

**LAPORAN KINERJA INSTANSI PEMERINTAH
RSUD Dr. HARYOTO
KABUPATEN LUMAJANG
TRIWULAN II TAHUN 2025**



**PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. HARYOTO**
JALAN BASUKI RAHMAT NO. 5 TELP (0334)881666 FAX (0334)887383
Email: rsdharyoto@yahoo.co.id
LUMAJANG - 67311

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Dasar hukum pembentukan unit kerja

RSUD Dr. Haryoto merupakan Unit Organisasi Bersifat Khusus yang menjadi Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang sebagaimana seperti tertuang dalam Peraturan Bupati Lumajang Nomor 12 Tahun 2022 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Uraian Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana serta dalam Peraturan Bupati Nomor 47 Tahun 2022 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Uraian Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Haryoto.

Berdasarkan hal tersebut maka sebagai Unit Organisasi Bersifat Khusus yang menjadi Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk, dan Keluarga Berencana Kabupaten Lumajang, RSUD Dr. Haryoto Menyusun Rencana Kerja RSUD Dr. Haryoto Tahun 2024 untuk melaksanakan tugas pokok dan fungsi rumah sakit, berdasarkan Rencana Strategis Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk, dan Keluarga Berencana Tahun 2024 – 2026, hasil evaluasi tahun sebelumnya, serta hasil Musrenbang Tahun 2024.

Laporan Kinerja Instansi Pemerintah RSUD Dr. Haryoto Tahun 2025 Triwulan 2 (TW 2) merupakan laporan hasil kinerja rumah sakit dalam melaksanakan Rencana Kerja Perubahan RSUD Dr. Haryoto tahun 2025. Laporan ini menggambarkan kinerja TW 2 Tahun Anggaran 2025. Yaitu capaian target berdasarkan program, kebijakan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam rencana kerja dan rencana strategis. Laporan ini juga menjadi salah satu referensi untuk mengukur, mengkaji data dan merencanakan perbaikan mutu rumah sakit sebagai upaya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.

1.2 Uraian tugas dan fungsi

Berdasarkan peraturan Bupati Nomor 47 tahun 2022 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Uraian Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Haryoto adalah:

Kedudukan:

RSUD Dr. Haryoto adalah fasilitas pelayanan kesehatan milik Pemerintah Daerah yang melaksanakan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah di bidang kesehatan dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna.

RSUD Dr. Haryoto termasuk dalam rumah sakit umum daerah kelas B dan berkedudukan sebagai Unit Organisasi Bersifat Khusus.

Struktur Organisasi dan Tata Kerja



Tugas:

RSUD Dr. Haryoto melaksanakan tugas membantu Kepala Dinas untuk melaksanakan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah di bidang kesehatan dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna.

Fungsi:

RSUD Dr. Haryoto memiliki fungsi:

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan;
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna sesuai kebutuhan medis;
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan;
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan dan bidang kesehatan.

1.3 Visi dan Misi

Berdasarkan hasil Review Visi dan Misi yang dilakukan Dewan Pengawas Nomor: 445/1/427.55.01/2022, Visi dan Misi RSUD Dr. Haryoto Kabupaten Lumajang tidak ada perubahan sehingga Visi RSUD Dr. Haryoto Kabupaten Lumajang adalah "Menjadi Rumah Sakit pilihan utama masyarakat Lumajang dan sekitarnya."

Misi RSUD Dr. Haryoto Kabupaten Lumajang adalah "Meningkatkan pelayanan kesehatan dengan dukungan SDM, sarana prasarana, dan pengelolaan manajemen sesuai standar yang berorientasi pada kepuasan pelanggan."

1.4 Nilai-Nilai Organisasi

Nilai-Nilai Organisasi RSUD Dr. Haryoto Kabupaten Lumajang adalah "SATU MISI" : Sejahtera, Adil, Tulus, Komitmen, Profesional, dengan definisi sebagai berikut:

1. Sejahtera

- Memiliki kesadaran bersama untuk mewujudkan tata kelola organisasi yang efektif dan efisien;
- Mengutamakan iklim saling berbagi untuk mewujudkan kesejahteraan bersama.

2. Adil

- Mampu merespon dan bersikap secara obyektif terhadap situasi yang dihadapi;
- Menjunjung tinggi keseimbangan antara hak dan kewajiban;
- Menjadikan kepentingan bersama sebagai prioritas utama.

3. Tulus

- Memaknai pekerjaan dan pelayanan sebagai bagian dari ibadah;
- Mampu berempati kepada orang lain dalam bekerja dan melayani;
- Menunjukkan ekspresi yang penuh keramahan dalam segala kondisi.

4. Komitmen

- Menjadi pribadi yang memiliki rasa tanggung jawab tinggi dalam perubahan organisasi menjadi lebih baik;
- Bersungguh-sungguh memberikan kontribusi positif dalam tindakan nyata;
- Memberikan loyalitas kepada organisasi dalam mewujudkan misi bersama.

5. Profesional

- Berpikiran terbuka dan positif terhadap perubahan yang terjadi di lingkungannya;
- Memiliki semangat yang tinggi untuk memperbarui diri agar selalu relevan dengan kondisi terkini;
- Memiliki kedisiplinan tinggi untuk bekerja dan melayani sesuai standar operasional (SOP).

1.5 Budaya Keselamatan

1) Kerja Sama dalam Satu Unit

Staf saling mendukung, saling menghargai dan bekerja sebagai sebuah tim

2) Ekspektasi dan tindakan supervisor

Sikap positif atau negatif dari supervisor/manajer terhadap upaya Keselamatan Pasien

3) Organizational learning

Budaya belajar di mana kesalahan membawa perubahan positif dan dilakukan evaluasi terhadap efektivitas perubahan.

4) Dukungan manajemen terhadap keselamatan pasien

Manajemen RS menyediakan iklim kerja yang mempromosikan keselamatan pasien dan menunjukkan bahwa keselamatan pasien adalah prioritas utama.

5) Umpan balik dan komunikasi mengenai keselamatan pasien

Staf diinformasikan tentang kesalahan yang terjadi, diberikan umpan balik tentang implementasi perubahan, dan mendiskusikan cara untuk mencegah kesalahan.

6) Keterbukaan komunikasi

Staf bebas berbicara bila melihat sesuatu yang dapat berdampak negatif pada pasien, dan merasa bebas bertanya kepada mereka yang memiliki otoritas lebih tinggi.

7) Frekuensi melaporkan jika ada insiden keselamatan pasien

Tipe kesalahan yang dilaporkan : 1)kesalahan ditemukan dan dikoreksi sebelum mempengaruhi pasien 2)kesalahan tanpa potensi mencederaikan pasien 3)kesalahan yang dapat mencederaikan pasien namun tidak terjadi cedera.

8) Kerja sama antar unit

Unit-unit di RS bekerjasama dan berkoordinasi satu sama lain untuk menghasilkan pelayanan yang terbaik bagi pasien

9) Penempatan staf/kepegawaian

Merupakan proses pengisian jabatan oleh staf sesuai dengan kompetensi dan kualifikasi yang sudah ditetapkan

10) Operan dan transisi

Informasi penting tentang asuhan pasien disampaikan pada saat transfer pasien antar satu unit ke unit lain dan atau selama pergantian shift

11) Respon yang tidak menghukum terhadap suatu kesalahan

Staf merasa bahwa kesalahan dan laporan kejadian tidak dipakai untuk menyalahkan mereka dan tidak dicatat dalam dokumen pribadi mereka.

12) Beban kerja staf

Staf dalam jumlah yang cukup untuk menangani beban kerja dan jumlah jam kerja yang sesuai untuk menyediakan pelayanan terbaik bagi pasien.

1.6 Kegiatan Pelayanan Rumah Sakit

Sebagai rumah sakit rujukan di wilayah Kabupaten Lumajang, RSUD Dr. Haryoto Kabupaten Lumajang menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan sebagai berikut:

1. Pelayanan Gawat Darurat

Instalasi Gawat Darurat (IGD) selalu siap 24 jam untuk memeriksa dan memberikan pertolongan (*medical & surgical*) kepada pasien kondisi trauma maupun non trauma yang apabila tidak segera ditangani akan berakibat kematian atau kecacatan. Pasien IGD dirawat oleh dokter dan perawat, juga didukung oleh dokter spesialis yang siaga apabila dibutuhkan. IGD juga dilengkapi dengan ruang bedah *emergency* dan pelayanan 24 jam untuk kegawatdaruratan ibu dan bayi atau Pelayanan Obstetri Neonatal Emergency Komprehensif (PONEK).

2. Pelayanan Rawat Jalan

Instalasi Rawat Jalan atau yang biasa dikenal dengan Poliklinik melayani tindakan observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik, serta pelayanan kesehatan lainnya seperti permintaan surat keterangan sehat. Instalansi Rawat Jalan adalah pelayanan kesehatan yang dilakukan tanpa pasien menginap. Klinik di Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Haryoto Kabupaten Lumajang melayani pasien setiap hari mulai Senin sampai dengan Jumat. Untuk mendapat pelayanan di Instalasi Rawat Jalan, pasien wajib melakukan registrasi atau pendaftaran di Tempat Penerimaan Pasien Rawat Jalan (TPPRJ) atau pasien bisa juga dengan menggunakan aplikasi Haryotoonline. Haryoto Online adalah inovasi pendaftaran online rawat jalan RSUD dr. Haryoto Kabupaten Lumajang yang bisa di download di playstore atau kunjungi website <https://simrs.rsudharyoto.lumajangkab...> untuk melakukan pendaftaran sehingga masyarakat yang ingin berobat tidak perlu datang pagi-pagi untuk antri nomor loket pendaftaran.

Terdapat Total ada 24 (Dua Puluh Empat) Pelayanan Rawat Jalan yang terdiri dari 19 Klinik dan 5 Pelayanan yang berdasarkan Keputusan Direktur RSUD Dr. Haryoto Lumajang Nomor: 400.7/54/427.52.01/2024 tanggal 5 Juli 2024 sebagai berikut:

a. Klinik Anak

- 1). Kesehatan Anak
- 2). Alergi Imunologi
- 3). Tumbuh Kembang dan Pediatri Sosial

b. Klinik Penyakit Dalam

- 1). Pelayanan Medik Dasar / Umum
- 2). Gastroenterologi Hepatologi
- 3). Alergi Imunologi
- 4). Endokrin
- 5). Nutrisi dan Metabolik
- 6). Infeksi dan Penyakit Tropis
- 7). Ginjal dan Hipertensi
- 8). Metabolik Endokrin
- 9). Reumatologi

c. Klinik Bedah

d. Klinik Bedah Saraf

e. Klinik Kandungan (Obstetri dan Ginekologi)

- 1). Pelayanan KIA / KB
- 2). Obstetri Ginekologi Sosial
- 3). USG

f. Klinik Orthopedi

- 1). Lower Extremity Surgery (Hip and Knee)
- 2). Spine Surgery
- 3). Knee and Ankle
- 4). Sport, Shoulder, and Elbow

g. Klinik Onkologi

h. Klinik Paru

- 1). Infeksi Paru
- 2). Paru Infeksi
- 3). Paru Asma dan PPOK
- 4). Paru Fisiologi
- 5). Penyakit Paru Akibat Kerja
- 6). Paru Imunologi
- 7). Respirologi

8). Pulmonologi

9). Covid-19

i. Klinik Gigi dan Mulut

- 1) Pelayanan Medik Dasar Gigi Mulut
- 2) Periodonti (Jaringan Penyangga Gigi)
- 3) Penyakit Mulut

j. Klinik THT (Telinga, Hidung, Tenggorokan)

- 1). Audiometri

k. Klinik Mata

- 1) Mata Infeksi dan Imunologi
- 2) Mata Glaukoma
- 3) Refraksi dan Lensa Kontak
- 4) Pediatrik Oftamologi
- 5) Oftamologi Komunitas
- 6) Saraf Mata

l. Klinik Saraf

- 1) Neurologi
- 2) Nefrologi
- 3) Stroke dan Cerebro Vaskuler
- 4) Neuro Emergency/ Intensive
- 5) Epilepsi
- 6) Elektrimedik Diagnostik (EEG)
- 7) Neurorehabilitasi

m. Klinik Rehabilitasi Medik

n. Klinik Urologi

o. Klinik Jantung dan Pembuluh Darah

- 1). Treadmill Jantung
- 2). Penyakit Jantung pada kehamilan
- 3). Kardiologi Anak
- 4). Kardiovaskuler
- 5). Elektrimedik Diagnostik (EKG)

p. Klinik VCT

q. Klinik Psikiatri

- 1). Pelayanan Kesehatan Tumbuh Kembang Anak dan Remaja
- 2). Pelayanan Kesehatan Jiwa Dewasa
- 3). Pelayanan Kesehatan Jiwa Lansia
- 4). Pelayanan Kesehatan Jiwa Masyarakat

5). Rehab Mental

6). Psikosomatik

r. Klinik Psikologi

1). Pelayanan Konseling dan Psikoterapi

s. Klinik Anestesi

t. Klinik Kulit dan Kelamin

1). Alergi Imunologi

u. Pelayanan MCU (Medical Check Up)

v. Pelayanan Geriatri

w. Unit Endoscopy dan Bronchoscopy

x. Unit Dialisis

z. Unit ESWL (Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy)

3. Pelayanan Rawat Inap

Kapasitas tempat tidur rawat inap di triwulan II tahun 2025 mengalami kenaikan dari triwulan I yang hanya mencapai 317 tempat tidur menjadi 322 tempat tidur. Hal tersebut dikarenakan telah disesuaikan dengan peraturan kris. Adapun jumlah tempat tidur tersebut telah ditetapkan sebagaimana dengan Keputusan Direktur 400.7.5.6/47/427.52.01/2025 Tanggal : 20 Juni 2025 adalah sebagai berikut :

JUMLAH TEMPAT TIDUR RAWAT INAP
RSUD Dr. HARYOTO LUMAJANG

NO.	JENIS KELAS	NAMA RUANG	JUMLAH KAMAR	JUMLAH TEMPAT TIDUR				
				KRIS (NON ISOLASI)	NON KRIS		PERINA TOLOGI	INTENSIVE
					NON ISOLASI	ISOLASI		
1	Kelas I	Bougenvile	3	6				
		Teratai	1	2				
		Tulip	6			10		
		Anggrek	9		18			
		Aster	15		30			
Jumlah Kelas I			34	8	48	10		
2	Kelas II	Bougenvile	4	10				
		Asparaga	6	12				
		Perinatologi	1				5	
		Teratai	2	4				
		Tulip	1			2		
Jumlah Kelas II			14	26		2	5	
3	Kelas III	Asoka	12	35				
		Asparaga	11	22				
		Bougenvile	4	14				
		Kenanga	12	33				
		Melati	13	33				
		Perintanologi	3				13	
		Teratai	4	8				
		Tulip	2			6		
Jumlah Kelas III			61	145		6	13	
4	Isolasi	Asparaga	1			2		
		Asoka	1			2		
		Bougenvile	1			2		
		Kenanga	1			3		
		Melati	1			3		
		Perinatologi	1			2		
Jumlah Ruang Isolasi			6			14		
5	VIP	Anggrek	13		13			
Jumlah Ruang VIP			13		13			
6	Intensive	ICU	1					15
		PICU	1					2
		NICU	1					4
		HCU	1					4
		HCU	1					7
Jumlah Ruang Intesive			5					32
TOTAL JUMLAH TT = 322 TEMPAT TIDUR								

4. Pelayanan Bedah (Instalasi Bedah Sentral/IBS)

Pelayanan bedah di RSUD Dr. Haryoto Kabupaten Lumajang diselenggarakan di Instalasi Bedah Sentral yang memiliki 4 (empat) kamar operasi. Di IGD terdapat 2 (dua) kamar operasi, yang saat ini dimanfaatkan untuk kasus operatif khusus/isolasi. Pelayanan bedah dilaksanakan oleh Dokter Spesialis Bedah, Dokter Spesialis Anestesi, dan Dokter Spesialis lain sesuai kasus yang diderita pasien, yang didukung oleh Tim Bedah, Tim Anestesi, dan Tim *Recovery Room*.

Adapun Pelayanan yang ada di Bedah Sentral antara lain yaitu :

- a. Pelayanan Bedah Umum
- b. Pelayanan Bedah Orthopedi
 - 1) Tumor Muskuloskeletal
- c. Pelayanan Bedah Kebidanan dan Kandungan
- d. Pelayanan Bedah Urologi
- e. Pelayanan Bedah Mata
 - 1). Bedah Katarak
- f. Pelayanan Bedah THT
- g. Pelayanan Bedah Onkologi
- h. Pelayanan Bedah Saraf

5. Pelayanan Penunjang

a. Pelayanan Radiologi

Instalasi Radiologi merupakan salah satu instalasi penunjang medis yang memberikan layanan pemeriksaan radiologi dengan hasil pemeriksaan berupa foto untuk membantu penegakan diagnosis.

Adapun Pelayanan yang ada di Radiologi antara lain yaitu :

- 1. Diagnostic
- 2. Ultrasonografi (USG)
- 3. Magnetik Resonance Imaging (MRI)
- 4. CT-Scan 16 Slice dan 64 Slice
- 5. Panoramic

b. Pelayanan Laboratorium

Pelayanan Laboratorium Yang ada di RSUD Dr. Haryoto Lumajang antara lain yaitu

- 1). Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik
- 2). Pelayanan Laboratorium Patologi Anatomi

Adapun Pelayanan yang ada di Laboratorium Patologi Klinik dan Patologi Anatomi

- 1). Instalasi Patologi Klinik dengan tenaga dokter Spesialis Patologi Klinik serta para analis melayani pemeriksaan diagnostik untuk membantu penegakan diagnosis penyakit yang diderita pasien. Beberapa diagnosis yang dikerjakan di Instalasi Patologi Klinik diantaranya:
 - Urinalisis, yaitu tes pada sampel urin pasien untuk diagnosis infeksi saluran kemih, batu ginjal, skrining dan evaluasi berbagai jenis penyakit ginjal, memantau perkembangan penyakit seperti diabetes mellitus. Bisa juga dilakukan untuk skrining kesehatan umum.
 - Hematologi, yaitu pemeriksaan yang bertujuan mengetahui sel darah dan bagiannya termasuk fungsi fisiologisnya, antara lain sel darah merah, sel darah putih, trombosit, dan lain sebagainya. Pemeriksaan hematologi merupakan pemeriksaan rutin yang digunakan untuk screening awal maupun pemeriksaan lanjutan.
 - Kimia klinik, digunakan untuk menganalisa zat kimia organik yang terlarut dalam darah. Pemeriksaan ini berfungsi untuk mengetahui fungsi hati, profil lemak, fungsi ginjal & asam urat, gula darah, kolesterol, dan elektrolit.
 - Pemeriksaan swab TCM Covid-1
- 2). Instalasi Patologi Anatomi dengan tenaga dokter Spesialis Patologi Anatomi serta analis melayani pemeriksaan sitologi dan histopatologi untuk membantu penegakan diagnosis penyakit yang diderita pasien. Dilengkapi dengan sarana yang mutakhir untuk mengolah jaringan patologi dalam waktu cepat dan akurat.

c. Pelayanan Farmasi

Instalasi Farmasi merupakan bagian yang tak terpisahkan dari pelayanan medis yang menunjang keselamatan dan kesehatan pasien. Pelayanan kefarmasian meliputi penyediaan obat bagi pasien rumah sakit dan masyarakat umum. Dengan semakin berkembangnya ilmu farmasi, farmasi kini telah merambah pelayanan kesehatan terhadap pasien yang disebut dengan farmasi klinis.

Layanan ini tidak terbatas pada penerimaan resep dan pemberian obat, namun juga melakukan interaksi dengan pasien dan tenaga medis. Aktivitas farmasi klinis diantaranya ialah memantau terapi dokter, apakah ada interaksi obat yang membahayakan pasien, mengingatkan penghentian antibiotik melalui Komite PPRA (Program Pengendalian Resistensi Antimikroba), memantau pemberian dosis obat, dan pencampuran obat sehingga pasien mendapat pengobatan yang efektif, efisien, aman, tepat, dan terjangkau bagi seluruh lapisan masyarakat.

d. Pelayanan Bank Darah Rumah Sakit

Unit Bank Darah Rumah Sakit (BDRS) merupakan unit yang bertanggung jawab terhadap pemenuhan kebutuhan darah untuk transfusi pasien di RSUD Dr. Haryoto Kabupaten Lumajang. Melalui unit BDRS ini, RSUD dr. Haryoto Kabupaten Lumajang dapat menjamin darah yang digunakan untuk transfusi aman, berkualitas, dan dalam jumlah yang cukup.

e. Pelayanan Gizi

Instalasi Gizi merupakan salah satu pelayanan penunjang yang terintegrasi dengan kegiatan pelayanan lainnya, memiliki peranan penting dalam mempercepat tingkat kesehatan pasien di RSUD Dr. Haryoto Kabupaten Lumajang. Instalasi Gizi melaksanakan kegiatan pokok yang meliputi konsultasi gizi rawat jalan, asuhan gizi rawat inap, serta penyelenggaraan makanan.

f. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah

Pemulasaran Jenazah merupakan kegiatan perawatan jenazah meliputi merawat pada saat setelah pasien meninggal di ruangan dan atau memandikan dan mengkafani baik pasien infeksius maupun non infeksius sesuai standar rumah sakit. Instalasi Pemulasaraan Jenazah menyediakan pelayanan Otopsi Jenasah, Pemandian Jenasah, dan Penyimpanan Jenazah dalam Refrigerator (untuk menyimpan jenazah manusia yang menunggu identifikasi atau pemindahan untuk otopsi atau pelepasan dengan penguburan, kremasi atau sebaliknya, serta perawatan jenazah Covid-19.

g. Pelayanan Penunjang Lainnya

Dalam menjalankan kegiatan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, RSUD Dr. Haryoto Kabupaten Lumajang juga didukung oleh pelayanan penunjang, yaitu:

1. Unit CSSD (*Central Sterilization Supply Department*) dan Laundry, mengelola peralatan di rumah sakit agar senantiasa siap digunakan dalam keadaan steril serta menyelenggarakan pencucian linen, produksi linen dan stok linen standar rumah sakit.
2. Unit Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS), yang memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga agar dapat senantiasa menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat serta menyelenggarakan survey kepuasan masyarakat.
3. Instalasi Pemeliharaan Sarana, meliputi pemeliharaan fisik, peralatan medis, pemeliharaan peralatan nonmedis, pengelolaan sumber daya listrik PLN dan generator.
4. Instalasi Penyehatan Lingkungan, kegiatannya meliputi pengawasan terhadap pemeliharaan, kebersihan, pemeriksaan kualitas fisik lingkungan, pemeriksaan kualitas air bersih, dan lain sebagainya.

6. Pelayanan Medis Lain

a. Pelayanan Hemodialisa (Unit HD)

Unit Hemodialisa RSUD Dr. Haryoto Kabupaten Lumajang memiliki kapasitas 19 mesin. Unit ini memberikan pelayanan bagi pasien yang mengalami gangguan fungsi ginjal yaitu dengan membuang cairan berlebih dan zat-zat yang berbahaya bagi tubuh melalui alat dialisis yang secara umum dikenal dengan istilah cuci darah. Rumah sakit juga menyelenggarakan pelayanan hemodialisa untuk pasien Covid-19.

b. Pelayanan *Endoscopy & Bronchoscopy*

Di Unit *Endoscopy* dan *Bronchoscopy*, pasien dapat memperoleh pemeriksaan dengan peralatan khusus untuk mendiagnosa kelainan yang terjadi pada saluran cerna secara langsung (*endoscopy*) dan dapat juga melihat langsung kelainan pada saluran pernafasan mulai dari tenggorokan sampai ke paru-paru (*bronchoscopy*).

c. Pelayanan ESWL (*Extracorporeal shock wave lithotripsy*)

Tindakan non-invasif untuk menangani batu saluran kemih, batu kandung kemih, batu ginjal, maupun batu empedu dengan memanfaatkan gelombang kejut dari luar tubuh tanpa merusak jaringan tubuh lainnya. Gelombang kejut yang digunakan berupa gelombang ultrasonik atau elektrohidrolik yang akan memecah batu menjadi ukuran lebih kecil sehingga dapat keluar bersama air kemih.

d. Pelayanan Treadmill (Klinik Jantung) dan Echocardiography

Treadmill adalah alat yang digunakan dalam menentukan kapasitas kinerja jantung serta pembuluh darah. Treadmill juga merupakan salah satu teknik pemeriksaan jantung yang bertujuan untuk mengetahui kondisi irama jantung. Pemeriksaan ini dilakukan oleh alat ini yakni untuk mengetahui apakah pasien memiliki potensi penyakit jantung koroner atau tidak. Dengan melakukan pemeriksaan treadmill ini juga dapat menjangkau kemampuan fisik dalam berolahraga atau beraktivitas.

e. Pelayanan *One Day Care* (ODC)

Pelayanan *One Day Care* (ODC) ditujukan untuk melayani pasien rawat jalan yang membutuhkan tindakan penunjang medis namun tidak membutuhkan rawat inap. Untuk itu disiapkan Ruang Teratai sebanyak 9 TT untuk pasien ODC Dewasa, Ruang Anggrek sebanyak 2 TT untuk pasien ODC Khusus, Ruang Bougenville terdiri dari 3 TT

BAB II

AKUNTABILITAS KINERJA

2.1. PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025

Dalam rangka mewujudkan tugas dan fungsi RSUD Dr. Haryoto Kabupaten Lumajang sebagai UOBK Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kabupaten Lumajang yang efektif, transparan, dan akuntabel telah ditetapkan Perjanjian Kinerja Tahun 2025 antara Direktur RSUD Dr. Haryoto Kabupaten Lumajang dengan Kepala Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kabupaten Lumajang tertasebagai berikut:

Tabel 2.

Perjanjian Kinerja Tahun 2025
Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk Dan Keluarga Berencana
Kabupaten Lumajang
UOBK RSUD Haryoto Kabupaten Lumajang Tahun 2025

No	Sasaran	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Terpenuhinya standar pelayanan upaya Kesehatan perorangan dan upaya Kesehatan masyarakat	Persentase rumah sakit milik pemerintah daerah dengan status akreditasi paripurna	100%
2	Terselenggaranya fasilitasi kebutuhan operasional kantor	Persentase pemenuhan fasilitasi kebutuhan operasional perkantoran	100%

No	Program	Anggaran (Rp)	Keterangan
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Administrasi Keuangan Perangkat Daerah	Rp. 33.278.828.651,00	DAU
2	Kegiatan Peningkatan Pelayanan BLUD	Rp. 135.000.000.000,00	BLUD
3	Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan UKM dan UKP Kewenangan Daerah Kabupaten/Kota	Rp. 10.651.477.642,44	DBHCHT, DAU Spesifik, DAK Fisik
4	Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Rujukan Tingkat Daerah Kabupaten/Kota	Rp. 2.999.998.963,30	DAU
	TOTAL	181.930.305.256,74	

2.2. PENGUKURAN KINERJA

Dalam melaksanakan tugas dan fungsi, selain berpedoman pada SOTK sesuai dengan Perbup Nomor 47 Tahun 2022 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Uraian Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Haryoto, unit kerja/instalasi/bidang/bagian juga berpedoman pada Rencana Kerja (Renja) Tahun 2025 dan Standar Pelayanan Minimal (SPM) dengan sasaran.

Untuk memudahkan interpretasi atas pencapaian kinerja sasaran dipergunakan interval nilai sebagai berikut:

No	Skore	Kategori Capaian
1	$\geq 91\%$	Sangat Baik
2	76 - 90,99%	Baik
3	66 - 75,99%	Cukup
4	51 - 65,99%	Kurang
5	$\leq 50,99\%$	Sangat Kurang

Pengukuran kinerja terhadap indikator kinerja yang telah dicapai dengan membandingkan antara target dan realisasi pada indikator sasaran Rencana Kerja (Renja) Tahun 2025

Sedangkan untuk SPM, selain menggunakan persentase juga ada pengukuran lain sesuai dengan aturan yang berlaku.

• CAPAIAN KINERJA TW II

Adapun rincian dan analisis capaian kinerja RSUD Dr. Haryoto Triwulan II Tahun 2025 adalah sebagai berikut:

2.2.1 Pencapaian Kinerja Bagian Perencanaan

2.2.1.1 Standar Pelayanan Minimal (SPM) Perencanaan dan Evaluasi TW II 2025

**Tabel 2.2 Standar Pelayanan Minimal (SPM)
Perencanaan dan Evaluasi
TW II 2025**

No	Indikator	Standart	Pencapaian	
			Nilai	Satuan
1	Ketepatan Laporan Akuntabilitas Kinerja	1 Laporan/ Triwulan	50	%

Dari Tabel di atas dapat diketahui bahwa indikator yang ada di Perencanaan dan Evaluasi (PE) sudah memenuhi target yang ditetapkan di setiap triwulannya. SPM Perencanaan dan Evaluasi di triwulan II mencapai 50%, hal itu dinilai dari Laporan Akuntabilitas Kinerja yang dilaporkan di setiap triwulannya sebanyak 1 laporan sedangkan sampai TW II telah dilaksanakan 2 laporan Akuntabilitas Kinerja.

2.2.1.2 Standar Pelayanan Minimal (SPM) Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian TW II Tahun 2025

Tabel 2.3 Standar Pelayanan Minimal (SPM) Diklat TW II 2025

No	Indikator	Standart	Pencapaian	
			Nilai	Satuan
1	Karyawan yang mendapatkan pelatihan minimal 20 jam setahun	≥60%	52	%

Berdasarkan data tersebut artinya hanya setengah dari total karyawan (PNS, PPPK dan Kontrak BLUD) RSUD Dr. Haryoto Lumajang yang telah mendapatkan pelatihan sebanyak 20 JP.

Untuk Kendala dan Permasalahan yang dihadapi yaitu :

- Minimnya kesadaran keryawan untuk mengembangkan pengetahuan dan keterampilan mereka. Sehingga yang mengajukan pelatihan hanya terbatas pada profesi tertentu.
- Sebagian karyawan tidak mengunggah sertifikat pelatihan pada SIMAK masing-masing sehingga evaluasi tidak berjalan optimal.

Untuk Rencana Tindak Lanjut / Rekomendasi yaitu :

- Menyampaikan Nota Dinas mengenai capaian SPM dan anjuran untuk mengunggah sertifikat diklat pada aplikasi yang telah disediakan
- Mendorong karyawan yang telah mengikuti pelatihan untuk memberikan IHT kepada karyawan lainnya

2.2.1.3 Standar Pelayanan Minimal (SPM) PDE TW II 2025

Tabel 2.4 Standar Pelayanan Minimal (SPM) PDE TW II Tahun 2025

No	Indikator	Standart	Pencapaian	
			Nilai	Satuan
1	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan dan gangguan hardware atau jaringan	≥80%	100	%
2	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan dan gangguan software SIMRS	≥80%	100	%

Berdasarkan data tersebut terjadi penurunan jumlah troubleshooting yang tercatat di aplikasi dibandingkan dengan laporan triwulan sebelumnya.

Untuk Kendala dan Permasalahan yang dihadapi yaitu :

- Minimnya kesadaran karyawan untuk melakukan laporan kerusakan SIMRS di aplikasi SPM PDE.
- Sebagian karyawan jika ada kendala baik software, hardware maupun jaringan biasanya langsung japri ke anggota PDE atau Ext. 141

Untuk Rencana Tindak Lanjut / Rekomendasi yaitu :

Memberikan edukasi dan arahan untuk melakukan pelaporan kerusakan software , hardware dan jaringan yang berhubungan dengan SIMRS di aplikasi yang sudah disediakan

2.2.1.4 Target dan Capaian Kinerja Pelayanan RSUD Dr. Haryoto TW II Tahun 2025

Untuk mengetahui mutu pelayanan rumah sakit, maka ditetapkanlah indikator kinerja sebagai ukuran kuantitatif dan kualitatif yang menggambarkan tingkat pencapaian sasaran dan tujuan sesuai dengan Rencana Kerja (Renja) Tahun 2025 sebagai arah penyelenggaraan pelayanan RSUD Dr. Haryoto Lumajang pada kurun waktu satu tahun.

Berdasarkan Renja Tahun 2025, berikut ini indikator capaian kinerja pelayanan RSUD Dr. Haryoto beserta realisasinya pada Triwulan II Tahun 2025, sebagaimana tabel di bawah ini:

**Tabel 2.2.1.4.1 Target dan Capaian Kinerja Pelayanan RSUD Dr. Haryoto
TW II Tahun 2025**

No	Indikator	Definisi Operasional	Target Renja	Realisasi			
			2025	TW I	TW II	TW III	TW IV
1	Persentase pemenuhan Standar Pelayanan Minimal RS	Merupakan indikator pelayanan minimal yang wajib dilaksanakan oleh rumah sakit.	100%	81,19 %	82,18%		
3	Persentase elemen penilaian akreditasi RS yang memenuhi standar akreditasi	Elemen akreditasi yang memenuhi standar akreditasi RS versi LARSI.	> 80%	100%	100%		
4	Bed Occupancy Rate (BOR)	Suatu persentase pemakaian tempat tidur pada suatu waktu tertentu.	70-85%	65%	64%		
5	Average Length of Stay (ALOS)	Merupakan rata-rata lama rawat seorang pasien.	6-9 hari	3,6 hari (4 hari)	3,8 hari (4 Hari)		
6	Net Death Rate (NDR)	Angka kematian 48 jam setelah dirawat untuk setiap 1000 penderita keluar.	≤25‰	60,69‰	50,34‰		
7	Gross Death Rate (GDR)	Angka kematian umum untuk setiap 1000 penderita keluar.	≤45‰	108,09 ‰	109,59 ‰		

Berdasarkan tabel 2.2.1.4.1 diketahui bahwa :

- a. Capaian persentase pemenuhan Standar Pelayanan Minimal (SPM) RS masih belum 100% hal ini disebabkan belum terselesaikannya masalah-masalah lama yang selalu berulang, seperti:
1. Kematian pasien ≤ 24 jam belum memenuhi target $\leq$ dua per seribu.
 2. Masih ada poliklinik yang belum buka tepat waktu saat hari kerja.
 3. Waktu tunggu pasien di rawat jalan untuk bertemu dengan dokter belum memenuhi target ≤ 60 menit.
 4. Jam visite dokter belum sesuai jadwal pukul 08.00 – 14.00 setiap waktunya
 5. Kematian pasien > 48 jam belum memenuhi target $\leq 0,24$ per seribu.
 6. Pemberian Pelayanan Persalinan Normal oleh dokter Sp. OG, dokter umum terlatih (Asuhan persalinan Normal) yang masih sedikit
 7. Ada BBLR yang tidak dapat ditangani.
 8. Persalinan dengan section cesaria masih tinggi karena merupakan rumah sakit rujukan.
 9. Waktu tunggu pelayanan obat jadi yang belum memenuhi target yaitu ≤ 30 menit
 10. Penulisan resep ada yang belum sesuai formularium nasional.
 11. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfuse belum terpenuhi 100%.
 12. Kejadian Reaksi Transfusi yang melebihi dari standart yang telah di tentukan yaitu $\leq 0,01\%$
 13. Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan belum 100%.
 14. Kelengkapan informed consent setelah mendapat informasi yang jelas belum terpenuhi 100%.
 15. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun belum memenuhi target.
 16. Ketepatan waktu pemberian insentif belum memenuhi target.
 17. Kecepatan waktu tanggap / respon time pelayanan ambulan untuk masyarakat yang belum mencapai target waktu yang di tentukan
 18. Anggota tim PPI yang terlatih juga masih belum memenuhi target.
- b. NDR dan GDR masih belum memenuhi target karena rumah sakit rujukan yang menerima pasien rujukan dalam kondisi parah.

2.2.1.5 Target dan Capaian Kinerja Program/ Kegiatan/ Sub Kegiatan dan Anggaran RSUD Dr. Haryoto TW II Tahun 2025

Mutu pelayanan rumah sakit juga ditentukan oleh capaian kinerja rumah sakit berdasarkan program/kegiatan/sub kegiatan yang dilaksanakan.

Berdasarkan Renja Tahun 2025, RSUD Dr. Haryoto melaksanakan 2 (dua) program, 4 (empat) kegiatan dan 4 (empat) sub kegiatan yaitu:

- a. Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten Kota, dengan dua kegiatan dan dua sub kegiatan, yaitu:
1. Kegiatan Administrasi Keuangan Perangkat Daerah, Sub Kegiatan Penyediaan Gaji dan Tunjangan ASN.

2. Kegiatan Peningkatan Pelayanan BLUD, Sub Kegiatan Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD.

b. Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat, dengan 2 (dua) kegiatan, dan 2 (dua) sub kegiatan, yaitu:

1. Kegiatan Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk Upaya Kesehatan Masyarakat dan Upaya Kesehatan Perorangan Kewenangan Daerah Kabupaten/Kota, Sub Kegiatan Pengadaan Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
2. Kegiatan Penyediaan Layanan Kesehatan untuk Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat Rujukan Tingkat Kabupaten/Kota, Sub Kegiatan Operasional Pelayanan Rumah Sakit.

Berikut ini indikator sasaran dan capaian kinerja Program/ Kegiatan/ Sub Kegiatan RSUD Dr. Haryoto Triwulan II Tahun 2025:

Tabel 2.2.1.5.1
Capaian Kinerja

Sasaran	Indikator Kinerja	Target	Realisasi	Capaian/ Presentase
Penyediaan Gaji dan Tunjangan ASN	Jumlah ASN terlayani gaji dan tunjangan	464 orang	464 orang	100%
Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	Jumlah BLUD yang Menyediakan Pelayanan dan Penunjang Pelayanan	1 unit kerja	1 unit kerja	100%
Pengadaan Alat Kesehatan/ Alat Penunjang Medik Fasilitas Pelayanan Kesehatan	Jumlah Alat Kesehatan/ Alat Penunjang Medik Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang diadakan	202 unit	11 Unit	5.44%
Meningkatnya operasional pelayanan rumah sakit	Jumlah Dokumen Operasional Pelayanan Rumah Sakit	1 dokumen	1 dokumen	100%

Renbang TW 2 2025

Tabel 2.2.1.5.2

Target dan Realisasi Belanja Berdasarkan Sub Kegiatan Tahun Anggaran 2025

No.	Sub Kegiatan	Anggaran Belanja 2025	Target Anggaran TB II Tahun 2025	Realisasi Anggaran TB II Tahun 2025	Persentase (%)	Ket
1	Penyediaan Gaji dan Tunjangan ASN	33.278.828.651	9.500.563.425	8.741.728.666	92,01	DAU
2	Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	135.000.000.000	36.516.990.103	32.314.742.792	88,49	BLUD
3	Pengadaan Alat Kesehatan/ Alat Penunjang Medik Fasilitas Pelayanan Kesehatan	10.651.477.642,44	477.200.000	477.200.000	100%	DBHCHT-DAU yang ditentukan penggunaannya untuk Bidang Kesehatan DAK Fisik T.A 2025
4	Operasional Pelayanan Rumah Sakit	2.999.998.963	883.860.005	602.702.871	68,18	DAU

Sumber: Data Bagian Keuangan TW 2 2025

Berdasarkan tabel 2.6 dan 2.7 dapat diketahui bahwa sub kegiatan yang belum terealisasi dengan baik adalah:

- a). Sub Kegiatan Operasional Pelayanan Rumah Sakit yang masih mencapai 68,18% dari total anggaran 2.999.998.963 masih terserap 602.702.871

Tabel 2.2.1.5.3 Target dan Realisasi Pendapatan Triwulan II Tahun 2025

No	Kegiatan	Target Pendapatan 2025	Target Pendapatan TB II Th. 2025	Realisasi TB II Th. 2025	Persentase
1	Pendapatan BLUD RSUD Dr. Haryoto	135.000.000.000,00	33.282.500.000,00	37.478.428.923,96	112,60

Sumber: Data Bagian Keuangan TW 2 Tahun 2025

Untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu dan berorientasi pada keselamatan pasien, rumah sakit harus menjalankan tata kelola rumah sakit dengan efektif, efisien dan akuntabel. Dan untuk menopang penyelenggaraan pelayanan kesehatan tersebut dibutuhkan pembiayaan yang memadai sesuai dengan perencanaan penganggaran setiap tahunnya yang termuat dalam Rencana Kerja Rumah Sakit dalam hal ini Rencana Kerja RSUD Dr. Haryoto Lumajang. Adapun perencanaan penganggaran untuk pendapatan di TB 2 telah terealisasi senilai Rp. 37.478.428.923,96 yang artinya sudah mencapai seratus persen dari target pendapatan TB 2 tahun 2025 yaitu sebesar Rp. 33.282.500.000,00.

2.3 PENYAJIAN DATA KINERJA

- Standar Pelayanan Minimal (SPM) Instalasi Gawat Darurat
- Tabel 2.3.1 SPM Pelayanan Instalasi Gawat Darurat Triwulan II

No	Indikator	Standart	Pencapaian	
			Nilai	Satuan
1	Kemampuan melayani life saving	100 %	100	%
2	Jam buka pelayanan gawat darurat	24 Jam	24	Jam
3	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS / PPGD / GELS / ALS yang masih berlaku	100 %	100	%
4	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 Tim	1	tim
5	Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang	4	Menit
6	Kepuasan pelanggan	≥ 70%	77	%
7	Kematian pasien ≤ 24 jam	≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	0,0173121096	‰
8	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100 %	100	%

• Sumber: Data SPM Bidang/Bagian

Dari Tabel di atas dapat diketahui bahwa indikator yang tidak mencapai standart yaitu: Kematian Pasien ≤ 24 jam idealnya kurang dari dua per seribu. Namun yang terjadi justru jumlah kematian pasien mencapai 0,0173121096 ‰ atau sekitar ada 17 pasien yang meninggal dunia dari 1000 pasien yang dirawat.

- **Untuk Kendala dan Permasalahan yang dihadapi yaitu :**

Penyebab kematian paling sering adalah gagal nafas akibat kondisi pasien yang sudah parah/ kritis ketika dirujuk. Jumlah ini sama dengan triwulan sebelumnya yaitu 17 pasien yang meninggal dunia dari 1.000 pasien yang dirawat

- **Untuk Rencana Tindak Lanjut / Rekomendasi yaitu :**

Untuk rencana tindak lanjutnya yaitu penerapan SOP Clinical Pathway semua kasus penyakit yang ada.

- Jumlah Kunjungan Pasien Instalasi Gawat Darurat Pada Triwulan II Tahun 2025

- Tabel 2.3.1.1 Kunjungan IGD Rawat Jalan Triwulan II Tahun 2025

NO	BULAN	KUNJUNGAN RANAP	KUNJUNGAN RAJAL	KUNJUNGAN BBL	JUMLAH KUNJUNGAN	KUNJUNGAN IGD	Meninggal di IGD	Doa
1	JANUARI	1.755	362	67	2.184	2.117	18	0
2	FEBRUARI	1.300	310	53	1.663	1.610	22	4
3	MARET	1.229	319	95	1.643	1.548	13	0
4	APRIL	1.433	446	90	1.969	1.879	21	4
5	MEI	1.345	318	95	1.758	1.663	21	2
6	JUNI	1.262	331	86	1.679	1.593	17	1
	JUMLAH	8.324	2.086	486	10.896	10.410	112	11

- 10 Besar Kasus Penyakit di Instalasi Gawat Darurat Triwulan II Tahun 2025

Tabel 2.3.1.2 Sepuluh (10) Besar Kasus Penyakit di Instalasi Gawat Darurat
Triwulan II Tahun 2025

No	Deskripsi	Triwulan II
1	Superficial injury of unspecified body region	120
2	Fever, unspecified	88
3	Functional dyspepsia	72
4	Retention of urine	43
5	Other and unspecified abdominal pain	36
6	Diffuse brain injury	26
7	Gastroenteritis and colitis of unspecified origin	22
8	Nausea and vomiting	19
9	Concussion	17
10	Myalgia	17

Sumber: Data Rekam Medis

Dari tabel di atas di dalam triwulan II (April-Juni) Tahun 2025 dapat diketahui bahwa jumlah kasus penyakit tertinggi adalah Superficial injury of unspecified body region dengan jumlah kasus 120, Fever, unspecified dengan jumlah kasus 88 dan juga Functional dyspepsia dengan jumlah kasus 7

2.3.2 Standar Pelayanan Minimal (SPM) Instalasi Rawat Jalan

**Tabel 2.3.2.1 SPM Pelayanan Instalasi Rawat Jalan
Triwulan I (Januari – Maret 2025)**

No	Indikator	Standart	Pencapaian	
			Nilai	Satuan
1	Pelayanan di Poliklinik oleh Dokter spesialis	100% Dokter Spesialis	94	%
2	Ketersediaan pelayanan	*) Klinik Pelayanan Klinik Anak, Dalam, Kandungan, Bedah, Kulit dan Kelamin, Gigi dan Mulut, Paru, Dalam, Jantung, Mata, Rehab Medis, THT, Urologi, Onkologi, Psikiatri	obgyn, anak, saraf, bedah, urologi, THT, Jiwa, Rehab Medik, Patologi Anatomi, Patology Klinik, Orthopedi, KK, dalam, mata, gilut, jantung, paru, anestesi, radiologi	
3	Jam buka pelayanan: a. Senin – Kamis 08.00 - 13.00 b. Jumat : 08.00 – 11.00 c. Sabtu : 08.00 – 13.00	08.00 – 13.00 setiap hari kerja kecuali Jumat 08.00 – 11.00	94	%
4	Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 60 menit	72	menit
5	Kepuasan pelanggan	≥ 90%	100	%
6	Pasien Rawat Jalan TB yang ditangani dengan strategi DOTS	100 %	100	%
7	Penegakan diagnosis tuberculosis dengan pemeriksaan mikroskopis tuberculosis	≥ 60%	85	%
8	Pencatatan dan Pelaporan Tuberculosis di RS	≥ 60%	100	%

Sumber: Data SPM dari Bidang/Bagian

Dari Tabel di atas dapat diketahui bahwa indikator yang tidak mencapai standart yaitu:

1. Pelayanan di Poliklinik oleh Dokter spesialis pada triwulan II (April-Juni 2025) tidak mencapai standar yang telah ditetapkan hanya mencapai 94% sedangkan standart yang telah ditetapkan yaitu 100%.

Untuk Kendala dan Permasalahan yang dihadapi yaitu :

hal tersebut disebabkan oleh terdapat beberapa dokter spesialis yang ijin untuk melakukan pengembangan SDM dan cuti tahunan.

Untuk Rencana Tindak Lanjut / Rekomendasi yaitu :

Adapun rencana tindak lanjutnya yaitu koordinasi dengan bidang terkait perencanaan usulan pengembangan SDM. Dan untuk target waktu penyelesaian tindak lanjutnya yaitu di tahun dan Triwulan berikutnya.

2. Jam buka pelayanan yang sudah di tetapkan yaitu hari senin sampai kamis pukul 08.00 – 13.00 WIB, hari Jumat pukul 08.00 – 11.00 WIB dan hari sabtu pukul 08.00 – 13.00 WIB dengan standart yang telah ditentukan yaitu 08.00 – 13.00 setiap hari kerja kecuali Jumat 08.00 – 11.00 WIB. Pada tribulan I (Januari – Maret 2025) ini hanya mencapai 94 %,

Untuk Kendala dan Permasalahan yang dihadapi yaitu :

Hal tersebut dikarenakan terdapat beberapa dokter spesialis yang ijin untuk melakukan pengembangan SDM dan cuti besar, sehingga terkadang terdapat poli yang tidak bisa melakukan pelayanan (Libur) hal itulah yang menyebabkan SPM tribulan II ini tidak memenuhi standart yang telah ditetapkan.

Untuk Rencana Tindak Lanjut / Rekomendasi yaitu :

Koordinasi dengan bidang terkait perencanaan usulan pengembangan SDM

3. Waktu tunggu di rawat jalan pada triwulan II (April- Juni 2025) tidak memenuhi standart yang telah ditetapkan yaitu mencapai 72 menit sedangkan target yang ditetapkan yaitu ≤ 60 menit

Untuk Kendala dan Permasalahan yang dihadapi yaitu :

Permasalahan untuk Indikator pada rawat jalan tersebut yaitu Dokter terlambat datang, dikarenakan ada jadwal operasi.

Untuk Rencana Tindak Lanjut / Rekomendasi yaitu :

Terus dilakukannya monitoring dan evaluasi

1. Jumlah Kunjungan Pasien Rawat Jalan

Tabel 2.3.2.2 Jumlah Kunjungan Pasien Rawat Jalan

Triwulan I, II Tahun 2025

NO.	BULAN	JUMLAH KUNJUNGAN					
		RAWAT JALAN				TOTAL RAJAL	
		Baru		Lama			
		L	P	L	P		
1	2	3	4	5	6		
1	Januari	901	920	4.917	5.645	12.383	
2	Februari	536	554	4.345	4.822	10.257	
3	Maret	411	455	4.424	4.787	10.077	
4	April	482	535	4.474	4.750	10.241	
5	Mei	436	566	4.364	4.963	10.329	
6	Juni	426	552	4.593	4.950	10.521	
JUMLAH PX TB II		3.192	3.582	27.117	29.917	63.808	

Sumber : Data Rekam Medis

Tabel 2.3.2.3 Sepuluh (10) Besar Kasus Penyakit

di Instalasi Rawat Jalan Triwulan II Tahun 2025

No	Deskripsi	Triwulan II
1	Chronic kidney disease, stage 5	4179
2	Unspecified human immunodeficiency virus [HIV] disease	2701
3	Bronchitis, not specified as acute or chronic	865
4	Sequelae of cerebral infarction	803
5	Respiratory tuberculosis, bacteriologically and histologically confirmed	535
6	Cataract, unspecified	498
7	Hyperplasia of prostate	451
8	Congestive heart failure	445
9	Non-insulin-dependent diabetes mellitus without complications	432
10	Low back pain	368

Sumber : Data Rekam Medis

Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa jumlah tertinggi kasus penyakit di Instalasi Rawat Jalan pada triwulan II (April- Juni) Tahun 2025 adalah:

1. Chronic kidney disease, stage 5 jumlah kasus 4.179
2. Unspecified human immunodeficiency virus [HIV] disease jumlah kasus 2.701
3. Bronchitis, not specified as acute or chronic jumlah kasus 865

2.3.3 Standar Pelayanan Minimal (SPM) Instalasi Rawat Inap

Tabel 2.3.3.1 SPM Pelayanan Instalasi Rawat Inap Triwulan II Tahun 2025

No	Indikator	Standart	Pencapaian	
			Nilai	Satuan
1	Pemberi pelayanan rawat inap	Dokter spesialis; Perawat minimal pendidikan D3	100	%
2	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	100	%
3	Ketersediaan pelayanan rawat inap	Rawat inap anak, dalam, kebidanan, bedah	Rawat inap anak, dalam, kebidanan, bedah	
4	Jam visite dokter spesialis	08.00 – 14.00 setiap hari kerja	99	%
5	Kejadian infeksi pasca operasi	$\leq 1,5\%$	1	%
6	Kejadian infeksi nosokomial	$\leq 1,5\%$	0	%
7	Tidak adanya pasien jatuh selama perawatan yang mengakibatkan kecacatan / kematian	100 %	100	%
8	Kematian pasien > 48 jam	$\leq 0,24\%$	5	%
9	Kejadian pulang paksa	$\leq 5\%$	3	%
10	Kepuasan pelanggan	$\geq 90\%$	98	%
11	Pasien Rawat Inap Tuberkulosis (TB) yang Ditangani dengan Strategi DOTS	100 %	100	%
12	Penegakan diagnosis tuberculosi dengan pemeriksaan mikroskopis TB	$\geq 60\%$	94	%
13	Pencatatan dan pelaporan tuberculosi di RS	$\geq 60\%$	100	%

Sumber: Data SPM dari Bidang/Bagian

Dari Tabel di atas dapat diketahui bahwa indikator yang tidak mencapai standart yaitu:

1. Jam Visite Dokter Spesialis, pada triwulan II Tahun 2025 mengalami capaian kenaikan yaitu mencapai 99% dari standart jam yang sudah ditentukan yaitu mulai 08.00 – 14.00 WIB setiap hari kerja.

Untuk Kendala dan Permasalahan yang dihadapi yaitu :

Hal itu dikarenakan beberapa Dokter spesialis yang izin untuk melakukan pengembangan SDM

Untuk Rencana Tindak Lanjut / Rekomendasi yaitu :

Rencana tindak lanjutnya yaitu melakukan koordinasi dengan bidang terkait perencanaan usulan pengembangan SDM. Target waktu penyelesaian tindak lanjut yaitu pada tahun dan triwulan berikutnya.

2. Kematian pasien >48 jam, RSUD Dr. Haryoto Lumajang di Triwulan II (April- Juni 2025) mencapai 5%,

Untuk Kendala dan Permasalahan yang dihadapi yaitu :

Hal tersebut terjadi dikarenakan sebelumnya pasien sudah datang dalam keadaan kondisi kritis.

Untuk Rencana Tindak Lanjut / Rekomendasi yaitu :

Rencana tindak lanjutnya yaitu penerapan SOP Clinical Pathway semua kasus penyakit yang ada di ruang rawat inap agar pelayanan berjalan efektif dan efisien.

Tabel 2.3.3.2 Jumlah Kunjungan Pasien Rawat Inap
Triwulan I,II Tahun 2025

NO.	BULAN	JUMLAH KUNJUNGAN					
		RAWAT INAP				TOTAL RANAP	
		Baru		Lama			
		L	P	L	P		
1	2	3	4	5	6		
1	Januari	444	470	520	591	2.025	
2	Februari	363	331	420	445	1.559	
3	Maret	349	360	360	445	1.514	
4	April	397	408	383	502	1.690	
5	Mei	340	365	389	534	1.628	
6	Juni	315	323	438	473	1.549	
JUMLAH PX TB II		1.156	1.161	1.300	1.481	5.098	

Sumber : Data Rekam Medis

Tabel 2. 3.3.3

10 Besar Kasus Penyakit di Instalasi Rawat Inap Triwulan II Tahun 2025

No	Deskripsi	Triwulan II
1	Cerebral infarction, unspecified	371
2	Non-insulin-dependent diabetes mellitus without complications	185
3	Chronic kidney disease, stage 5	135
4	Bronchitis, not specified as acute or chronic	135
5	Tuberculosis of lung, confirmed by sputum microscopy with or without culture	119
6	Gastroenteritis and colitis of unspecified origin	118
7	Bacterial infection, unspecified	96
8	Concussion	70
9	Anaemia, unspecified	66
10	Congestive heart failure	59

Data Sumber: Rekam Medis

Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa jumlah tertinggi kasus penyakit di Instalasi Rawat Inap pada triwulan II (April-Juni 2025) adalah:

- 1. Cerebral infarction, unspecified dengan jumlah kasus 371
- 2. Non-insulin-dependent diabetes mellitus without complications dengan jumlah kasus 185
- 3. Chronic kidney disease, stage 5 dan Bronchitis, not specified as acute or chronic dengan jumlah kasus 135

Tabel 2.3.4 Standar Pelayanan Minimal (SPM) Instalasi Bedah Sentral

Tabel 2.3.4.1 SPM Pelayanan Instalasi Bedah Sentral (IBS)

No	Indikator	Standart	Pencapaian	
			Nilai	Satuan
1	Waktu Tunggu Operasi Efektif	≤ 48 jam	14	jam
2	Kematian di meja operasi	≤ 1 %	0	%
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 endotracheal tube	≤6%	0	%

Sumber: Data SPM dari Bidang/Bagian

Dari Tabel di atas dapat diketahui bahwa indikator yang ada di instalasi bedah sentral (IBS) sudah sesuai dan mencapai target di triwulan II bulan April- Juni 2025

Tabel 2.3.4.2 Jumlah Pasien Triwulan I dan II di Instalasi Bedah Sentral (IBS)

No	Bulan	Jumlah Pasien
1	Januari	329 pasien
2	Februari	350 pasien
3	Maret	335 pasien
4	April	357 pasien
5	Mei	373 pasien
6	Juni	376 pasien
	Total	2.120 pasien

Sumber : data IBS Triwulan II Tahun 2025

2.3.5 Standar Pelayanan Minimal (SPM) ICU

Tabel 2.3.5.1 SPM Pelayanan ICU

No	Indikator	Standart	Pencapaian	
			Nilai	Satuan
1	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3%	0	%
2	Pemberi pelayanan pada unit intensif	a. Dokter Sp. Anestesi dan dokter spesialis lain sesuai dengan kasus yang ditangani	100	%
3	Pemberi pelayanan pada unit intensif	b. Perawat minimal D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU / setara D4	39	%

Sumber : Data SPM Triwulan II tahun 2025

Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa indikator yang tidak mencapai standar yaitu indikator pemberi pelayanan pada unit intensif, yang masih saja belum mencapai standart yang telah ditentukan .

Untuk Kendala dan Permasalahan yang dihadapi yaitu :

Hal tersebut disebabkan karena meski setiap tahun ICU sudah mengusulkan pelatihan perawat mahir ICU dan bagian diklat juga sudah mengajukan permohonan kepada beberapa rumah sakit, namun dari pihak rumah sakit yang dituju belum adanya pemanggilan terkait pelatihan yang sudah diajukan.

Untuk Rencana Tindak Lanjut / Rekomendasi yaitu :

Informasi terkait pelatihan akan terus dilakukan dan akan selalu update informasi terbaru.

Tabel 2.3.5.2 Jumlah Pasien Triwulan II Tahun 2025

No	Bulan	Jumlah Pasien
1	Januari	156 pasien
2	Februari	148 pasien
3	Maret	150 pasien
4	April	143 pasien
5	Mei	146 pasien
6	Juni	141 pasien
	Total Keseluruhan	884 pasien

Sumber : data ICU Triwulan I dan II Tahun 2025

Tabel 2.3.5.3 Penyakit Pasien yang ditangani ICU Triwulan I dan II Tahun 2025

No	Penyakit	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Jumlah Kasus
1	Obgyn	7	9	11	13	14	19	73
2	Bedah	27	27	27	25	30	21	157
3	Ortho	10	4	8	13	7	8	50
4	Penyakit Dalam	26	20	23	15	13	8	105
5	Jantung	36	36	38	38	30	48	226
6	Saraf	23	23	23	23	20	20	132
7	Paru	8	5	4	2	4	3	26
8	Anak	1	1	1	1	3	1	8
9	Urology	4	3	2	0	5	3	17
10	Bedah Saraf	14	20	13	13	20	10	90
11	Mata	0	0	0	0	0	0	0
12	THT	0	0	0	0	0	0	0
	JUMLAH PASIEN	156	148	150	143	146	141	Total Kasus 884

Sumber : data ICU Triwulan I dan II Tahun 2025

Dari data di atas dapat diketahui bahwa 12 penyakit terbanyak yang ditangani di ruang ICU RSUD Dr. Haryoto Lumajang dalam triwulan II (April-Juni 2025) sebanyak 884 pasien. Untuk tiga penyakit tertinggi dalam triwulan II (April- Juni 2025) adalah penyakit Jantung sebanyak 226 kasus, penyakit bedah 157 kasus dan penyakit saraf yaitu 132 kasus.

2.3.6 Standar Pelayanan Minimal (SPM) Radiologi

Tabel 2.3.6.1 SPM Pelayanan Radiologi

No	Indikator	Standart	Pencapaian	
			Nilai	Satuan
1	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Thorax Foto	≤3 jam	110	menit
2	Pelaksanaan Ekspertisi	(100% di verifikasi Dr. Spesialis Radiologi)	100	%
3	Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen	Kerusakan foto ≤ 2%	0	%
4	Kepuasan Pelanggan	≥ 80%	99	%

Sumber : Data SPM

Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa indikator yang ada di Radiologi pada triwulan II tahun 2025 sudah mencapai target yang telah ditentukan, akan tetapi walaupun sudah mencapai target yang telah ditentukan Radiologi tetap akan selalu meningkatkan dan memberikan pelayanan yang terbaik bagi semua pasien.

Tabel 2.24 Pemeriksaan Radiologi TW I, IITahun 2025

Bulan	X-Ray Konvensional	CT Scan	MRI	USG	Kontras	Panoramic
Januari	2.633	341	27	339	6	53
Februari	2.047	294	30	291	3	45
Maret	1.872	323	37	220	3	42
April	2.058	296	17	281	3	41
Mei	1.897	313	29	259	7	53
Juni	1.990	287	25	282	4	49
Jumlah	12.497	1.854	165	1.672	26	283

Sumber : Data Radiologi Triwulan I dan II Tahun 2025

2.3.7 Standar Pelayanan Minimal (SPM) Laboratorium Patologi Klinik

Tabel SPM 2.3.7.1 Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik

No	Indikator	Standart	Pencapaian	
			Nilai	Satuan
1	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan laboratorium	≤ 140 menit kimia darah dan darah rutin	96	menit
2	Pelaksanaan Ekspertisi	Dokter Sp.PK	100	%
3	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil laboratorium	100 %	100	%
4	Kepuasan Pelanggan	≥ 80%	99	%

Sumber : Data SPM Triwulan II Tahun 2025

Dari Tabel di atas dapat diketahui bahwa indikator yang ada di Laboratorium Patologi Klinik sudah sesuai dan mencapai target di triwulan II bulan April – Juni 2025, akan tetapi walaupun sudah mencapai target yang telah ditentukan Laboratorium Patologi Klinik tetap akan selalu meningkatkan dan memberikan pelayanan yang terbaik bagi semua pasien.

2.3.8 Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rehab

Tabel 2.3.8.1 SPM Pelayanan Rehabilitasi Medik

No	Indikator	Standart	Pencapaian	
			Nilai	Satuan
1	Kejadian Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan	≤ 50%	11	%
2	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	100	%
3	Kepuasan Pelanggan	≥ 80%	100	%

Sumber : Data SPM Triwulan II tahun 2025

Dari Tabel di atas dapat diketahui bahwa indikator yang ada di Rehabilitasi Medik sudah sesuai dan mencapai standart di triwulan II bulan April – Juni 2025, akan tetapi walaupun sudah mencapai target yang telah ditentukan Pelayanan Rehab Medik tetap akan selalu meningkatkan dan memberikan pelayanan yang terbaik bagi semua pasien.

2.3.9 Standar Pelayanan Minimal (SPM) Instalasi Farmasi Rumah Sakit

Tabel 2.3.9.1 SPM Pelayanan Instalasi Farmasi Rumah Sakit

No	Indikator	Standart	Pencapaian	
			Nilai	Satuan
1	Waktu Tunggu Pelayanan Obat jadi	≤ 30 menit	35	menit
2	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan	≤ 60 menit	41	menit
3	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100	%
4	Penulisan Resep sesuai formularium	100%	82	%
5	Kepuasan Pelanggan	$\geq 80\%$	100	%

Sumber : Data SPM Triwulan II Tahun 2025

Dari Tabel di atas dapat diketahui bahwa ada 3 indikator yang sudah memenuhi standart yang telah ditetapkan dan ada 2 indikator yang belum mencapai standart yang telah ditetapkan yaitu :

1. Waktu Tunggu Pelayanan Obat jadi, dimana di triwulan kedua ini waktu pelayanan obat jadi telah melebihi standart waktu yang telah di tetapkan yaitu 35 menit sedangkan standart waktunya yaitu ≤ 30 menit.

Untuk Kendala dan Permasalahan yang dihadapi yaitu :

Waktu Tunggu Pelayanan Obat jadi di triwulan ini melebihi standart waktu yang telah di tentukan, hal tersebut dikarenakan meningkatnya jumlah pasien dan permintaan obat jadi serta keterbatasan dari tenaga farmasi.

Untuk Rencana Tindak Lanjut / Rekomendasi yaitu :

Untuk menghindari terjadinya waktu tunggu pelayanan obat jadi yang melebihi dari standart waktu yang telah di tentukan yaitu akan dilakukan analisis beban kerja petugas farmasi.

2. Penulisan Resep sesuai formularium yang juga tidak mencapai standart yang telah ditetapkan yaitu 100% sedangkan pencapaian di triwulan ini hanya mencapai 82%, hal ini sama dengan yang di capai di triwulan sebelumnya yaitu tetap 82 %.

Untuk Kendala dan Permasalahan yang dihadapi yaitu :

Hal tersebut dikarenakan terdapat beberapa dokter meresepkan obat yang tidak ada di furnas, namun sudah ada perbaikan dari triwulan sebelumnya . Untuk rencana tindak lanjutnya yaitu slalu mengingatkan DPJP atau sosialisasi terkait furnas. Dan target waktu yang diharapkan yaitu di triwulan selanjutnya dengan membuat nota dinas terkait penulisan resep sesuai furnas.

Permasalahan Penulisan Resep sesuai formularium yaitu masih terdapat beberapa dokter yang meresepkan obat yang tidak ada di furnas, sehingga hal inilah yang selalu menjadi permasalahan yang dihadapi.

Untuk Rencana Tindak Lanjut / Rekomendasi yaitu :

Rencana tindak lanjut dalam mengatasi masalah ini yaitu selalu mengingatkan DPJP atau sosialisasi terkait furnas

2.3.10 Standar Pelayanan Minimal (SPM) BDRS

Tabel 2.3.10.1 SPM Pelayanan BDRS

No	Indikator	Standart	Pencapaian	
			Nilai	Satuan
1	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfuse terpenuhi	100% terpenuhi	99	%
2	Kejadian reaksi transfusi	≤ 0,01 %	1%	%

Sumber : Data SPM Triwulan II Tahun 2025

Dari Tabel di atas dapat diketahui bahwa indikator yang ada di BDRS yang tidak terpenuhi yaitu:

1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi terpenuhi dengan target setiap bulannya 100 %, dan untuk triwulan I ini tidak memenuhi target karena hanya mencapai 99%.

Untuk Kendala dan Permasalahan yang dihadapi yaitu :

Hal tersebut dikarenakan oleh stock darah yang menipis.

Untuk Rencana Tindak Lanjut / Rekomendasi yaitu :

Untuk rencana tindak lanjut yaitu akan berkoordinasi dengan PMI terkait jumlah permintaan dan target waktu penyelesaian tindak lanjut yaitu di triwulan selanjutnya

2. Kejadian reaksi transfusi untuk triwulan ini melebihi dari standart yang telah ditentukan yaitu 1% sedangkan standart yang seharusnya yaitu ≤ 0,01 %.

Untuk Kendala dan Permasalahan yang dihadapi yaitu :

Masih dilakukan monitoring dan evaluasi terkait penyebab reaksi transfusi darah.

Untuk Rencana Tindak Lanjut / Rekomendasi yaitu :

Koordinasi dengan pimpinan terkait

2.3.11 Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rekam Medis

Tabel 2.3.11.1 SPM Pelayanan Rekam Medis

No	Indikator	Standart	Pencapaian	
			Nilai	Satuan
1	Kelengkapan Pengisian Rekam Medis 24 Jam setelah selesai pelayanan	100%	95	%
2	Kelengkapan Informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	62	%
3	Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit	5	menit
4	Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap	≤ 15 menit	0	menit

Sumber : Data SPM Triwulan II tahun 2025

Dari Tabel di atas dapat diketahui bahwa indikator yang ada di Rekam Medis yang tidak terpenuhi yaitu:

1. Kelengkapan Pengisian Rekam Medis 24 Jam setelah selesai pelayanan pencapaian hanya 95% sedangkan target 100%. Pada Triwulan I hanya mencapai 94% sedangkan di triwulan sekarang mengalami peningkatan yang jauh lebih baik dari Triwulan sebelumnya, akan tetapi masih saja belum mencapai target yang telah ditentukan yaitu 100%.

Untuk Kendala dan Permasalahan yang dihadapi yaitu :

Hal tersebut dikarenakan

- a. Beberapa dokter yang belum memenuhi pengisian Rekam Medis dengan tepat waktu
- b. Waktu visite dokter terbatas

Untuk Rencana Tindak Lanjut / Rekomendasi yaitu :

Untuk rencana tindak lanjutnya di Triwulan selanjutnya yaitu dengan cara monitoring dan evaluasi melalui pertemuan dengan komite medik

2. Kelengkapan Informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas pencapaian hanya 62% sedangkan target 100 % . Maka dapat disimpulkan bahwa di Triwulan ini indikator tersebut tidak mencapai sesuai dengan target yang telah ditentukan, akan tetapi triwulan ini mengalami peningkatan 10% dari triwulan sebelumnya yaitu 52%.

Untuk Kendala dan Permasalahan yang dihadapi yaitu :

Hal tersebut dikarenakan masih saja ditemukannya informed consent yang belum lengkap (Tanda Tangan pasien dan dokter yang tidak lengkap).

Untuk Rencana Tindak Lanjut / Rekomendasi yaitu :

Maka untuk rencana tindak lanjutnya yaitu di triwulan selanjutnya akan ada sosialisasi guna mengingatkan bahwa kelengkapan informed consent harus dilakukan pada acara pertemuan komite keperawatan maupun komite medik.

2.3.12 Pencapaian Kinerja Bidang Keperawatan

2.3.12.1 Standar Pelayanan Minimal (SPM) Obygn

Tabel 2.3.12.1 SPM Pelayanan Obygn

No	Indikator	Standart	Pencapaian	
			Nilai	Satuan
1	Kejadian Kematian Ibu karena persalinan (Pendarahan)	Pendarahan $\leq$ 1%	0	%
2	Kejadian Kematian Ibu karena persalinan (Eklamsi)	Pre eklamsia $\leq$ 30%	0	%
3	Kejadian Kematian Ibu karena persalinan (sepsis)	Sepsis $\leq$ 0,2 %	0	%
4	Pemberian Pelayanan Persalinan Normal	Dokter Sp. OG, Dokter Umum Terlatih (APN) dan Bidan	100	%
5	Pemberian Pelayanan Persalinan dengan Penyulit	Tim Ponek yang terlatih	100	%
6	Pemberian Pelayd dengan tindakan operasi	Dokter Sp. OG, Dokter Sp. Anak, Dokter Sp. Anestesi	100	%
7	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr	100%	94	%
8	Persalinan dengan seksio cesaria	$\leq$ 20 %	45	%
9	a. Persalinan KB Mantab (vasektomi & tubektomi) oleh tenaga kompeten (dokter Sp. OG, dr. Sp. B, dr. Sp. U)	100%	100	%
10	b. Persentase peserta KB mantab yang mendapat konseling KB mantab oleh bidan terlatih	100%	100	%
11	Kepuasan Pelanggan	$\geq$ 80 %	100	%

Sumber : Data SPM

Dari Tabel di atas dapat diketahui bahwa indikator yang ada di Obygn yang tidak terpenuhi yaitu :

1. Kemampuan menangani BBLR 1.500 gram – 2.500 gram di triwulan II ini hanya mencapai 94% sedangkan target yaitu 100%.

Untuk Kendala dan Permasalahan yang dihadapi yaitu :

Hal tersebut dikarenakan banyaknya bayi lahir 1500 gram - 2.500 gram dengan usia ibu terlalu muda dengan masalah jantung dan hipertensi sehingga memperberat kondisi bayi yang dilahirkan

Untuk Rencana Tindak Lanjut / Rekomendasi yaitu :

1. Evaluasi menyeluruh terhadap proses penanganan yang sudah dilakukan
 2. Peningkatan kualitas sumber daya manusia
 3. Penambahan atau perbaikan fasilitas pendukung.
 4. Pendekatan kolaboratif antara berbagai pihak terkait juga penting untuk memastikan penanganan BBLR yang optimal.
2. Persalinan dengan seksio cesaria. Triwulan II (April- Juni 2025) persalinan dengan seksio caesaria masih mencapai 45% sedangkan target yang diharapkan yaitu $\leq 20\%$. Persentase Persalinan dengan seksio cesaria ini masih sama dengan triwulan I tahun 2025 yaitu mencapai 45%

Untuk Kendala dan Permasalahan yang dihadapi yaitu :

Hal ini disebabkan karena RSUD dr Haryoto merupakan Rumah Sakit Rujukan utama bagi Ibu dengan persalinan patologis menjadikan angka persalinan dengan SC menjadi tinggi

Untuk Rencana Tindak Lanjut / Rekomendasi yaitu :

1. Evaluasi menyeluruh terhadap indikasi SC, apakah memang diperlukan atau ada faktor risiko yang bisa diatasi untuk persalinan pervaginam.
2. jika SC tetap menjadi pilihan, persiapan yang matang, termasuk puasa, persiapan fisik dan mental ibu, serta memastikan ketersediaan darah dan tim medis.
3. Pemantauan ketat selama dan setelah operasi, serta penanganan komplikasi yang mungkin timbul.
4. Edukasi pasien dan keluarga mengenai perawatan pasca-operasi dan rencana KB.
5. Evaluasi berkala untuk mengurangi angka SC di masa depan melalui peningkatan kualitas pelayanan antenatal dan pelatihan tenaga medis.

2.3.13 Standar Pelayanan Minimal (SPM) PPI

Tabel 2.3.13.1 SPM Pelayanan PPI

No	Indikator	Standart	Pencapaian	
			Nilai	Satuan
1	Tersedia nya anggota TIM PPI yang terlatih	Ada Anggota TIM PPI yang terlatih 75%	25	%
2	Tersedia alat pelindung diri (APD) di setiap instalasi rumah sakit	60%	100	%
3	Kegiatan Pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ HAI (Health Care Associated	75%	100	%

Infection) di RS (min 1 parameter)			
------------------------------------	--	--	--

Sumber : Data SPM Triwulan II tahun 2025

Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa indikator yang ada di PPI yang belum mencapai target di Triwulan II adalah persentase anggota PPI yang terlatih hanya 25% dari target 75%.

Untuk Kendala dan Permasalahan yang dihadapi yaitu :

Hal ini disebabkan karena adanya rotasi bagi tenaga perawat yang telah mengikuti IHT PPI keruangan lain sehingga harus melatih kembali tenaga PPI yang baru.

Untuk Rencana Tindak Lanjut / Rekomendasi yaitu :

Beberapa rencana tindak lanjut yang bisa diambil adalah:

1. Meningkatkan pelatihan dan pendidikan
2. Merekrut anggota baru
3. Atau membentuk tim inti dan tim pendukung.

2.3.14.1 Pencapaian Kinerja Bagian Umum

2.3.14.1.1 Standar Pelayanan Minimal (SPM) Gizi

Tabel 2.3.14.1.1 SPM Pelayanan Gizi

No	Indikator	Standart	Pencapaian	
			Nilai	Satuan
1	Ketepatan Waktu Pemberian Makanan kepada pasien	$\geq 90\%$	100	%
2	Sisa Makanan yang tidak termakan oleh pasien	$\leq 20\%$	13	%
3	Tidak adanya kesalahan pemberian diet	100 %	100	%

Sumber : Data SPM Triwulan IITahun 2025

Dari Tabel di atas dapat diketahui bahwa indikator yang ada di Instalasi Gizi sudah sesuai dan mencapai target di Triwulan II (April - Juni 2025), yaitu mulai Indikator Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien, sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien dan tidak adanya kesalahan pemberian diet semua itu sudah mencapai target yang telah ditentukan.

**Tabel 2.3.14.1.2 Pelayanan Gizi untuk Instalasi Rawat Inap
Triwulan II Tahun 2025**

No	Bulan	Jumlah Sekali Makan	Waktu makan	Total Porsi
1	Januari	7.047	3x	21.141
2	Februari	21.404	3x	64.212
3	Maret	5.100	3x	15.300
4	April	5.163	3x	15.489
5	Mei	5.725	3x	17.175
6	Juni	5.172	3x	15.516
			TOTAL	148.833

Sumber : Data Gizi

2.3.14.1.2 Standar Pelayanan Minimal (SPM) Instalasi Penyehatan Lingkungan

Tabel 2.3.14.1.2 SPM Pelayanan IPL

No	Indikator	Standart	Pencapaian	
			Nilai	Satuan
1	Baku Mutu Limbah Cair	• BOD $\leq$ 30mg/l • COD $\leq$ 80 mg/l • TSS $\leq$ 30 mg/l • PH 6-9	100	%
2	Pengelolaan Limbah Padat Infeksius sesuai dengan aturan	100 %	100	%

Dari Tabel di atas dapat diketahui bahwa indikator yang ada di Instalasi Penyehatan Lingkungan sudah memenuhi sesuai dengan target yang diharapkan. Dimana hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit triwulan II bulan April - Juni 2025 telah sesuai dengan standar baku mutu dan pengelolaan limbah padat infeksius telah sesuai dengan standart prosedur operasional.

Untuk Kendala dan Permasalahan yang dihadapi yaitu :

Untuk kendala dan permasalahan yang dihadapi sampai dengan detik ini tidak ada, semua berjalan dengan lancar

Untuk Rencana Tindak Lanjut / Rekomendasi yaitu :

Dan untuk rencana tindak lanjut kedepannya yaitu :

1. Meningkatkan pengawasan terhadap pengelolaan limbah cair rumah sakit
2. Meningkatkan pengawasan terhadap pengelolaan limbah padat infeksius rumah sakit
3. Melakukan pengawasan dan pemeliharaan rutin pada mesin pengelolaan limbah cair rumah sakit.

2.3.14.1.3 Standar Pelayanan Minimal (SPM) Tata Usaha (Admin1)

Tabel 2.3.14.1.3 SPM Pelayanan Tata Usaha (Admin 1)

No	Indikator	Standart	Pencapaian	
			Nilai	Satuan
1	Tindak Lanjut Penyelesaian hasil pertemuan rapat	100%	100	%

Dari tabel diatas Indikator tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan rapat sudah mencapai standart yang telah ditentukan yaitu 100%. Dimana didalam triwulan II ini kegiatan rapat dilakukan sebanyak 19 Kali

2.3.14.1.4 Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kepegawaian

Tabel 2.3.14.1.4.1 SPM Pelayanan Kepegawaian

No	Indikator	Standart	Pencapaian	
			Nilai	Satuan
1	Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat	100 %	100	%
2	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala	100 %	100	%

Berdasarkan data tersebut, dapat diketahui bahwa indikator yang ada pada kepegawaian dalam triwulan II (April- Juni 2025) ini sudah mencapai standart yang telah ditentukan yaitu 100%

2.3.14.1.5 Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bagian Umum

Tabel 2.3.10.1.5.1 SPM Pelayanan Ambulans

No	Indikator	Standart	Pencapaian	
			Nilai	Satuan
1	Pelayanan Ambulans/ Kereta Jenazah	24 jam	24	jam
2	Kecepatan memberikan pelayanan ambulans / kereta jenazah di rumah sakit	100 %	100	%
3	Waktu tanggap / respon time pelayanan ambulans untuk masyarakat	30 menit	31	menit

Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa dalam tribulan ini indikator yang ada di pelayanan ambulans masih ada yang belum mencapai target yang sudah ditetapkan yaitu waktu tanggap/ respon time pelayanan ambulans untuk masyarakat yang melebihi dari target yang telah di tentukan yaitu 31 menit sedangkan target yang ditetapkan yaitu 30%,

Untuk Kendala dan Permasalahan yang dihadapi yaitu :

Hal tersebut dikarenakan jumlah permintaan ambulan pada saat yang bersamaan dengan jarak tempuh yang tidak terlalu jauh, sehingga perlu waktu sedikit untuk meunggu ($\pm 10-15$ menit)

Untuk Rencana Tindak Lanjut / Rekomendasi yaitu :

Mengoptimalkan penggunaan Grup Permintaan Ambulan agar driver yang on call agar stanby

2.3.14.1.5 Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bagian Umum

Tabel 2.3.10.1.5.2 SPM Pelayanan Instalasi Jenazah

No	Indikator	Standart	Pencapaian	
			Nilai	Satuan
1	Waktu tanggap / respons time pelayanan pemulasaran jenazah	≤ 2 jam atau 120 menit	1	jam

Dari Tabel di atas dapat diketahui bahwa indikator yang ada di Instalasi Jenazah sudah memenuhi sesuai dengan target yang ditetapkan. Dimana petugas Instalasi Jenazah selalu mengupayakan pelayanan maximal 1 jam (≤ 2 jam).

Untuk Kendala dan Permasalahan yang dihadapi yaitu :

Adapun Kendala yang ada pada pelayanan Instalasi Jenazah yaitu tetap diperlukannya Sistem koordinasi dengan beberapa pihak terkait seperti antara petugas IPJ dengan aparat hukum, keluarga dan manajemen RSDH, sehingga system koordinasi terjalin dengan baik

Untuk Rencana Tindak Lanjut / Rekomendasi yaitu :

System koordinasi akan terus terjalin baik

2.3.14.1.5 Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bagian Umum

Tabel 2.3.10.1.5.3 SPM Pelayanan IPS

No	Indikator	Standart	Pencapaian	
			Nilai	Satuan
1	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat ≤ 15 menit	$\geq 80\%$	100	%
2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100 %	100	%
3	Peralatan Laboratorium dan alat ukur lain yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100 %	100	%

Dari Tabel di atas dapat diketahui bahwa indikator SPM yang ada pada pelayanan IPS sudah baik dan sesuai dengan target yang telah ditentukan. Adapun kesimpulan dari capaian SPM untuk Instalasi Pemeliharaan Sarana yaitu:

- Kecepatan waktu dalam menanggapi kerusakan alat 15 menit tercapai 100% dari jumlah laporan kerusakan
- Ketepatan pemeliharaan tercapai 100 % dari jumlah alat yang dijadwalkan
- Kalibrasi tahap pertama sejumlah 275 alat sesuai yang diajukan

2.3.14.1.5 Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bagian Umum

Tabel 2.3.10.1.5.4 SPM Pelayanan Laundry / CSSD

No	Indikator	Standart	Pencapaian	
			Nilai	Satuan
1	Tidak adanya kejadian linen hilang	100 %	100	%
2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100 %	100	%

Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa indikator yang ada di Laundry / CSSD pada Triwulan II (April - Juni 2025) sudah mencapai target yang telah ditentukan. Akan tetapi kesimpulan dari capaian SPM Laundry yaitu pada triwulan II terjadi kenaikan pada pasien rawat luka poli dan pasien rawat inap

Untuk Kendala dan Permasalahan yang dihadapi yaitu :

- 1. Alat Rawat luka kurang
- 2. Setiap bulan ada alat yang rusak (Gunting AJ Tumpul dan karat)

Untuk Rencana Tindak Lanjut / Rekomendasi yaitu :

Permohonan penambahan alat 100 set (alat rawat luka)

2.3.14.1.6 Pencapaian Kinerja Bagian Keuangan

2.3.14.1.6 Standar Pelayanan Minimal (SPM) Keuangan

Tabel 2.3.14.1.6.1 SPM Pelayanan Keuangan

No	Indikator	Standart	Pencapaian	
			Nilai	Satuan
1	Pelayanan Gakin yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100 % terlayani	100	%
2	Cost Recovery	≥40%	119	%
3	Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan	100%	100	%
4	Ketepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan pasien Rawat inap	≤2 jam	0,000616396	jam
5	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	33	%

Kesimpulan :

Dalam satu periode tribulan kedua pendapatan RSUD Dr. Haryoto Lumajang sampai Bulan Juni

Sebesar Rp. 68.443.061.556,05 (enam Puluh delapan milyar empat ratus empat puluh tiga juta enam puluh satu ribu lima ratus lima puluh enam rupiah koma lima sen), sedangkan belanja operasional di tri bulan kedua sebesar Rp. 57.521.880.405,- (Lima Puluh tujuh milyar lima ratus dua puluh satu juta delapan ratus delapan puluh ribu empat ratus lima rupiah) dalam periode bulan januari sampai bulan juni tahun 2025.

Untuk Kendala dan Permasalahan yang dihadapi yaitu :

Tidak ada kendala pada tri bulan kedua tahun 2025 ini, baik pendapatan maupun belanja operasional, karena pendapatan sampai tribulan dua ini masih bisa memenuhi belanja yang harus dikeluarkan oleh RSUD Dr. Haryoto Lumajang, jika prosentase masih bisa mengatasi belanja sebesar 119%. Dan untuk pemberian insentif sampai bulan juni 2025, sudah bisa memberikan jasa pelayanan bulan januari sampai April 2025 (4 bulan, sebesar 33%). Walaupun hal ini masih menggunakan perkiraan klaim pendapatan BPJS yang oleh RSUD Dr. Haryoto Lumajang

Untuk Rencana Tindak Lanjut / Rekomendasi yaitu :

Untuk insentif ini masih perlu di tindak lanjuti dengan memaksimalkan klaim pasien BPJS . Kemungkinan ditindak lanjuti dengan pengiriman data tagihan pasien kepada BPJS lebih awal untuk setiap bulannya

2.5. TANGGAPAN ATASAN LANGSUNG.

- ☐ Laporan sudah baik
- ☐ Laporan kurang baik
- ☐ Laporan segera diperbaiki
- ☐ Target dan realisasi diteliti ulang
- ☐ Capaian diteliti ulang
- ☐ Lain-lain

BAB III

PENUTUP

Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) merupakan bentuk akuntabilitas dari pelaksanaan tugas dan fungsi instansi sesuai dengan SOTK yang telah ditetapkan. Dalam hal ini adalah Perbup Nomor 47 Tahun 2022 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Uraian Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Haryoto.

Laporan ini juga menjadi bentuk tanggungjawab RSUD Dr. Haryoto atas penggunaan anggaran serta pengelolaan sumber daya dan pelaksanaan kebijakan serta program yang telah ditetapkan dalam perencanaan strategis dan rencana kerja tahunan rumah sakit.

Dari laporan ini ada beberapa hal yang membutuhkan perhatian untuk menjadi bahan evaluasi, yaitu:

1. Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) masih belum juga mencapai 100%, di Triwulan II (April– Juni 2025) ini hanya 82,18%.
2. Tingkat NDR dan GDR yang belum ideal, yaitu NDR 50,34‰ dan GDR 109,59‰.

Akhir kata, kiranya Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) RSUD Dr. Haryoto Triwulan II Tahun 2025 ini dapat digunakan sebagai bahan evaluasi bagi stakeholders serta untuk memberikan masukan bagi peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di RSUD Dr. Haryoto Lumajang.

Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Lumajang



dr. Rosyidah
NIP. 19711018 200604 2 009

Lumajang, 7 Juli 2025

Direktur RSUD Dr. Haryoto
Kabupaten Lumajang



dr. Halimi Maksum, MMRS
NIP. 19700716 200212 1 004