugas terburu-buru dalam melakukan pemeriksaan atau tindakan sehingga lupa mengidentifikasi pasien, rencana yang akan dilakukan adalah sosialisasi kepatuhan terhadap SPO identifikasi pasien dan supervisi kepala unit. Yang ketiga Waktu Tunggu Rawat Jalan, problem yang dihadapi adalah

Koneksi dan server pendaftaran yang kadang bermasalah, rencana yang akan dilakukan adalah melakukan inovasi prosedur pendaftaran dengan teknologi informasi terkini dan menggunakan E-rekam medik. Yang keempat Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium, problem yang dihadapi adalah kurangnya follow up petugas bangsal kepada DPJP terhadap hasil kritis laboratorium dan DPJP terkadang sulit dihubungi saat menyampaikan hasil kritis laboratorium, rencana yang akan dilakukan adalah review SPO pelaporan hasil kritis laboratorium ke DPJP dan monitoring kepatuhan pelaporan hasil kritis laboratorium melalui audit rekam medis.

BAB V PENUTUP

Laporan Kinerja Tahun 2024 ini mungkin belum sempurna atau masih ada data yang terlewat, oleh karenanya saran dan masukan untuk perbaikan sangat kami harapkan.

Terimakasih kepada semua Tim Penyusun Laporan Kinerja Tahun 2024 ini. Semoga bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan di RSUD Kota Salatiga.