

PEMERINTAH DAERAH
KABUPATEN LUWU TIMUR

RENSTRA RENCANA STRATEGIS

2021-2026

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
I LAGALIGO



ALAMAT KANTOR
JL. SANGKURWIRA NO. 01, DESA. BAWALIPU, KEC. WOTU
Website, www.rsudlagaligo.uwutimur.go.id
Telpon 0811 4216 001

ALAMAT KANTOR
JL. BAYUNG KENDAWARI NO. 002, SURABAYA - 60133
TELP. 031-420770 FAX. 031-4207152



BUPATI LUWU TIMUR
PROVINSI SULAWESI SELATAN
PERATURAN BUPATI LUWU TIMUR
NOMOR 48 TAHUN 2021

TENTANG

RENCANA STRATEGI PERANGKAT DAERAH KABUPATEN LUWU TIMUR
TAHUN 2021-2026

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI LUWU TIMUR,

- Menimbang : bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 273 ayat (1) Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja, dan Pasal 123 ayat (1) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 86 Tahun 2017 tentang Tata Cara Perencanaan, Pengendalian dan Evaluasi Pembangunan Daerah, Tata Cara Evaluasi Rancangan Peraturan Daerah tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah dan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah, serta Tata Cara Perubahan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah, dan Rencana Kerja Pemerintah Daerah, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Rencana Strategi Perangkat Daerah Kabupaten Luwu Timur Tahun 2021-2026;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 7 Tahun 2003 Tentang Pembentukan Kabupaten Luwu Timur dan Kabupaten Mamuju Utara di Provinsi Sulawesi Selatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 27, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4270);
2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4421);

3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
4. Peraturan Pemerintah Nomor 17 Tahun 2017 tentang Sinkronisasi Proses Perencanaan dan Penganggaran Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6056);
5. Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2020 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2020-2024 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 10);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 13 Tahun 2019 tentang Laporan dan Evaluasi Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 52, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6323);
8. Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2017 tentang Pelaksanaan Pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 136);
9. Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2020 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2020-2024 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 10);
10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 86 Tahun 2017 tentang Tata Cara Perencanaan, Pengendalian dan Evaluasi Pembangunan Daerah, Tata Cara Evaluasi Rancangan Peraturan Daerah tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah dan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah, serta Tata Cara Perubahan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah, dan Rencana Kerja Pemerintah Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 1312);

11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 90 Tahun 2019 tentang Klasifikasi, Kodefikasi, dan Nomenklatur Perencanaan Pembangunan dan Keuangan Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 1447);
12. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 18 Tahun 2020 tentang Peraturan Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 13 Tahun 2019 tentang Laporan dan Evaluasi Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Berita Negara Republik Indonesia tahun 2020 Nomor 288);
13. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 77 Tahun 2020 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Daerah, (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1781);
14. Peraturan Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Nomor 1 Tahun 2019 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2018-2023 (Lembaran Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2019 Nomor 1, Tambahan Lembaran Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Nomor 301) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Nomor 1 Tahun 2021 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Nomor 1 Tahun 2019 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2018-2023 (Lembaran Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2021 Nomor 1, Tambahan Lembaran Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Nomor 314);
15. Peraturan Daerah Kabupaten Luwu Timur Nomor 2 Tahun 2005 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah Kabupaten Luwu Timur Tahun 2005-2025 (Lembaran Daerah Kabupaten Luwu Timur Tahun 2005 Nomor 2) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Luwu Timur Nomor 3 Tahun 2016 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Kabupaten Luwu Timur Nomor 2 Tahun 2005 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah Kabupaten Luwu Timur Tahun 2005-2025 (Lembaran Daerah Kabupaten Luwu Timur Tahun 2016 Nomor 3, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Luwu Timur Nomor 100);
16. Peraturan Daerah Kabupaten Luwu Timur Nomor 8 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Luwu Timur Tahun 2016 Nomor 8, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Luwu Timur Nomor 103) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Luwu Timur Nomor 5 Tahun 2020 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Kabupaten Luwu Timur Nomor 8 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan

Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Luwu Timur Tahun 2020 Nomor 5, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Luwu Timur Nomor 124);

17. Peraturan Daerah Kabupaten Luwu Timur Nomor 2 Tahun 2018 tentang Pengarusutamaan Gender Dalam Pembangunan (Lembaran Daerah Kabupaten Luwu Timur Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Luwu Timur Nomor 107);
18. Peraturan Daerah Kabupaten Luwu Timur Nomor 11 Tahun 2021 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Tahun 2021-2026 (Lembaran Daerah Kabupaten Luwu Timur Tahun 2021 Nomor 11).

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG RENCANA STRATEGI PERANGKAT DAERAH KABUPATEN LUWU TIMUR TAHUN 2021-2026.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Luwu Timur.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Bupati adalah Bupati Luwu Timur.
4. Dewan Perwakilan Rakyat Daerah yang selanjutnya disingkat DPRD adalah lembaga perwakilan rakyat daerah Kabupaten Luwu Timur yang berkedudukan sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah.
5. Perangkat Daerah adalah unsur pembantu Kepala Daerah dan DPRD dalam penyelenggaraan Urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah.
6. Kecamatan adalah wilayah kerja Camat sebagai perangkat daerah Kabupaten Luwu Timur.
7. Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah yang selanjutnya disingkat RPJMD adalah dokumen perencanaan pembangunan Daerah untuk periode Tahun 2021-2026, yang merupakan penjabaran dari Visi, Misi, dan program Bupati/Kepala Daerah dengan berpedoman pada RPJP Daerah serta memperhatikan RPJM Daerah Provinsi dan Nasional.
8. Rencana Kerja Pemerintah daerah yang selanjutnya disingkat RKPD dokumen perencanaan Daerah untuk periode 1 (satu) tahun.

9. Rencana Strategis Perangkat Daerah yang selanjutnya disebut Renstra Perangkat Daerah adalah dokumen perencanaan Perangkat Daerah untuk periode 5 (lima) tahun.
10. Rencana Kerja Perangkat Daerah yang selanjutnya disingkat Renja Perangkat Daerah adalah dokumen perencanaan Perangkat Daerah untuk periode 1 (satu) tahun.
11. Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional yang selanjutnya yang disingkat RPJMN adalah dokumen perencanaan pembangunan nasional untuk periode 5 (lima) tahunan.
12. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah yang selanjutnya disingkat APBD adalah rencana keuangan tahunan Daerah yang ditetapkan dengan Peraturan Daerah.
13. Rencana Kerja dan Anggaran Perangkat Daerah yang selanjutnya disingkat RKA Perangkat Daerah adalah dokumen perencanaan dan penganggaran yang berisi rencana pendapatan, rencana belanja program dan kegiatan Perangkat Daerah serta rencana pembiayaan sebagai dasar penyusunan APBD.
14. Badan Perencanaan, Penelitian, dan Pembangunan Daerah yang selanjutnya disebut Bapelitbangda adalah Satuan Kerja Perangkat Daerah Kabupaten yang bertanggung jawab terhadap pelaksanaan tugas dan fungsi perencanaan pembangunan di Daerah.
15. Visi adalah rumusan umum mengenai keadaan yang diinginkan pada akhir periode perencanaan pembangunan Daerah.
16. Misi adalah rumusan umum mengenai upaya-upaya yang akan dilaksanakan untuk mewujudkan visi.
17. Tujuan adalah sesuatu kondisi yang akan dicapai atau dihasilkan dalam jangka waktu 5 (lima) Tahunan.
18. Sasaran adalah rumusan kondisi yang menggambarkan tercapainya tujuan, berupa hasil pembangunan Daerah/ Perangkat Daerah yang diperoleh dari pencapaian hasil (*outcome*) program Perangkat Daerah.
19. Program adalah penjabaran kebijakan Perangkat Daerah dalam bentuk upaya yang berisi satu atau lebih kegiatan dengan menggunakan sumber daya yang disediakan untuk mencapai hasil yang terukur sesuai dengan tugas dan fungsi.
20. Kegiatan Perangkat Daerah adalah serangkaian aktivitas pembangunan yang dilaksanakan oleh Perangkat Daerah untuk menghasilkan keluaran (*output*) dalam rangka mencapai hasil (*outcome*) suatu program.

BAB II MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

- (1) Penyusunan Renstra Perangkat Daerah, dimaksudkan untuk:
 - a. memuat tujuan, Sasaran, program dan kegiatan pembangunan dalam pelaksanaan urusan pemeritahan wajib dan/atau urusan pemerintah pilihan;

- b. tersedianya rumusan program pembangunan yang akan dilaksanakan di wilayah Daerah; dan
 - c. menjadi pedoman Perangkat Daerah dalam menyusun Renja Perangkat Daerah.
- (2) Renstra Perangkat Daerah disusun dengan tujuan untuk merumuskan kebijakan dan program pembangunan yang mengakomodir berbagai kepentingan dan aspirasi segenap lapisan masyarakat, terutama untuk lebih memantapkan pencapaian visi Pemerintah Daerah yakni “Kabupaten Luwu Timur yang Berkelanjutan dan Lebih Maju Berlandaskan Nilai Agama dan Budaya”.

BAB III

RENSTRA PERANGKAT DAERAH

Pasal 3

- (1) Renstra Perangkat Daerah memuat tujuan, sasaran, program, dan kegiatan pembangunan dalam rangka pelaksanaan Urusan Pemerintahan Wajib dan/atau Urusan Pemerintahan Pilihan sesuai dengan tugas dan fungsi setiap Perangkat Daerah, yang disusun berpedoman kepada RPJMD dan bersifat indikatif.
- (2) Renstra Perangkat daerah Tahun 2021-2026 disajikan dengan sistematika sebagai berikut :
- a. BAB I PENDAHULUAN;
 - b. BAB II GAMBARAN PELAYANAN PERANGKAT DAERAH;
 - c. BAB III PERMASALAHAN DAN ISU STRATEGIS PERANGKAT DAERAH;
 - d. BAB IV TUJUAN DAN SASARAN;
 - e. BAB V STRATEGI DAN ARAH KEBJAKAN;
 - f. BAB VI RENCANA PROGRAM DAN KEGIATAN SERTA PENDANAAN;
 - g. BAB VII KINERJA PENYELENGGARAAN PEMERINTAH DAERAH; dan
 - h. BAB VIII PENUTUP.

Pasal 4

- (1) Renstra Perangkat Daerah menjadi pedoman Perangkat Daerah dalam menyusun Renja Perangkat Daerah.
- (2) Renstra Perangkat Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
- a. Dinas Pendidikan dan Kebudayaan Tahun 2021-2026;
 - b. Dinas Kesehatan Tahun 2021-2026;
 - c. Dinas Pekerjaan Umum dan Penataan Ruang Tahun 2021-2026;
 - d. Dinas Perumahan, Kawasan Permukiman dan Pertanahan Tahun 2021-2026;
 - e. Dinas Sosial, Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Tahun 2021-2026;

- f. Dinas Transmigrasi dan Tenaga Kerja Tahun 2021-2026;
- g. Dinas Perikanan Tahun 2021-2026;
- h. Dinas Lingkungan Hidup Tahun 2021-2026;
- i. Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil Tahun 2021-2026;
- j. Dinas Pemberdayaan Masyarakat dan Desa Tahun 2021-2026;
- k. Dinas Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Tahun 2021-2026;
- l. Dinas Perhubungan Tahun 2021-2026;
- m. Dinas Komunikasi, Informatika, Statistik, dan Persandian Tahun 2021-2026;
- n. Dinas Perdagangan, Koperasi, Usaha Kecil Menengah dan Perindustrian Tahun 2021-2026;
- o. Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Tahun 2021-2026;
- p. Dinas Pariwisata, Kepemudaan dan Olahraga Tahun 2021-2026;
- q. Dinas Perpustakaan dan Kearsipan Tahun 2021-2026;
- r. Dinas Pertanian dan Ketahanan Pangan Tahun 2021-2026;
- s. Satuan Polisi Pamong Praja Tahun 2021-2026;
- t. Dinas Pemadam Kebakaran dan Penyelamatan Tahun 2021-2026;
- u. Sekretariat Daerah Tahun 2021-2026;
- v. Sekretariat DPRD Tahun 2021-2026;
- w. Inspektorat Tahun 2021-2026;
- x. Badan Perencanaan, Penelitian dan Pengembangan Daerah Tahun 2021-2026;
- y. Badan Keuangan dan Aset Daerah Tahun 2021-2026;
- z. Badan Pendapatan Daerah Tahun 2021-2026
- aa. Badan Kepegawaian dan Pengembangan Sumber Daya Manusia Tahun 2021-2026;
- bb. Badan Penanggulangan Bencana Daerah Tahun 2021-2026;
- cc. Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Tahun 2021-2026;
- dd. RSUD I La Galigo Tahun 2021-2026;
- ee. Kecamatan Burau Tahun 2021-2026;
- ff. Kecamatan Wotu Tahun 2021-2026;
- gg. Kecamatan Mangkutana Tahun 2021;
- hh. Kecamatan Tomoni Tahun 2021-2026;
- ii. Kecamatan Tomoni Timur Tahun 2021-2026;
- jj. Kecamatan Kalaena Tahun 2021-2026;
- kk. Kecamatan Angkona Tahun 2021-2026;
- ll. Kecamatan Malili Tahun 2021-2026;
- mm. Kecamatan Wasuponda Tahun 2021-2026;

nn. Kecamatan Towuti Tahun 2021-2026; dan

oo. Kecamatan Nuha Tahun 2021-2026.

- (3) Dokumen Renstra Perangkat Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB IV

PENYUSUNAN DAN PENETAPAN RENSTRA

Pasal 5

- (1) Perangkat Daerah menyusun Renstra Perangkat Daerah dengan melakukan koordinasi, sinergi dan harmonisasi dengan Bapelitbangda dan pemangku kepentingan
- (2) Rancangan akhir Renstra Perangkat Daerah disampaikan kepala Perangkat Daerah kepada kepala Bapelitbangda untuk diverifikasi.
- (3) Rancangan akhir Renstra Perangkat Daerah disampaikan paling lambat 1 (satu) minggu setelah Peraturan Daerah tentang RPJMD ditetapkan.
- (4) Verifikasi harus dapat menjamin tujuan, sasaran, strategi, arah kebijakan, program, dan kegiatan Perangkat Daerah dalam Renstra Perangkat Daerah selaras dengan Peraturan Daerah tentang RPJMD.
- (5) Bapelitbangda menyampaikan rancangan akhir Renstra Perangkat Daerah yang telah diverifikasi kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah untuk ditetapkan dengan Peraturan Bupati.
- (6) Renstra Perangkat Daerah yang telah ditetapkan dengan Peraturan Bupati menjadi pedoman kepala Perangkat Daerah dalam menyusun Renja Perangkat Daerah dan digunakan sebagai bahan penyusunan rancangan RKPD.

BAB V

PENGENDALIAN DAN EVALUASI RENSTRA

Bagian Kesatu

Pengendalian

Pasal 6

- (1) Bupati melakukan pengendalian dan evaluasi terhadap perencanaan pembangunan Daerah lingkup kabupaten.
- (2) Pengendalian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan terhadap:
 - a. kebijakan perencanaan pembangunan Daerah; dan
 - b. pelaksanaan rencana pembangunan Daerah.
- (3) Pengendalian sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan oleh:
 - a. Bapelitbangda untuk keseluruhan perencanaan pembangunan Daerah; dan
 - b. Kepala Perangkat Daerah untuk program dan/atau kegiatan masing-masing sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya.

- (4) Pengendalian oleh Bapelitbangda sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a, yakni pemantauan, supervisi dan tindak lanjut atas penyimpangan yang terjadi terhadap pencapaian tujuan dan sasaran agar program dan kegiatan sesuai dengan kebijakan pembangunan Daerah.
- (5) Pengendalian oleh Kepala Perangkat Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf b, yakni pemantauan pelaksanaan program dan/atau kegiatan oleh Kepala Perangkat Daerah, meliputi realisasi pencapaian target kinerja, penyerapan dana, dan kendala yang dihadapi.
- (6) Hasil pemantauan pelaksanaan program dan/atau kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) disusun dalam bentuk laporan triwulan untuk disampaikan kepada Bapelitbangda.
- (7) Kepala Bapelitbangda melaporkan hasil pemantauan dan supervisi rencana pembangunan kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah, disertai dengan rekomendasi dan langkah yang diperlukan.

Bagian Kedua

Evaluasi

Pasal 7

- (1) Bupati melakukan evaluasi terhadap perencanaan pembangunan Daerah.
- (2) Evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan terhadap:
 - a. kebijakan perencanaan pembangunan daerah;
 - b. pelaksanaan rencana pembangunan daerah; dan
 - c. hasil rencana pembangunan daerah.
- (3) Evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan oleh:
 - a. Bapelitbangda untuk keseluruhan perencanaan pembangunan Daerah; dan
 - b. Kepala Perangkat Daerah untuk capaian kinerja pelaksanaan program dan kegiatan SKPD periode sebelumnya.
- (4) Evaluasi oleh Bapelitbangda sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a, meliputi:
 - a. penilaian terhadap pelaksanaan proses perumusan dokumen rencana pembangunan Daerah, dan pelaksanaan program serta kegiatan pembangunan Daerah; dan
 - b. menghimpun, menganalisis dan menyusun hasil evaluasi Kepala Perangkat Daerah dalam rangka pencapaian rencana pembangunan Daerah.
- (5) Hasil evaluasi menjadi bahan bagi penyusunan rencana pembangunan Daerah untuk periode berikutnya.

BAB VI
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 8

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

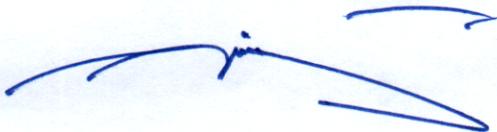
Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan Pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Luwu Timur.

Ditetapkan di Malili
pada tanggal 11 November 2021
BUPATI LUWU TIMUR,



BUDIMAN

Diundangkan di Malili
pada tanggal 11 November 2021
SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN LUWU TIMUR,



BAHRI SULI

BERITA DAERAH KABUPATEN LUWU TIMUR TAHUN 2021 NOMOR ..; 49



BUPATI LUWU TIMUR
PROVINSI SULAWESI SELATAN
KEPUTUSAN BUPATI LUWU TIMUR
NOMOR 60 /F-02/ III /TAHUN 2021

TENTANG

PEMBENTUKAN TIM PENYUSUN RENCANA STRATEGIS
BADAN PERENCANAAN, PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN DAERAH
KABUPATEN LUWU TIMUR TAHUN 2021-2026

BUPATI LUWU TIMUR,

Menimbang : bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 108 huruf a Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 86 Tahun 2017 tentang Tata Cara Perencanaan, Pengendalian dan Evaluasi Pembangunan Daerah, Tata Cara Evaluasi Rancangan Peraturan Daerah tentang Rancangan Peraturan Daerah tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah dan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah, serta Tata Cara Perubahan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah, dan Rencana Kerja Pemerintah Daerah, perlu menetapkan Keputusan Bupati tentang Pembentukan Tim Penyusun Rencana Strategis Badan Perencanaan, Penelitian dan Pengembangan Daerah Kabupaten Luwu Timur Tahun 2021-2026.

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 7 Tahun 2003 tentang Pembentukan Kabupaten Luwu Timur dan Kabupaten Mamuju Utara di Provinsi Sulawesi Selatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 27, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4270);

2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4421);

3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005-2025 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 33, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4700);

4. Undang-Undang Nomor 26 Tahun 2007 tentang Penataan Ruang (Lembaran Negara Republik Indonesia

Tahun 2007 Nomor 68, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4725) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);

5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 17 Tahun 2017 tentang Sinkronisasi Proses Perencanaan dan Penganggaran Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6056);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 13 Tahun 2019 tentang Laporan dan Evaluasi Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 52, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6323);
9. Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2017 tentang Pelaksanaan Pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 136);
10. Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2020 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2020-2024 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 10);
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 86 Tahun 2017 tentang Tata Cara Perencanaan, Pengendalian dan Evaluasi Pembangunan Daerah, Tata Cara Evaluasi Rancangan Peraturan Daerah tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah dan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah, serta Tata Cara Perubahan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah, Dan Rencana Kerja Pemerintah Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 1312);

12. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2018 tentang Pembuatan dan Pelaksanaan Kajian Lingkungan Hidup Strategis Dalam Penyusunan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (Berita Negara Republik Indonesia tahun 2018 Nomor 459);
13. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 90 Tahun 2019 tentang Klasifikasi, Kodefikasi, dan Nomenklatur Perencanaan Pembangunan dan Keuangan Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 1447);
14. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 18 Tahun 2020 tentang Peraturan Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 13 Tahun 2019 tentang Laporan dan Evaluasi Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Berita Negara Republik Indonesia tahun 2020 Nomor 288);
15. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 77 Tahun 2020 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Daerah, (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1781);
16. Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 050-3708 Tahun 2020 tentang Hasil Verifikasi dan Validasi Pemutakhiran Klasifikasi, Kodefikasi dan Nomenklatur Perencanaan Pembangunan dan Keuangan Daerah;
17. Peraturan Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Nomor 1 Tahun 2019 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2018-2023 (Lembaran Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2019 Nomor 1, Tambahan Lembaran Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Nomor 301) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Nomor 1 Tahun 2021 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Nomor 1 Tahun 2019 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2018-2023 (Lembaran Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2021 Nomor 1, Tambahan Lembaran Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Nomor 314);
18. Peraturan Daerah Kabupaten Luwu Timur Nomor 2 Tahun 2005 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang (RPJP) Kabupaten Luwu Timur Tahun 2005-2025 (Lembaran Daerah Kabupaten Luwu Timur Tahun 2005 Nomor 3) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Luwu Timur Nomor 3 Tahun 2016 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Kabupaten Luwu Timur Nomor 2 Tahun 2005 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang (RPJP)

Kabupaten Luwu Timur Tahun 2005-2025 (Lembaran Daerah Kabupaten Luwu Timur Tahun 2016 Nomor 3, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Luwu Timur Nomor 100);

19. Peraturan Daerah Kabupaten Luwu Timur Nomor 8 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Luwu Timur Tahun 2016 Nomor 8, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Luwu Timur Nomor 103) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Luwu Timur Nomor 5 Tahun 2020 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Kabupaten Luwu Timur Nomor 8 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Luwu Timur Tahun 2020 Nomor 5, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Luwu Timur Nomor 124);
20. Peraturan Daerah Kabupaten Luwu Timur Nomor 11 Tahun 2020 tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten Luwu Timur Tahun Anggaran 2021 (Lembaran Daerah Kabupaten Luwu Timur Tahun 2021 Nomor 11);
21. Peraturan Bupati Luwu Timur Nomor 39 Tahun 2018 tentang Susunan Organisasi, Kedudukan, Tugas dan Fungsi, serta Tata Kerja Badan Perencanaan, Penelitian dan Pengembangan Daerah (Berita Daerah Kabupaten Luwu Timur Tahun 2018 Nomor 40);
22. Peraturan Bupati Luwu Timur Nomor 60 Tahun 2020 tentang Penjabaran Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten Luwu Timur Tahun Anggaran 2021 (Berita Daerah Kabupaten Luwu Timur Tahun 2020 Nomor 60).

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : KEPUTUSAN BUPATI TENTANG PEMBENTUKAN TIM PENYUSUN RENCANA STRATEGIS BADAN PERENCANAAN, PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN DAERAH KABUPATEN LUWU TIMUR TAHUN 2021-2026.

KESATU : Pembentukan Tim Penyusun Rencana Strategis Badan Perencanaan, Penelitian dan Pengembangan Daerah (Renstra Bapelitbangda) Kabupaten Luwu Timur Tahun 2021-2026, dengan susunan keanggotaan sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan Bupati ini;

- KEDUA : Tim sebagaimana dimaksud dalam Diktum Kesatu mempunyai tugas sebagai berikut :
- a. mengumpulkan data dan informasi yang diperlukan sebagai bahan untuk menyusun Renstra Bapelitbangda Kabupaten Luwu Timur Tahun 2021-2026;
 - b. menyusun Dokumen Renstra Bapelitbangda Kabupaten Luwu Timur Tahun 2021-2026 sesuai tahapan dan tata cara yang diamanatkan dalam peraturan perundang-undangan;
 - c. melakukan pengendalian penyusunan kebijakan Dokumen Renstra Bapelitbangda Kabupaten Luwu Timur Tahun 2021-2026; dan
 - d. memberikan masukan, baik kebijakan maupun substansi terhadap Renstra Bapelitbangda Kabupaten Luwu Timur Tahun 2021-2026.
- KETIGA : Segala biaya yang dikeluarkan akibat penetapan dan pelaksanaan Keputusan Bupati ini dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Kabupaten Luwu Timur melalui Dokumen Pelaksanaan Anggaran-Satuan Kerja Perangkat Daerah (DPA-SKPD) Badan Perencanaan, Penelitian dan Pengembangan Daerah Kabupaten Luwu Timur Tahun Anggaran 2021;
- KEEMPAT : Keputusan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Malili
pada tanggal 8⁵ Maret 2021
WAKIL BUPATI LUWU TIMUR,



BUDIMAN

LAMPIRAN XXVII
KEPUTUSAN BUPATI LUWU TIMUR
NOMOR /F-02/ /TAHUN 2021
TENTANG
PEMBENTUKAN TIM PENYUSUN RENCANA
STRATEGIS PERANGKAT DAERAH DI
LINGKUNGAN PEMERINTAH KABUPATEN
LUWU TIMUR TAHUN 2021-2026.

SUSUNAN KEANGGOTAAN TIM PENYUSUN RENCANA STRATEGIS
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH I LA GALIGO KABUPATEN LUWU TIMUR
TAHUN 2021-2026

- I. Ketua : Direktur RSUD I La Galigo
- II. Sekretaris : Kepala Bagian Tata Usaha
- III. Wakil Sekretaris : Kasubag. Perencanaan dan
- IV. Anggota : 1. Kabid. Pelayanan Medik dan Keperawatan
2. Kabid. Pengawas dan Pemeliharaan Sarana Prasarana
3. Kabid. SDM dan Rekam Medik
4. Kasi. Pelayanan Medik dan Penunjang Medik
5. Kasi. Keperawatan
6. Kasi. Pengawasan Sarana Prasarana
7. Kasi. Pemeliharaan Sarana dan Prasarana
8. Kasi. Pengembangan SDM
9. Kasi. Rekam Medik
10. Kasubag. Umum dan Kepegawaian
11. Kasubag. Keuangan
- V. Sekretariat : 1. Stevia Vania Pindriani, SKM
2. Moh. Syihab Junaid, S.Farm
3. Rita Sekartika, S.Gz
4. Werni Gusti Marampa, S.Sp
5. Musdalifah, SKM

WAKIL BUPATI LUWU TIMUR,



BUDIMAN

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur dipanjatkan kehadirat Allah SWT, karena berkat rahmat dan karunia-Nya, telah berhasil disusun Rencana Strategis (Renstra) RSUD I Lagaligo Kabupaten Luwu Timur Tahun 2021-2026 yang berisikan Visi, Misi, Tujuan dan Sasaran, Strategi dan Kebijakan termasuk juga Rencana Program, Kegiatan dan Subkegiatan, Indikator Kinerja, Kelompok Sasaran dan Pendanaan Indikatif. Renstra ini disusun dengan mempedomani Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 54 Tahun 2010 tentang Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2008 tentang Tahapan, Tata Cara Penyusunan, Pengendalian dan Evaluasi Perencanaan Pembangunan Daerah. Renstra ini pada dasarnya merupakan penjabaran dari **rancangan awal** Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (**RPJMD**) Kabupaten Luwu Timur Tahun 2021–2026.

Adapun tujuannya adalah sebagai arahan, pedoman, acuan atau rujukan yang harus dijabarkan dan dilaksanakan oleh seluruh pejabat struktural, fungsional, dan seluruh Organisasi Kemasyarakatan di lingkungan RSUD I Lagaligo Kabupaten Luwu Timur.

Pada kesempatan ini diucapkan terima kasih atas peran aktif seluruh Aparatur, khususnya Tim Penyusun serta para Pemangku Kepentingan “stakeholders” yang telah memberikan berbagai masukan terutama isu-isu strategis, baik secara langsung maupun secara tak langsung untuk terwujudnya Renstra ini.



Mudah-mudahan dengan adanya Renstra Perubahan ini sebagai pedoman, acuan atau rujukan dalam pelaksanaannya dapat membawa hasil positif dalam menindaklanjuti RPJMD Kabupaten Luwu Timur Tahun 2021-2026.

Wotu, November 2021
Plt. Direktur,


dr. BENNY, M.Kes
NIP. 196806082001121003

DAFTAR ISI

| | |
|--|-------------|
| SAMPUL..... | i |
| KATA PENGANTAR..... | ii |
| DAFTAR ISI..... | iv |
| DAFTAR TABEL..... | vi |
| TIM PENYUSUN RENSTRA RSUD I LAGALIGO..... | viii |
| I. BAB I. PENDAHULUAN..... | 2 |
| 1.1. Latar Belakang..... | 2 |
| 1.2. Landasan Hukum..... | 4 |
| 1.3. Maksud dan Tujuan..... | 9 |
| 1.4. Sistematika Penulisan..... | 10 |
| II. BAB II. GAMBARAN PELAYANAN PERANGKAT DAERAH..... | 12 |
| 2.1. Tugas, Fungsi, dan Struktur OPD..... | 12 |
| 2.2. Sumber Daya Perangkat Daerah..... | 18 |
| 2.3. Kinerja Pelayanan Perangkat Daerah..... | 23 |
| 2.4. Tantangan dan Peluang Pengembangan Pelayanan Perangkat Daerah..... | 78 |
| III. BAB III. PERMASALAHAN DAN ISU-ISU STRATEGIS PERANGKAT DAERAH..... | 81 |
| 3.1. Identifikasi Permasalahan Berdasarkan Tugas dan Pelayanan Perangkat Daerah..... | 81 |
| 3.2. Telaah Visi, Misi, dan Program Kepala Daerah dan Wakil Kepala Daerah Terpilih..... | 84 |
| 3.3. Telaahan Renstra K/L dan Renstra..... | 88 |
| 3.4. Telaahan Rencana Tata Ruang Wilayah (RTRW) Dan Kajian Lingkungan Hidup Strategis (KLHS)..... | 91 |
| 3.5. Penentuan Isu-Isu Strategis..... | 93 |

| | | |
|-------------|---|------------|
| IV. | BAB IV. TUJUAN DAN SASARAN | 98 |
| | 4.1. Tujuan dan Sasaran Jangka Menengah Perangkat Daerah..... | 98 |
| V. | BAB V. STRATEGIS DAN ARAH KEBIJAKAN..... | 102 |
| | 5.1. Strategi dan Kebijakan..... | 102 |
| VI. | BAB VI. RENCANA PROGRAM DAN KEGIATAN SERTA | |
| | PENDANAAN..... | 106 |
| | 6.1. Program dan Kegiatan | 106 |
| | 6.2. Kelompok Sasaran..... | 106 |
| VII. | BAB VII. PENUTUP..... | 150 |

DAFTAR TABEL

| | | |
|-----|---|----|
| 1. | Gambar 2.1 Struktur Organisasi RSUD I Lagaligo Perda No. 11 Tahun 2010..... | 16 |
| 2. | Tabel 2.1 Jumlah Pengawai PNS + Upah Jasa RSUD I Lagaligo Tahun 2020..... | 18 |
| 3. | Tabel 2.2 Data SDM RSUD I Lagaligo Kab. Luwu Timur Per Desember 2020..... | 19 |
| 4. | Tabel 2.3 Data Tanah dan Bangunan..... | 21 |
| 5. | Tabel 2.4 Data Barang Bergerak..... | 22 |
| 6. | Tabel T-C 23 Pencapaian Kinerja Pelayanan Perangkat Daerah RSUD I Lagaligo Kabupaten Luwu Timur..... | 25 |
| 7. | Tabel 2.5 Cakupan Pelayanan RS Berdasarkan Cara Pembayaran..... | 38 |
| 8. | Tabel 2.6 Capaian Kinerja Mutu Pelayanan Rumah Sakit Secara Umum.. | 40 |
| 9. | Tabel 2.7 Capaian BOR Berdasarkan Kelas Pelayanan..... | 42 |
| 10. | Tabel 2.8 Indikator Area Klinis 2020..... | 44 |
| 11. | Tabel 2.9 Indikator Area Manajemen 2020..... | 44 |
| 12. | Tabel 2.10 Indikator Sasaran Keselamatan Pasien 2020..... | 45 |
| 13. | Tabel 2.11 Capaian Kinerja Standar Pelayanan Minimal (SPM) RS..... | 46 |
| 14. | Tabel T-C 24 Anggaran dan Realisasi Pendanaan RSUD I Lagaligo Tahun 2016-2020 Kabupaten Luwu Timur..... | 71 |
| 15. | Tabel T-C 25 Tujuan dan Ssaran Jangka Menegah Pelayanan Perangakt Daerah..... | 76 |
| 16. | Tabel 3.1 Identifikasi Permasalahan Berdasarkan Tugas dan Fungsi RSUD I Lagaligo yang Bersumber dari Permasalahan Internal SKPD..... | 81 |
| 17. | Tabel 3.2 Identifikasi Permasalahan Berdasarkan Tugas dan Fungsi RSUD I Lagaligo yang Bersumber dari Permasalahan Eksternal SKPD..... | 82 |

| | | |
|------------------|---|-----|
| 18. Tabel 3.3 | Faktor Penghambat dan Pendorong Pelayanan RSUD I Lagaligo Terhadap Pencapaian Visi, Misi, dan Program Bupati dan Wakil Bupati..... | 87 |
| 19. Tabel 3.4 | Permasalahan Pelayanan OPD Berdasarkan Telaahan Renstra Kementerian Kesehatan Beserta Faktor Penghambat dan Pendorong Keberhasilan..... | 90 |
| 20. Tabel 4.1 | Tujuan dan Sasaran Jangka Menengah RSUD I Lagaligo..... | 100 |
| 21. Tabel 5.1 | Analisis SWOT Internal..... | 102 |
| 22. Tabel 5.2 | Analisis SWOT Eksternal..... | 103 |
| 23. Tabel T-C 26 | Tujuan, Sasaran, Strategi, dan Kebijakan..... | 104 |
| 24. Tabel 6.1 | Kelompok Sasaran..... | 106 |
| 25. Tabel T-C 27 | Rencana Program, Kegiatan, dan Pendanaan RSUD I Lagaligo Kabupaten Luwu Timur..... | 107 |
| 26. Tabel T-C 28 | Indikator Kinerja SKPD Yang Mengacu Pada Tujuan dan Sasaran RPJMD..... | 121 |
| 27. Tabel 7.1 | Indikator Kinerja Standar Pelayanan Minimal RSUD I Lagaligo Kabupaten Luwu Timur..... | 124 |

TIM PENYUSUN RENSTRA RSUD I LAGALIGO

- | | | |
|--|---|---|
| 1. Direktur | 1.  | |
| 2. Kepala Bagian Tata Usaha | | 2.  |
| 3. Bidang Pelayanan Medik & Keperawatan | 3.  | 4.  |
| 4. Bidang Pengembangan SDM dan RM | | 6.  |
| 5. Bidang Pengawasan & Pemeliharaan Sarana Prasarana | 5.  | 8.  |
| 6. Sub Bagian Perencanaan | | 10.  |
| 7. Sub Bagian Umum dan Kepegawaian | 7.  | |
| 8. Sub Bagian Keuangan | | |
| 9. Seksi Keperawatan | 9.  | |
| 10. Seksi Pelayanan & Penunjang | | |
| 11. Seksi Pengembangan SDM | 11.  | |



12. Seksi Rekam Medis (RM)

12.

13. Seksi Pengawasan & Pengendalian

13.

Pelayanan

14. Seksi Pemeliharaan Sarana & Prasarana

14.

Wotu,

November 2021

Plt. Direktur RSUD I Lagaligo,

dr. BENNY, M.Kes

NIP. 196806082001121003

BAB I PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2008 Tentang Tahapan, Tata cara Penyusunan, Pengendalian, dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan Daerah dan Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 54 tahun 2010 tentang pelaksanaan peraturan pemerintah nomor 8 tahun 2008 tentang Tahapan, Tatacara Penyusunan, Pengendalian, dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan Daerah, serta Permendagri Nomor 86 Tahun 2017 tentang Tata Cara Perencanaan, Pengendalian dan Evaluasi Pembangunan Daerah, Tata Cara Evaluasi Rancangan Peraturan Daerah Tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah Dan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah, Serta Tata Cara Perubahan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah, Dan Rencana Kerja Daerah, Rencana Strategis (Renstra) merupakan salah satu dokumen perencanaan yang harus dibuat oleh setiap Perangkat Daerah.

Di dalam ketentuan lainnya yaitu Instruksi Presiden Republik Indonesia Nomor 7 tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, dinyatakan bahwa perencanaan strategis merupakan langkah awal yang harus dilakukan agar mampu menjawab tuntutan lingkungan strategis lokal, nasional dan global dan tetap berada dalam tatanan Sistem Administrasi Negara Kesatuan Republik Indonesia.

Renstra Perangkat Daerah adalah dokumen perencanaan untuk periode 5 (lima) tahun yang akan datang dan merupakan upaya yang terencana untuk memberdayakan dan meningkatkan kapasitas dan potensi yang dimiliki rumah sakit dalam rangka

meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan. Upaya untuk meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan tersebut dilakukan melalui serangkaian pelaksanaan program dan kegiatan yang mengarah kepada kepuasan pelanggan.

RSUD I Lagaligo sebagai Perangkat Daerah merupakan salah satu unsur penyelenggara pemerintahan daerah yang dalam upaya mencapai keberhasilannya perlu didukung dengan perencanaan yang baik sesuai dengan visi dan misi Perangkat Daerah. Pendekatan yang dilakukan adalah melalui perencanaan strategis yang merupakan serangkaian rencana tindakan dan kegiatan mendasar yang dibuat untuk diimplementasikan oleh organisasi dalam rangka pencapaian tujuan organisasi yang telah ditetapkan sebelumnya.

Dalam proses penyusunan Renstra ini, RSUD I Lagaligo melibatkan seluruh komponen baik internal maupun eksternal. Hal ini dilakukan untuk mendapatkan dukungan yang optimal bagi implementasinya, proses penyusunan dokumen renstra dan membangun komitmen serta kesepakatan dari semua stakeholder untuk mencapai tujuan rencana strategis melalui proses yang transparan, demokratis dan akuntabel dengan memadukan pendekatan teknokratis, demokratis, partisipatif dan politis.

Penyusunan Renstra RSUD I Lagaligo berpedoman dan memperhatikan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Pemerintah Kabupaten Luwu Timur, memuat tujuan, strategi, kebijakan, program, kegiatan dan sub kegiatan sesuai tugas dan fungsi dan bersifat indikatif untuk pembangunan 5 (lima) tahun yang akan datang yaitu periode tahun 2021 sampai dengan tahun 2026. Selain itu urgensi penyusunan Renstra RSUD I Lagaligo adalah :

1. Menjadi acuan penyusunan Rencana Kerja Tahunan RSUD I Lagaligo.

2. Dasar Penilaian Kinerja Kepala Perangkat Daerah (Direktur RSUD I Lagaligo)
3. Menjadi acuan penyusunan LAKIP.

Renstra RSUD I Lagaligo juga dapat dijadikan bahan evaluasi yang penting agar setiap program, kegiatan, sub kegiatan dapat berjalan secara sistematis, komprehensif dan tetap focus pada pemecahan masalah-masalah mendasar yang dihadapi rumah sakit khususnya dalam bidang pelayanan kesehatan.

1.2. Landasan Hukum

Penyusunan Renstra RSUD I Lagaligo Kabupaten Luwu Timur Tahun 2021-2026 berpedoman pada berbagai peraturan hukum sebagai berikut:

1. Undang-Undang Nomor 7 Tahun 2003 tentang pembentukan Kabupaten Luwu Timur dan Mamuju Utara di Propinsi Sulawesi Selatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 27, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4270);
2. Undang-undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4421);
3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 224, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
4. Undang-undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005-2025 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 33, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4700);

5. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik;
6. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
7. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum
8. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah ;
9. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pedoman Pembinaan, Pengawasan, Penyelenggaraan Pemerintah Daerah ;
10. Peraturan Pemerintah Nomor 40 Tahun 2006 tentang Tata Cara Penyusunan Rencana Pembangunan Nasional;
11. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Pemerintah daerah;
12. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2008 tentang Tahapan, tata cara penyusunan, Pengendalian, dan Evaluasi Pelaksanaan Pembangunan Daerah ;
13. Peraturan Pemerintah Nomor 17 Tahun 2017 tentang Sinkronisasi Proses Perencanaan dan Penganggaran Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6056);
14. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
15. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);
16. Peraturan Pemerintah Nomor 13 Tahun 2019 tentang Laporan dan Evaluasi Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran

- Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 52, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6323);
17. Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2020 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2020-2024 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 10);
 18. Instruksi Presiden Nomor 9 Tahun 2000 tentang Pengarusutamaan Gender Dalam Pembangunan Nasional;
 19. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 15 Tahun 2008 tentang Pedoman Umum Pelaksanaan Pengarusutamaan Gender Di Daerah sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 67 Tahun 2011 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 15 Tahun 2008 tentang Pedoman Umum Pelaksanaan Pengarusutamaan Gender Di Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 927);
 20. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 86 Tahun 2017 tentang Tata Cara Perencanaan, Pengendalian, dan Evaluasi Pembangunan Daerah, Tata Cara Evaluasi Rancangan Peraturan Daerah Tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah dan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah, Serta Tata Cara Perubahan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah, Dan Rencana Kerja Pemerintah Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 1312);
 21. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 100 Tahun 2018 Tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal;
 22. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 70 Tahun 2019 Tentang Sistem Informasi Pemerintah Daerah (SIPD);
 23. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 90 Tahun 2019 Tentang Klasifikasi, Kodefikasi, dan Nomenklatur Perencanaan

- Pembangunan dan Keuangan Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 1447);
24. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 18 Tahun 2020 tentang Peraturan Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 13 Tahun 2019 tentang Laporan dan Evaluasi Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 288);
 25. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 77 Tahun 2020 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1781);
 26. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 050-3708 Tahun 2020 Tentang Hasil Verifikasi dan Validasi Pemuktahiran Klasifikasi, Kodefikasi dan Nomenklatur Perencanaan Pembangunan dan Keuangan Daerah;
 27. Surat Edaran Menteri Dalam Negeri Nomor 640/16/SJ, tanggal 4 Januari 2021 tentang Penyusunan Dokumen Perencanaan Pembangunan Daerah Pasca Pemilihan Kepala Daerah Serentak Tahun 2020;
 28. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 340 Tahun 2010 tentang Klasifikasi Rumah sakit, sebagaimana telah direvisi dengan PMK Nomor 54 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah sakit;
 29. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 Tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan;
 30. Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2017 tentang Pelaksanaan Pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 136);
 31. Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2020 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2020-2024 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 10);

32. Peraturan Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Nomor 1 Tahun 2021 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Nomor 1 Tahun 2019 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2018-2023 (Lembaran Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2021 Nomor 1, Tambahan Lembaran Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Nomor 314);
33. Peraturan Daerah Kabupaten Luwu Timur Nomor 02 Tahun 2005 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang (RPJP) Kabupaten Luwu Timur Tahun 2005-2025 (Lembaran Daerah Kabupaten Luwu Timur Tahun 2005 Nomor 3) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Luwu Timur Nomor 3 Tahun 2016 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Kabupaten Luwu Timur Nomor 2 Tahun 2005 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang (RPJP) Kabupaten Luwu Timur Tahun 2005-2025 (Lembaran Daerah Kabupaten Luwu Timur Tahun 2016 Nomor 3, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Luwu Timur Nomor 100);
34. Peraturan Daerah Nomor 4 Tahun 2016 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Kabupaten Luwu Timur Tahun 2016-2021;
35. Peraturan Daerah Kabupaten Luwu Timur Nomor 8 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Luwu Timur Tahun 2016 Nomor 8, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Luwu Timur Nomor 103);
36. Peraturan Daerah Kabupaten Luwu Timur No.3 Tahun 2018 tentang Perubahan Peraturan Daerah Nomor 4 Tahun 2016 tentang Perencanaan Pembangunan Jangka Menengah Daerah Kab. Luwu Timur Tahun 2016-2021;

37. Peraturan Bupati Luwu Timur Nomor 32 Tahun 2016 tentang Susunan Organisasi, Kedudukan, Tugas dan Fungsi, serta Tata Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Luwu Timur.
38. Surat Keputusan Bupati Luwu Timur Nomor 259/IX/Tahun 2013 tentang Penetapan PPK BLUD RSUD I Lagaligo.

1.3. Maksud dan Tujuan

Penyusunan Renstra RSUD I Lagaligo Kabupaten Luwu Timur Tahun 2021-2026 dimaksudkan sebagai dokumen perencanaan jangka menengah yang menjabarkan RPJMD Kabupaten Luwu Timur tahun 2021-2026 sesuai dengan Peraturan Daerah Kabupaten Luwu Timur Nomor 11 Tahun 2010 tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit yang menjadi acuan dan pedoman seluruh jajaran RSUD I Lagaligo dalam menjalankan tugas pokok dan fungsi rumah sakit serta pencapaian visi dan misi secara berkesinambungan.

Tujuan penyusunan Renstra RSUD I Lagaligo Kabupaten Luwu Timur tahun 2021-2026 adalah :

1. Merumuskan Visi, Misi, Tujuan, Sasaran dan Arah kebijakan rumah sakit kedalam program dan kegiatan untuk jangka waktu 5 (lima) tahun (2021-2026).
2. Tersedianya dokumen perencanaan rumah sakit dalam jangka waktu 5 (lima) tahun yang akan menjadi pedoman pelaksanaan program dan pengembangan di RSUD I Lagaligo.
3. Untuk dijadikan landasan/ pedoman dalam penyusunan program, rencana kerja (Renja) dan rencana anggaran RSUD I Lagaligo dalam mewujudkan amanat RPJMD 2021-2026 khususnya dibidang pelayanan kesehatan yaitu Meningkatkan Derajat Kesehatan dan Kualitas Keluarga.
4. Menjamin keterkaitan dan konsistensi antara perencanaan, penganggaran, pelaksanaan, pengendalian dan untuk menjaga kesinambungan arah kebijakan dan perencanaan program.

5. Sebagai pedoman dalam pengukuran keberhasilan yang tertuang dalam Renja RSUD I Lagaligo kurun waktu 2021-2026. (Penyusunan evaluasi kinerja dan laporan pelaksanaan atas kinerja tahunan dan lima tahunan RSUD I Lagaligo).

1.4. Sistematika Penulisan

Penyusunan Renstra RSUD I Lagaligo Kabupaten Luwu Timur dilakukan oleh Tim Penyusun Renstra RSUD I Lagaligo. Dalam proses penyusunan Renstra juga melibatkan seluruh anggota organisasi dalam rapat-rapat internal serta melibatkan Stakeholders RSUD I Lagaligo Kabupaten Luwu Timur, dan disusun menurut sistematika sebagai berikut :

Bab I Pendahuluan menguraikan tentang latar belakang, landasan hukum, maksud dan tujuan serta sistematika penulisan penyusunan Renstra RSUD I Lagaligo.

Bab II Gambaran Pelayanan Perangkat Daerah menguraikan informasi tentang peran (tugas dan fungsi) RSUD I Lagaligo dalam penyelenggaraan urusan pemerintahan daerah, sumber daya yang dimiliki dalam penyelenggaraan tugas dan fungsinya baik sumber daya manusia maupun sarana dan prasarana yang dimiliki, mengemukakan capaian-capaian indikator kinerja dan program prioritas RSUD I Lagaligo yang telah dihasilkan pada periode sebelumnya, mengulas hambatan utama yang masih dihadapi dan dinilai perlu diatasi serta peluang pembangunan pelayanan bidang kesehatan.

Bab III Permasalahan dan Isu-Isu Strategis Perangkat Daerah Mengidentifikasi permasalahan – permasalahan pelayanan berdasarkan tugas dan fungsi pelayanan RSUD I Lagaligo , telaahan visi, misi dan program Kepala Daerah dan Waki Kepala Daerah Terpilih, juga memuat Telaahan Renstra K/L dan Renstra Provinsi serta

Telaahan Rencana Tata Ruang Wilayah (RTRW) dan Kajian Lingkungan Hidup Strategis (KLHS) selain itu di bab ini termuat Penentuan Isu-Isu Strategis.

Bab IV Tujuan dan Sasaran Merumuskan pernyataan tujuan dan sasaran jangka menengah RSUD I Lagaligo yang disertai dengan strategi dan arah kebijakan untuk mencapai sasaran tersebut.

Bab V Strategi dan Arah Kebijakan Merumuskan pernyataan strategi dan arah kebijakan RSUD I Lagaligo dalam 5 (lima) tahun mendatang.

Bab VI Rencana Program dan Kegiatan Serta Pendanaan Mengemukakan rencana program dan kegiatan, indikator kinerja, kelompok sasaran dan pendanaan indikatif.

Bab VII Kinerja Penyelenggaraan Bidang Urusan Mengemukakan Indikator Kinerja RSUD I Lagaligo yang secara langsung menunjukkan kinerja yang akan dicapai dalam 5 (lima) tahun mendatang sebagai komitmen untuk mendukung pencapaian tujuan dan sasaran RPJMD.

Bab VIII Penutup

BAB II

GAMBARAN PELAYANAN PERANGKAT DAERAH

Gambaran pelayanan perangkat daerah dalam hal ini adalah RSUD I Lagaligo dalam konteks penyusunan Rencana Strategis diperlukan di dalam menjabarkan tujuan, fungsi dan struktur organisasi yang dalam hal ini adalah terkait dengan kelembagaan dari RSUD I Lagaligo, sumberdaya yang dimiliki yang terkait dengan kondisi kepegawaian , serta kondisi sarana dan prasarana yang dimiliki, kinerja pelayanan yang dilaksanakan oleh RSUD I Lagaligo yang tentunya terkait dengan tugas pokok dan fungsi serta tantangan dan peluang di dalam usaha untuk mengembangkan pelayanan RSUD I Lagaligo.

2.1 Tugas, Fungsi dan Struktur Organisasi Perangkat Daerah

Dasar Umum Pembentukan RSUD I Lagaligo :

- | | |
|------------|---|
| Tahun 2008 | RSUD I Lagaligo menerima SK izin operasional sebagai dasar operasional pelayanan RSUD I Lagaligo melalui SK Bupati Luwu Timur No. 284 Tahun 2008. |
| Tahun 2008 | RSUD I Lagaligo menerima SK dari Dinas Kesehatan Provinsi sebagai Rumah Sakit Tipe D, sesuai Surat Nomor 08633/DK-I/Yan-I/XI/2008. |
| Tahun 2008 | Penerbitan Struktur organisasi RSUD I Lagaligo berdasarkan PERDA Nomor 04 Tahun 2008 dan diperbaharui dengan PERDA nomor 11 Tahun 2010. |
| Tahun 2010 | RSUD I Lagaligo ditetapkan sebagai rumah sakit Tipe C, sesuai Keputusan Menteri Kesehatan No. 445/Menkes/SK/IV/2010 Tanggal 5 April 2010. |
| Tahun 2011 | Penerbitan Struktur organisasi RSUD I Lagaligo berdasarkan PERDA nomor 11 Tahun 2010. |
| Tahun 2013 | RSUD I Lagaligo ditetapkan PPK-BLUD secara penuh oleh Bupati melalui Surat Keputusan Bupati No. 259/IX/ Tahun 2013 tanggal 5 September 2013. |

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit Bab III pasal 4, rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, dan mempunyai fungsi :

- A. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit,
- B. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat dua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
- C. Penyelenggara penelitian dalam pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Sesuai Peraturan Daerah Kabupaten Luwu Timur Nomor 11 Tahun 2010 tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja Rumah sakit, susunan struktur organisasi RSUD I Lagaligo adalah sebagai berikut :

A. Direktur

Direktur bertanggung jawab memimpin, menyusun kebijakan pelaksanaan, membina pelaksanaan, mengembangkan dan mengkoordinasikan fasilitas-fasilitas rumah sakit serta sumber daya dengan tujuan agar asuhan klinis dilaksanakan secara efisien, efektif dan bermutu tinggi sesuai dengan peraturan perundang-undangan dibantu oleh komite medik.

B. Kepala Bagian Tata Usaha

Mempunyai tugas menyusun kebijakan pelaksanaan, membina pelaksanaan, mengembangkan dan mengkoordinasikan fasilitas-fasilitas rumah sakit serta sumber daya, membawahi :

- a. Sub Bagian Umum dan Kepegawaian.
- b. Sub Bagian Perencanaan.
- c. Sub Bagian Keuangan.

C. Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan

Mempunyai tugas dan kewajiban melaksanakan sebagian tugas direktur di bidang pelayanan medik dan keperawatan yang membawahi :

- a. Kasie Pelayanan dan Penunjang Medik.
- b. Kasie Keperawatan.

D. Kabid Pengembangan SDM dan Rekam medik

Mempunyai tugas dan kewajiban melaksanakan sebagian tugas direktur di bidang pengembangan sumber daya manusia dan rekam medis, membawahi :

- a. Kasie Pengembangan Sumber Daya Manusia.
- b. Kasie Rekam Medis.

E. Kabid Pengawasan dan Pemeliharaan

Mempunyai tugas dan kewajiban melaksanakan sebagian tugas direktur di bidang pengawasan dan pemeliharaan sarana prasarana rumah sakit, membawahi :

- a. Kasie Pemeliharaan Sarana dan Prasarana.
- b. Kasie Pengawasan dan Pengendalian Pelayanan.

Disamping pejabat struktural seperti diatas, dalam melaksanakan tugas pelayanan rumah sakit ditunjang pula oleh pejabat fungsional yang memimpin instalasi.

Berdasarkan Peraturan Daerah Kabupaten Luwu Timur Nomor 04 Tahun 2008 tentang Kedudukan, Tugas Pokok dan Fungsi Organisasi sebagai berikut:

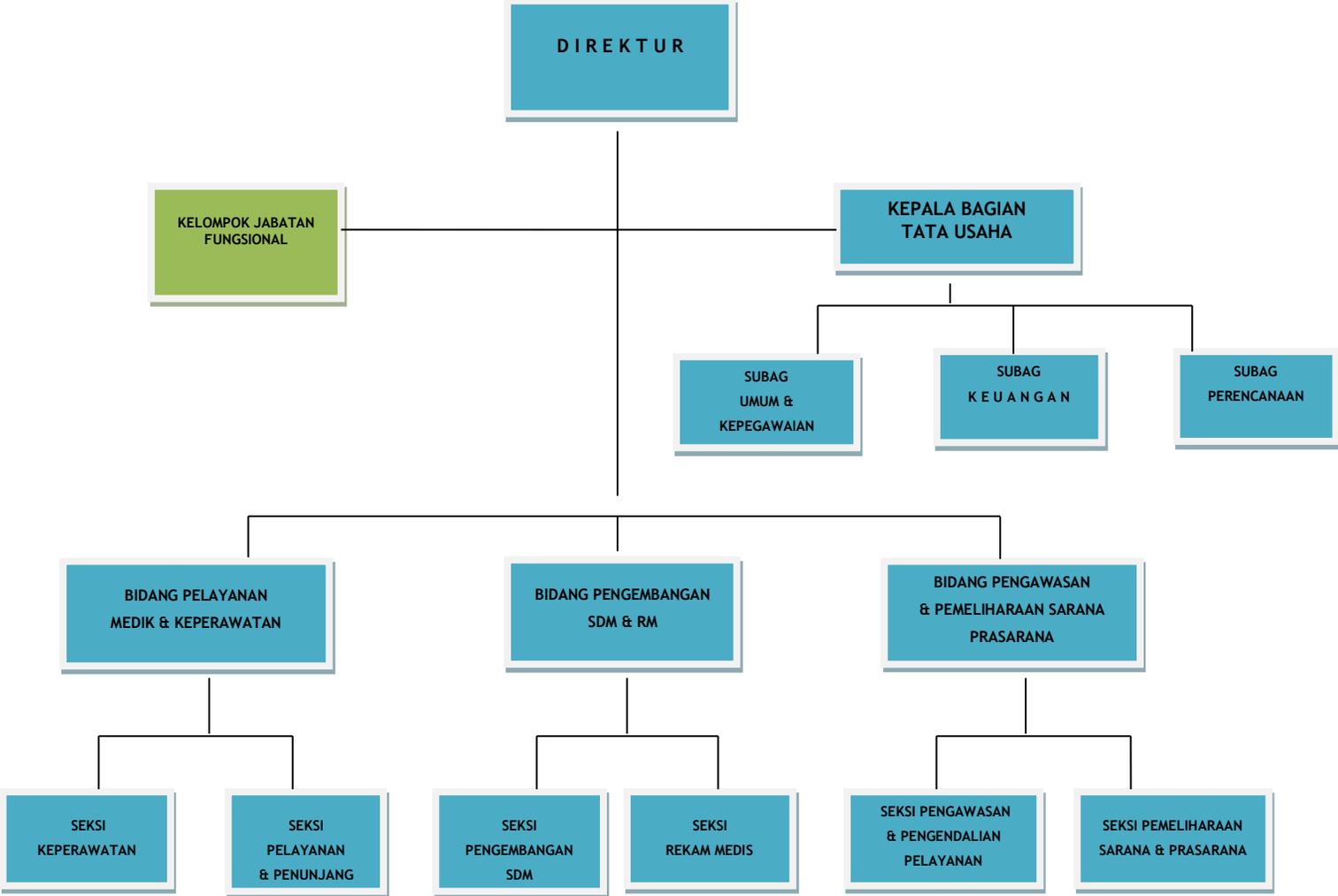
1. Kedudukan RSUD I Lagaligo sebagai berikut :

- a. Rumah Sakit Umum Daerah adalah unsur pelaksana Pemerintah Kabupaten di bidang Rumah Sakit Umum Daerah
- b. Rumah Sakit Umum Daerah dipimpin oleh seorang Direktur yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah

2. Rumah Sakit Umum Daerah mempunyai tugas membantu Bupati dalam penyelenggaraan Pemerintahan Daerah di bidang RSUD.
3. Dalam menyelenggarakan tugas diatas, Rumah Sakit Umum Daerah mempunyai fungsi sebagai berikut :
 - a. Perumusan kebijakan teknis di bidang Rumah Sakit Umum Daerah
 - b. Pemberian dukungan atas penyelenggaraan pemerintahan daerah dibidang Rumah Sakit Umum Daerah
 - c. Pembinaan dan pelaksanaan tugas di bidang Rumah Sakit Umum Daerah
 - d. Pengelolaan ketatausahaan meliputi ketatalaksanaan, kepegawaian, perlengkapan dan peralatan
 - e. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Bupati sesuai dengan tugas dan fungsinya



**Gambar 2.1 : STRUKTUR ORGANISASI RSUD I LAGALIGO
PERDA No.11 Tahun 2010**



2.2 Sumber Daya Perangkat Daerah

Sumber Daya Manusia

RSUD I Lgaligo dalam menjalankan fungsinya didukung Tenaga administrasi dan tenaga fungsional baik tenaga PNS, Upah Jasa dan tenaga magang/ sukarela total berjumlah 765 orang.

Tenaga Medis dan Paramedis merupakan pendukung utama dalam pelayanan kesehatan, untuk itu diperlukan SDM yang mencukupi dari segi kualitas maupun kuantitas standar pelayanan Rumah Sakit Tipe C. Adapun sumber daya manusia pada RSUD I Lagaligo tenaga PNS 217 orang, tenaga upah jasa 382 orang. Selain tenaga tetap di RSUD I Lagaligo juga memiliki tenaga MOU spesialis sebanyak 3 orang dan tenaga magang/ sukarela 166 orang.

Berikut Data ketenagaan RSUD I Lagaligo dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 2.1
Jumlah Pegawai PNS+Upah Jasa
RSUD I Lagaligo Tahun 2020

| No. | Golongan | Jumlah Pegawai Kualifikasi Pendidikan | | | | | | | | | | | | Total | |
|--------------|-----------|---------------------------------------|-----------|-----------|------------|-----------|------------|--------------------|-----------|--------------------|----------|------------------|----------|------------|------------|
| | | S3/S2 | | S1/DIV | | D1-D3 | | SLTA/ Sederajat | | SLTP/ Sederajat | | SD/ Sederajat | | | |
| | | L | P | L | P | L | P | L | P | L | P | L | P | L | P |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) | (14) | (15) | (16) |
| 1 | IV | 5 | 5 | 2 | 7 | - | - | - | - | - | - | - | - | 7 | 12 |
| 2 | III | 3 | 9 | 16 | 65 | 11 | 70 | - | - | - | - | - | - | 30 | 144 |
| 3 | II | - | - | - | - | 5 | 17 | 2 | - | - | - | - | - | 7 | 17 |
| 4 | Upah Jasa | 1 | - | 32 | 100 | 26 | 165 | 27 | 29 | 1 | 1 | - | - | 87 | 295 |
| TOTAL | | 9 | 14 | 50 | 172 | 42 | 252 | 29 | 29 | 1 | 1 | - | - | 131 | 468 |
| | | | | | | | | | | | | | | 599 | |

Tabel 2.2
Data SDM RSUD I Lagaligo Kab. Luwu Timur
Per Desember 2020

| NO | KUALIFIKASI PENDIDIKAN | TOTAL |
|----|--|-----------|
| | I. TENAGA MEDIS | |
| | Dokter Spesialis | 17 |
| 1 | Dokter Spesialis Bedah | 1 |
| 2 | Dokter Spesialis Obgyn | 2 |
| 3 | Dokter Spesialis Anak | 1 |
| 4 | Dokter Spesialis Penyakit Dalam | 2 |
| 5 | Dokter Spesialis Anastesi | 1 |
| 6 | Dokter Spesialis Gigi Anak | 0 |
| 7 | Dokter Spesialis Orthodontic | 1 |
| 8 | Dokter Spesialis Prostodonti | 1 |
| 9 | Dokter Spesialis Penyakit Mulut | 1 |
| 10 | Dokter Spesialis Radiologi | 1 |
| 11 | Dokter Spesialis Rehabilitasi Medik | 0 |
| 12 | Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin | 1 |
| 13 | Dokter Spesialis Saraf | 1 |
| 14 | Dokter Spesialis THT | 0 |
| 15 | Dokter Spesialis Patologi Klinik | 1 |
| 16 | Dokter spesialis Patologi Anatomi | 1 |
| 17 | Dokter Gizi Klinik | 2 |
| | Dokter MHA/ MARS/ MMR **) | 0 |
| | Dokter MOU | 3 |
| 1 | 1) Dokter Spesialis Interna (WKDS/MOU) | 1 |
| 2 | 2) Dokter Spesialis Bedah | 0 |
| 3 | 3) Dokter Spesilais Anak (WKDS) | 0 |
| 4 | 4) Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin | 1 |
| 4 | 5) Dokter Spesialis Mata | 1 |
| | Dokter Umum/ Gigi | 16 |
| 1 | Dokter Umum | 14 |
| 2 | Dokter Gigi | 2 |
| | Dokter PPDS | 0 |
| | Total I | 36 |
| | II. TENAGA KEPERAWATAN | |
| 1 | S1 Ners**) | 93 |

| | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|------------|
| 2 | S1 Keperawatan **) | 19 |
| 3 | D4 Anastesi | 4 |
| 4 | D4 Kebidanan **) | 16 |
| 3 | D3 Keperawatan | 119 |
| 5 | D3 Kebidanan | 162 |
| 6 | D3 Perawat Gigi | 7 |
| 7 | D3 Teknik Gigi | 2 |
| 8 | Perawat Kesehatan/ SPK | 0 |
| Total II | | 422 |
| III. TENAGA PARAMEDIS NON PERAWATAN | | |
| 1 | S2 Farmasi | 1 |
| 2 | Apoteker **) | 16 |
| 3 | Sarjana Farmasi | 27 |
| 4 | Asisten Apoteker | 16 |
| 5 | D4 Analis Kesehatan | 1 |
| 6 | S1 Gizi | 3 |
| 7 | D3 Gizi | 2 |
| 8 | D3 Perekam Medis | 8 |
| 9 | D3 Analis Kesehatan | 24 |
| 10 | D3 Teknis Elektro Medik | 5 |
| 11 | D3 Fisioterapi | 11 |
| 12 | D3 Radiologi & Radio Terapi | 12 |
| Total III | | 126 |
| IV. TENAGA NON MEDIK PERAWATAN | | |
| 1 | S2 Kesehatan Masyarakat **) | 4 |
| 2 | S1 Kesehatan Masyarakat **) | 44 |
| 3 | D3 Sanitarian | 1 |
| 4 | D3 Kearsipan | 0 |
| 5 | S1 Ekonomi | 15 |
| 6 | S1 Komputer | 6 |
| 7 | S1 Pendidikan | 3 |
| 8 | S1 Ilmu Pemerintahan | 1 |
| 9 | S1 Manajemen | 6 |
| 10 | S1 Akuntansi | 5 |
| 11 | S1 Sospol | 2 |
| 12 | S1 Administrasi Negara | 3 |
| 13 | S1 Sains | 2 |

| | | |
|----|---------------------------|------------|
| 14 | S1 Sastra Inggris | 1 |
| 15 | D4 Teknik Mesin | 1 |
| 16 | D3 Komputer | 6 |
| 17 | D3 Hiperkes (K3) | 3 |
| 18 | D3 Sekertaris (Upah Jasa) | 1 |
| 19 | D3 Kelistrikan | 2 |
| 20 | D3 Manajemen Informatika | 1 |
| 21 | D3 Fisika Medik | 1 |
| 22 | D2 Arsiparis | 1 |
| 23 | SMA/ SLTA | 64 |
| 24 | SMP dan SD | 8 |
| | Total IV | 181 |

Ket :

*** tenaga tersebut menjabat jabatan structural*

Aset

RSUD I Lagaligo memiliki luas lahan 32.952 M2 dengan luas bangunan 16.027,48 M2 dan didukung dengan sarana prasarana yang cukup memadai. Gambaran umum mengenai aset rumah sakit dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 2.3

Data Tanah & Bangunan

| Jenis Barang | Luas Tanah/ Bangunan | Jumlah |
|-----------------------|---------------------------------|---------------|
| 1. Tanah dan Bangunan | 32.952 m2/ 16.027,48m2 | 1 bidang |
| 2. Rumah Dinas | 7 | Unit |
| 3. Asrama (Kopel 4) | 24 | Kamar |

Tabel 2.4
Data Barang Bergerak

| Jenis Barang | Jumlah | Satuan |
|-----------------------------------|---------------|---------------|
| 1. Alat Angkutan | | |
| ➤ Mobil Dinas (Operasional) | 23 | Unit |
| ➤ Mobil Ambulans | 5 | Unit |
| ➤ Mobil Jenazah | 2 | Unit |
| ➤ Kendaraan Roda Dua | 7 | Unit |
| 2. Alat Kedokteran Canggih | | |
| ➤ CT Scan 128 slide | 1 | Unit |
| ➤ Computed Radiographi (CR) | 1 | Unit |
| ➤ Ultra Sonographi (USG) | 4 | Unit |
| ➤ Elektrokardographi (EKG) | 14 | Unit |
| ➤ Spirometri | 2 | Unit |
| ➤ Elektrolit Analyzer | 1 | Unit |
| ➤ Blood Gas Analyzer | 1 | Unit |
| ➤ Hemodialisa | 4 | Unit |
| ➤ Ventilator | 17 | Unit |
| ➤ Monitor Pasien | 41 | Unit |
| ➤ Defibrilator (DC Shock) | 4 | Unit |
| ➤ Elektrocauter Digital | 6 | Unit |
| ➤ Treadmill | 1 | Unit |

Dari data alat tersebut diatas dapat dilihat bahwa RSUD I Lagaligo memiliki keunggulan dalam menetapkan diagnosa dan dalam pemberian terapi pada kasus-kasus yang dirujuk maupun tindakan operatif dibandingkan dengan rumah sakit disekitarnya.

Kegiatan Pelayanan

Kegiatan Pelayanan di RSUD I Lagaligo sampai saat ini, meliputi :

1. Pelayanan Medik Umum terdiri dari Pelayanan Medik Dasar , Pelayanan Medik Gigi dan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak/ Keluarga Berencana.
2. Pelayanan Medik Spesialis meliputi Pelayanan Penyakit Dalam, Kesehatan Anak, Bedah, Obstetri dan Ginekologi, Mata, Telinga Hidung Tenggorokan, Syaraf, Kulit dan Kelamin,
3. Pelayanan Spesialis Penunjang Medik terdiri dari Pelayanan Anestesiologi, Radiologi, Rehabilitasi Medik, Patologi Klinik, Patologi Anatomi, Gizi Klinik.
4. Pelayanan Medik Spesialis Gigi terdiri dari Pelayanan Konservasi/Endodonsi, Penyakit Mulut, Orthodonti, Prostodonti.
5. Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan terdiri dari Pelayanan asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan.
6. Pelayanan Penunjang Klinik terdiri dari Perawatan Intensif, Pelayanan Darah, Gizi, Farmasi, Sterilisasi Instrumen dan Rekam Medik.
7. Pelayanan Penunjang Non Klinik terdiri dari Pelayanan Laundry/ Linen, Jasa Boga/ Dapur, Pengelolaan Limbah, Ambulans, Pemulasaran Jenazah.

2.3 Kinerja Pelayanan Perangkat Daerah

Untuk mengukur pencapaian tujuan dan sasaran yang ditetapkan di dalam Renstra RSUD I Lagaligo Kabupaten Luwu Timur Tahun 2021 – 2026, akan dituangkan lebih lanjut dalam Rencana Kerja Tahunan dan Penetapan Kinerja Tahunan.

Metode pengukuran kinerja yang digunakan adalah metode pengukuran sederhana yang membandingkan target kinerja dengan

realisasi kinerja. Hasil pengukuran pencapaian indikator kinerja digunakan untuk menilai keberhasilan dan kegagalan pencapaian sasaran strategis. Berikut ini tabel capaian kinerja IKU, program dan kegiatan selama periode 2016-2020 :



Tabel T-C 23
Pencapaian Kinerja Pelayanan Perangkat Daerah RSUD I Lagaligo
Kabupaten Luwu Timur

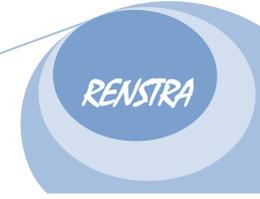
| No. | Indikator Kinerja | Target NSPK | Target IKK | Target Indikat or Lainnya | Target RENSTRA pada Tahun Ke- | | | | | Realisasi Capaian Tahun Ke- | | | | | Rasio Capaian Pada Tahun Ke- | | | | |
|----------------|---|-------------|------------|---------------------------|-------------------------------|-----------|-------------|-------------|------------|-----------------------------|----------|------------|------------|------------|------------------------------|------|------|--------|--------|
| | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) | (14) | (15) | (16) | (17) | (18) | (19) | (20) |
| SASARAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| I. 1 | Tingkat akreditasi rumah sakit | | | | Per dan a | Per dan a | Pari pur na | Pari pur na | Parip urna | Perd ana | Perd ana | Parip urna | Paripu rna | Paripu rna | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 2 | Persentase indikator SPM yang memenuhi target | | | | 80,0% | 81,64% | 87,30% | 88,50% | 89,30% | 90,64% | 81,6% | 87,3% | 90,0% | 90,90% | 113,3% | 100% | 100% | 101,7% | 101,8% |
| 3 | Bed Occupancy Rate (BOR) | | | | 84% | 83% | 86% | 80% | 80% | 84% | 83% | 86% | 77% | 50% | 100% | 100% | 100% | 96,3% | 62,5% |
| 4 | Length of stay (LOS) | | | | 2,3 hr | 2,4 hr | 2,3 hr | 2,3 hr | 2,3 hr | 2,3 hr | 2,4 hr | 2,3 hr | 2,1 hr | 2,2 hr | 100% | 100% | 100% | 91,3% | 95,7% |
| 5 | Nilai Sakip | | | | 60,12 | 62,65 | 76,69 | 77,00 | 77,60 | 60,12 | 62,65 | 76,69 | 67,85 | - | 100% | 100% | 100% | 88,1% | - |
| PROGRAM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



| No. | Indikator Kinerja | Target NSPK | Target IKK | Target Indikator or Lainnya | Target RENSTRA pada Tahun Ke- | | | | | Realisasi Capaian Tahun Ke- | | | | | Rasio Capaian Pada Tahun Ke- | | | | |
|-------|---|-------------|------------|-----------------------------|-------------------------------|------|------|-------|------|-----------------------------|-------|-------|--------|---------|------------------------------|------|------|--------|------|
| | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) | (14) | (15) | (16) | (17) | (18) | (19) | (20) |
| II. 1 | Rata-rata persentase capaian kinerja pelayanan administrasi perkantoran (%) | | | | 90 % | 90 % | 90 % | 95% | 95% | 95% | 95% | 95% | 95% | 95% | 106% | 106% | 106% | 100% | 100% |
| 2 | Cakupan Pelayanan Kesehatan Rujukan(%) | | | | 90 % | 90 % | 95 % | | | 90% | 100 % | 100 % | | | 100% | 115% | 105% | | |
| | Cakupan pelayanan kesehatan rujukan (%) | | | | | | | 38% | 43% | | | | 71.5 % | 64.33 % | | | | 188% | 150% |
| 3 | Presentase pemenuhan standar pelayanan rumah sakit | | | | | | | 100 % | 100% | | | | 100% | 100% | | | | 100% | 100% |
| 4 | Terlaksananya Pelayanan Spesialis di RS (spesialis) | | | | 7 | 10 | 10 | | | 4 | 4 | 6 | | | 57% | 40% | 60% | | |
| | Jumlah dokter yang bermitra di rumah sakit | | | | | | | 9 | 12 | | | | 6 | 3 | - | - | - | 66,7 % | 25% |
| 5 | Presentase rata-rata capaian kinerja kegiatan peningkatan sarana prasarana aparatur | | | | 80 % | 85 % | 90 % | | | 80% | 96% | 98% | | | 100% | 113% | 109% | | |
| 6 | Rata-rata presentase capaian kegiatan pengadaan | | | | 70 % | 75 % | 89 % | | | 80% | 100 % | 100 % | | | 114% | 133% | 112% | | |



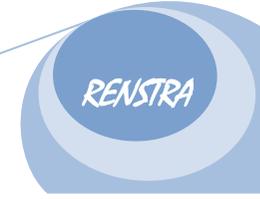
| No. | Indikator Kinerja | Target NSPK | Target IKK | Target Indikator or Lainnya | Target RENSTRA pada Tahun Ke- | | | | | Realisasi Capaian Tahun Ke- | | | | | Rasio Capaian Pada Tahun Ke- | | | | |
|-----|---|-------------|------------|-----------------------------|-------------------------------|-----|-----|-----|------|-----------------------------|------|------|-------|-------|------------------------------|------|-------|------|------|
| | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) | (14) | (15) | (16) | (17) | (18) | (19) | (20) |
| | peningkatan sarana prasarana rumah sakit | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Terpenuhinya sarana prasarana, alkes rumah sakit seusi standar rs | | | | | | | 85% | 90% | | | | 100% | 100% | | | | 118% | 111% |
| 7 | Rata2 capaian pemeliharaan sanpras RS (%) | | | | 80% | 85% | 85% | 90% | 90% | 85% | 85% | 90% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 8 | Presentase aparatur yang mengikuti peningkatan kapasitas aparatur | | | | 40% | 55% | 51% | | | 26% | 55% | 24% | | | 50% | 81% | 93,7% | | |
| | Rata-rata persentase peningkatan sumber daya aparatur rumah sakit | | | | - | - | - | 90% | 90% | | | | 90% | 90% | | | | 100% | 100% |
| 9 | Cakupan data rumah sakit yg dikelola | | | | - | - | - | 90% | 90% | | | | 100% | 100% | | | | 111% | 111% |
| 10 | Cakupan pelayanan kesehatan rujukan BLUD (%) | | | | 85% | 90% | 95% | | | 80% | 100% | 100% | | | 94% | 111% | 105% | | |
| | Tingkat kemandirian keuangan BLUD | | | | | | | 69% | 70% | | | | 71,5% | 64,3% | | | | 104% | 92% |



| No. | Indikator Kinerja | Target NSPK | Target IKK | Target Indikat or Lainnya | Target RENSTRA pada Tahun Ke- | | | | | Realisasi Capaian Tahun Ke- | | | | | Rasio Capaian Pada Tahun Ke- | | | | |
|-------------------|---|-------------|------------|---------------------------|-------------------------------|-------|-------|-------|------|-----------------------------|-------|-------|-------|------|------------------------------|------|------|------|------|
| | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) | (14) | (15) | (16) | (17) | (18) | (19) | (20) |
| 11 | Persentase penyelesaian laporan kinerja dan keuangan yang disusun tepat waktu | | | | 80 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100% | 80% | 100 % | 100 % | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 12 | Persentase Dokumen Perencanaan/Penganggaran yang disusun | | | | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100% | 100 % | 100 % | 100 % | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| KEGIATAN : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| III. 1 | Jumlah surat keluar dan masuk (surat) | | | | - | - | - | 1370 | - | - | - | - | 1.391 | - | - | - | - | 102% | - |
| 2 | Tersedianya jasa komunikasi, air, listrik, internet & fax (Rekening) | | | | 4 | 4 | 4 | - | - | 4 | 4 | 4 | - | - | 100% | 100% | 100% | - | - |
| 3 | Tersedianya jasa administrasi keuangan (Jenis) | | | | - | 6 | - | - | - | - | 6 | - | - | - | - | 100% | - | - | - |
| 4 | Tersedianya jasa kebersihan pihak ke-3 rumah sakit (pkt) | | | | - | 1 | 1 | | | - | 1 | 2 | | | - | 100% | 100% | | |
| | Jumlah Jasa Tenaga Kebersihan Kantor (org) | | | | | | | - | 39 | | | | - | 39 | | | | - | 100% |



| No. | Indikator Kinerja | Target NSPK | Target IKK | Target Indikat or Lainnya | Target RENSTRA pada Tahun Ke- | | | | | Realisasi Capaian Tahun Ke- | | | | | Rasio Capaian Pada Tahun Ke- | | | | |
|-----|--|-------------|------------|---------------------------|-------------------------------|-----|-----|-----|------|-----------------------------|------|------|------|------|------------------------------|------|------|------|------|
| | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) | (14) | (15) | (16) | (17) | (18) | (19) | (20) |
| | Jenis Sarana Kebersihan Kantor (jenis)) | | | | | | | - | 2 | | | | - | 2 | | | | - | 100% |
| 5 | Tersedianya biaya pemeliharaan perlengkapan & peralatan kantor (jenis) | | | | 10 | 10 | 2 | | | 10 | 10 | 2 | | | 100% | 100% | 100% | | |
| | Jumlah peralatan kerja yang diperbaiki (unit) | | | | | | | 155 | 170 | | | | 364 | 256 | | | | 235% | 150% |
| 6 | Tersedianya komponen listrik & penerangan kantor | | | | 30 | 30 | 40 | - | - | 30 | 30 | 40 | - | - | 100% | 100% | 100% | - | - |
| 7 | Tersedianya bahan bacaan koran rumah sakit (exp) | | | | 96 | 108 | 108 | - | - | 90 | 104 | 108 | - | - | 94% | 96% | 100% | - | - |
| 8 | Tersedianya anggaran rapat atau koordinasi luar daerah | | | | 40 | 42 | 30 | - | - | 40 | 42 | 66 | - | - | 100% | 100% | 220% | - | - |
| 9 | Jumlah perjalanan dinas dalam daerah (kali") | | | | - | 633 | - | - | - | - | 633 | - | - | - | 100% | - | - | - | - |
| 10 | Tersedianya anggaran untuk tenaga upah jasa | | | | 116 | 143 | 155 | | | 115 | 143 | 150 | | | 99% | 100% | 97% | | |



| No. | Indikator Kinerja | Target NSPK | Target IKK | Target Indikat or Lainnya | Target RENSTRA pada Tahun Ke- | | | | | Realisasi Capaian Tahun Ke- | | | | | Rasio Capaian Pada Tahun Ke- | | | | | |
|-----|---|-------------|------------|---------------------------|-------------------------------|-----|-----|-----|------|-----------------------------|------|------|------|------|------------------------------|------|------|------|------|---|
| | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) | (14) | (15) | (16) | (17) | (18) | (19) | (20) | |
| | Jumlah upah jasa/ tenaga honorer (org) | | | | | | | 285 | 386 | | | | 306 | 394 | | | | 107% | 102% | |
| 11 | Tersedianya anggaran penunjang administrasi kesekretariatan rumah sakit | | | | 8 | 11 | 3 | - | - | 8 | 11 | 3 | - | - | 100% | 100% | 100% | - | - | |
| 12 | Terlaksanannya monitoring & evaluasi | | | | 4 | 4 | 36 | - | - | 4 | 4 | 18 | - | - | 100% | 100% | 50% | - | - | |
| 13 | Tersedianya biaya cetak & penggandaan (jenis) | | | | | | 94 | - | - | | | 197 | - | - | | | 210% | - | - | |
| 14 | Jumlah jenis cetak dan penggandaan yang disediakan(jenis) | | | | | | | - | 2 | | | | - | 2 | | | | - | 100% | - |
| 15 | Tersedianya biaya makan dan minum (ktk) | | | | | | 885 | 933 | | | | 8854 | 9338 | | | | 100% | 100% | - | |
| 16 | Cakupan pelayanan kesehatan rujukan (pasien) | | | | 153 | 641 | 145 | | | 1537 | 2719 | 1890 | | | 100% | 41% | 80% | - | - | |
| | Jumlah pasien jaminan daerah yang dilayani (pasien) | | | | 252 | 100 | 152 | | | 2528 | 4090 | 1216 | | | 100% | 41% | 80% | - | - | |
| | | | | | 84 | 39 | 8 | | | 4 | | | | | | | | | | |



| No. | Indikator Kinerja | Target NSPK | Target IKK | Target Indikator or Lainnya | Target RENSTRA pada Tahun Ke- | | | | | Realisasi Capaian Tahun Ke- | | | | | Rasio Capaian Pada Tahun Ke- | | | | |
|-----|---|-------------|------------|-----------------------------|-------------------------------|-----|-----|-----|------|-----------------------------|------|------|------|------|------------------------------|------|------|------|------|
| | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) | (14) | (15) | (16) | (17) | (18) | (19) | (20) |
| | Jumlah tenaga yang bertugas dirumah sakit | | | | | | | 264 | 567 | | | | 264 | 567 | | | | 100% | 100% |
| | Jumlah rujukan berjenjang | | | | | | | 818 | 2221 | | | | 818 | 2221 | | | | 100% | 100% |
| | Jumlah pasien jaminan kesehatan daerah (pasien) | | | | | | | 18 | 60 | | | | 18 | 60 | | | | 100% | 100% |
| 17 | Jumlah kasus HD yang dilayani (pasien) | | | | | | | 124 | 1978 | | | | 1244 | 1978 | | | | 100% | 100% |
| | Jumlah kantong darah yang dilayani di rumah sakit (ktg darah) | | | | | | | 163 | 2250 | | | | 1638 | 2250 | | | | 100% | 100% |
| 18 | Jumlah standar akreditasi yg dipersiapkan | | | | 15 | 15 | 15 | - | - | 15 | 15 | 15 | - | - | 100% | 100% | 100% | - | - |
| 19 | Jumlah evaluasi standar yg dilakukan | | | | - | 3 | 3 | - | - | - | 3 | 3 | - | - | - | 100% | 100% | - | - |
| 20 | Jumlah pegawai yang mengikuti keg peningkatan kompetensi | | | | - | 6 | 2 | | | - | 6 | 2 | | | - | 100% | 100% | | |
| 21 | Jumlah rekam medik yg dicetak | | | | - | 76 | - | | | - | 76 | - | | | - | 100% | - | | |



| No. | Indikator Kinerja | Target NSPK | Target IKK | Target Indikat or Lainnya | Target RENSTRA pada Tahun Ke- | | | | | Realisasi Capaian Tahun Ke- | | | | | Rasio Capaian Pada Tahun Ke- | | | | |
|-----|--|-------------|------------|---------------------------|-------------------------------|-----|-----|-----|------|-----------------------------|------|------|------|------|------------------------------|------|------|------|------|
| | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) | (14) | (15) | (16) | (17) | (18) | (19) | (20) |
| 22 | Kemitraan lanjutan bagi pasien rujukan | | | | 7 | 7 | 8 | | | 4 | 4 | 6 | | | 57% | 57% | 75% | | |
| | Jumlah MOU kemitraan dengan dirumah sakit (spesialis) | | | | | | | - | 6 | | | | - | 3 | | | | - | 50% |
| 23 | Jumlah pengadaan PDH beserta kelengkapannya (psg) | | | | 311 | - | - | - | - | 311 | - | - | - | - | 100% | - | - | - | - |
| 24 | Tersedianya anggaran pengadaan pakaian alat perlindungan diri (APD) | | | | - | 4 | 2 | - | - | - | 4 | 2 | - | - | - | 100% | 100% | - | - |
| 25 | Jumlah pengadaan kendaraan dinas/operasional/ambulans rumah sakit (unit) | | | | 2 | 8 | - | - | - | 2 | 8 | - | - | - | 100% | 100% | - | - | - |
| 26 | Tersedianya anggaran perlengkapan gedung kantor (jenis) | | | | 10 | 2 | 1 | - | - | 10 | 1 | 1 | - | - | 100% | 50% | 100% | - | - |
| 27 | Tersedianya anggaran Pengadaan Peralatan Rumah Jabatan/dinas (jenis) | | | | 3 | 7 | - | - | - | 3 | 7 | - | - | - | 100% | 100% | - | - | - |



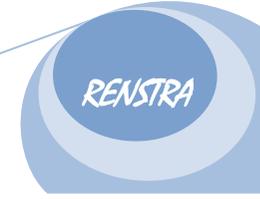
| No. | Indikator Kinerja | Target NSPK | Target IKK | Target Indikator or Lainnya | Target RENSTRA pada Tahun Ke- | | | | | Realisasi Capaian Tahun Ke- | | | | | Rasio Capaian Pada Tahun Ke- | | | | |
|-----|--|-------------|------------|-----------------------------|-------------------------------|-----|-----|-----|------|-----------------------------|------|------|------|------|------------------------------|------|------|------|------|
| | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) | (14) | (15) | (16) | (17) | (18) | (19) | (20) |
| 28 | Tersedianya anggaran pemeliharaan rutin/ berkala rumah dinas (unit) | | | | 8 | 4 | 8 | - | - | 8 | 4 | 8 | - | - | 100% | 100% | 100% | - | - |
| 29 | Tersedianya anggaran pemeliharaan rutin/ berkala gedung kantor (unit) | | | | 9 | 7 | 2 | - | - | 9 | 9 | 2 | - | - | 100% | 129% | 100% | - | - |
| 30 | Tersedianya anggaran pemeliharaan rutin/berkala Kendaraan Dinas/Operasional (unit) | | | | 24 | 20 | 20 | | | 24 | 20 | 10 | | | 100% | 100% | 100% | | |
| | Jumlah kendaraan dinas/ operasional/ambulans yang dipelihara (unit) | | | | | | | 26 | - | | | | 26 | - | | | | 100% | - |
| 31 | Tersedianya anggaran pembangunan rumah sakit (paket) | | | | 8 | 2 | 5 | | | 8 | 2 | 5 | | | 100% | 100% | 100% | | |
| | Jumlah gedung/ bangunan yang dibangun/dikembangkan | | | | | | | 4 | 9 | | | | 4 | 9 | | | | 100% | 100% |



| No. | Indikator Kinerja | Target NSPK | Target IKK | Target Indikator or Lainnya | Target RENSTRA pada Tahun Ke- | | | | | Realisasi Capaian Tahun Ke- | | | | | Rasio Capaian Pada Tahun Ke- | | | | |
|-----|---|-------------|------------|-----------------------------|-------------------------------|-----|-----|-----|------|-----------------------------|------|------|------|------|------------------------------|------|------|------|------|
| | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) | (14) | (15) | (16) | (17) | (18) | (19) | (20) |
| 31 | Jumlah pengadaan alat kesehatan (jenis) | | | | 8 | 17 | 12 | | | 10 | 17 | 11 | | | 125% | 100% | 92% | | |
| | Jumlah pengadaan alat kesehatan | | | | | | | 110 | 45 | | | | 110 | 45 | | | | 100% | 100% |
| 32 | Pengadaan bahan-bahan logistik logistik (jenis) | | | | 5 | 9 | 9 | | | 5 | 9 | 9 | | | 100% | 100% | 100% | | |
| | Jumlah jenis bahan logistik rumah sakit yng diadakan | | | | | | | 3 | 3 | | | | 3 | 3 | | | | 100% | 100% |
| 33 | Jumlah pengadaan kendaraan dinas/operasional/ambulans rumah sakit | | | | | | | 5 | 1 | | | | 5 | 1 | | | | 100% | 100% |
| 34 | Capaian Baku mutu limbah sesuai KLH | | | | 2 | 2 | - | - | - | 2 | 2 | - | - | - | 100% | 100% | - | - | - |
| 35 | jumlah aparatur yang mengikuti pelatihan,bimtek ,dan diklat | | | | 52 | 61 | 45 | | | 52 | 61 | 63 | | | 100% | 100% | 140% | | |



| No. | Indikator Kinerja | Target NSPK | Target IKK | Target Indikator or Lainnya | Target RENSTRA pada Tahun Ke- | | | | | Realisasi Capaian Tahun Ke- | | | | | Rasio Capaian Pada Tahun Ke- | | | | |
|-----|--|-------------|------------|-----------------------------|-------------------------------|-------|--------|--------|--------|-----------------------------|--------|---------|---------|--------|------------------------------|------|------|--------|-------|
| | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) | (14) | (15) | (16) | (17) | (18) | (19) | (20) |
| | Jumlah pegawai rumah sakit yang mengikuti bimtek/seminar/ workshop/PIT | | | | | | | 54 | 29 | | | | 54 | 29 | | | | 100% | 100% |
| 36 | Jumlah Tenaga rumah sakit yang mengikuti pendidikan | | | | | | | 2 | 2 | | | | 2 | 2 | | | | 100% | 100% |
| 37 | Jumlah tenaga kesehatan yang mengikuti peningkatan kompetensi | | | | | | | 5 | 130 | | | | 5 | 95 | | | | 100% | 73% |
| | Jumlah SDM non medis yang meningkat kapasitasnya | | | | | | | 35 | 35 | | | | 23 | - | | | | 65.7 % | - |
| 38 | Jumlah buku profil rs | | | | | | | 100 | 100 | | | | 100 | 74 | | | | 100% | 74% |
| 39 | Cakupan pelayanan kesehatan rujukan BLUD RS (pasien) | | | | 58.710 | 58664 | 68.638 | | | 46189 | 81.034 | 107.937 | | | 79% | 138% | 157% | | |
| | Jumlah PAD BLUD | | | | | | | 70,3 M | 71,7 M | | | | 85,0 M | 77.7 M | | | | 120 % | 108 % |
| | Jumlah kunjungan pasien BLUD | | | | | | | 71000 | 117418 | | | | 106.905 | 69.783 | | | | 151% | 59% |



| No. | Indikator Kinerja | Target NSPK | Target IKK | Target Indikator or Lainnya | Target RENSTRA pada Tahun Ke- | | | | | Realisasi Capaian Tahun Ke- | | | | | Rasio Capaian Pada Tahun Ke- | | | | |
|-----|---|-------------|------------|-----------------------------|-------------------------------|-----|-----|-----|------|-----------------------------|------|------|------|------|------------------------------|------|------|------|------|
| | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) | (14) | (15) | (16) | (17) | (18) | (19) | (20) |
| 40 | Jumlah Dokumen Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 41 | Jumlah Dokumen Perencanaan Yang dihasilkan | | | | 4 | 4 | 4 | 6 | 6 | 4 | 4 | 4 | 6 | 6 | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

Dari table diatas, dapat digambarkan sebagai berikut :

1. Capaian indikator kinerja Utama (IKU) dari 4 indikator ada 2 (dua) indikator yang capai target yaitu Tingkat akreditasi rumah sakit 100%, Persentase indikator SPM yang memenuhi 101,8%. Sedangkan yang tidak capai target 2 (dua) indikator yaitu Bed Occupancy Rate (BOR) 62,5%, Length of stay (LOS) 95,7%. Faktor yang mendukung tercapainya indikator tersebut adalah adanya kerjasama yang baik dari seluruh pegawai dirumah sakit termasuk para dokter dalam penerapan standar akreditasi dan SPM rumah sakit. Sedangkan faktor yang mempengaruhi sehingga tidak tercapainya target BOR dan LOS karena adanya Pandemi Covid-19 yang menyebabkan turunnya kunjungan pasien ke rumah sakit dan adanya penutupan pelayanan akibat petugas yang terpapar covid-19. Diharapkan kedepan rumah sakit sudah membuatkan penataan fasilitas dan membuatkan regulasi pelayanan untuk mengantisipasi masih adanya pandemic covid-19 agar masyarakat tidak khawatir untuk datang ke fasilitas kesehatan (rumah sakit).
2. Capaian program secara keseluruhan rata-rata baik dimana tingkat capaian 100%. Faktor yang mempengaruhi keberhasilan ini adalah adanya koordinasi yang baik antara pimpinan dan bagian yang terkait, selain itu sudah mulainya diterapkan SIM-RS terintegrasi membuat pelayanan pasien dirumah sakit menjadi lebih cepat sehingga pasien merasa puas berobat dirumah sakit. Adanya upaya perbaikan baik bangunan dan fasilitas membuat pasien dan pengunjung rumah sakit lebih nyaman dirumah sakit. Kendala dalam pelaksanaan program adalah keterbatasan anggaran sehingga ada anggaran tertentu yang harus disesuaikan.
3. Untuk capaian kegiatan kendala dilapangan adalah akibat adanya pandemic covid-19 sehingga beberapa kegiatan jadi terbatas

pelaksanaannya, seperti untuk pelaksanaan pelatihan menjadi terkendala karena lembaga pelatihan mengurangi kegiatan dan narasumber juga tidak bersedia hadir. Selain itu juga pelaksanaan kemitraan (MOU) spesialis terkendala akibat adanya kekhawatiran dokter selama pandemic covid-19, sehingga mereka tidak bersedia ber-MOU dengan rumah sakit. Selain itu kendala yang lain pada lambatnya pembuatan dokumen pertanggung jawaban.

Kinerja Cakupan Pelayanan

Kinerja pelayanan berdasarkan indikator cakupan pelayanan selama 4 tahun terakhir dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 2.5

Cakupan Pelayanan RS Berdasarkan Cara Pembayaran

| Pelayanan | Cakupan | | | | Pertumbuhan | Trend |
|----------------------|---------------|---------------|---------------|-----------------|-----------------|--------------|
| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | | |
| Rawat Inap: | | | | | | |
| ➤ Umum | 1.015 (6%) | 976 (5%) | 856 (4%) | 498 (4%) | | |
| ➤ Askes/ JKN/ PTP | 12.625 (78%) | 17.926 (95%) | 19.002 (96%) | 11.979 (96%) | | |
| ➤ JKD | 2.467 (15%) | 7 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | | |
| Jumlah | 16.107 | 18.909 | 19.858 | 12.477 | - 37,17% | Turun |
| Rawat Jalan : | | | | | | |
| ➤ Umum | 6.125 (12%) | 3.355 (5%) | 4.522 (6%) | 8.028 (17%) | | |
| ➤ Askes/ JKN/ PTP | 34.067 (30%) | 71.975 (95%) | 70.656 (94%) | 38.485 (83%) | | |
| ➤ JKD | 9.203(18%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | | |
| Jumlah | 49.395 | 75.330 | 75.178 | 46.513 | - 38,13% | Turun |

| | | | | | | |
|-------------------------|---------------|---------------|---------------|-----------------|-----------------|--------------|
| IGD : | | | | | | |
| ➤ Umum | 821 (7%) | 702 (5%) | 651 (5%) | 505 (5%) | | |
| ➤ Askes/ JKN/ PTP | 8.636 (78%) | 13.003 (95%) | 13.410 (78%) | 10.287 (95%) | | |
| ➤ JKD | 1.623 (15%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | | |
| Jumlah | 11.080 | 13.705 | 14.061 | 10.792 | - 22,25% | Turun |

Berdasarkan data dalam tabel 2.5 di atas, menunjukkan bahwa cakupan pelayanan kesehatan rujukan spesialisik di RSUD I Lagaligo dalam kurun waktu 3 tahun terakhir sebelumnya, jumlahnya terus meningkat (kecenderungan positif), dengan tingkat kenaikan bervariasi dari 5% s/d 17% pada masing-masing jenis penjamin. Namun pada tahun 2020 trend cakupan pelayanan berdasarkan cara pembayaran (penjamin) turun yang cukup besar yaitu rata-rata 32,5% dari tahun 2019.

Dari data cakupan pelayanan rujukan kesehatan spesialisik di rumah RSUD I Lagaligo, diketahui bahwa cakupan pelayanan kesehatan pasien JKN masih kunjungan terbesar yaitu 96% hingga dan pasien umum 4%. Dari data di atas dapat dilihat bahwa pelayanan JKN yang mendominasi, kondisi ini disebabkan adanya kebijakan Pemerintah Daerah Kabupaten Luwu Timur terkait program pemerintah tentang BPJS Kesehatan dimana Kabupaten Luwu Timur melaksanakan program *Universal Health Coverage* (UHC) dimana semua penduduk di Luwu Timur memiliki jaminan kesehatan dengan menjadi program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS).

Kinerja Cakupan Mutu Pelayanan

Kinerja pelayanan berdasarkan indikator cakupan pelayanan selama 4 tahun terakhir dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 2.6
Capaian Kinerja Mutu Pelayanan Rumah Sakit Secara Umum

| Para meter | Standar | Tahun | | | | Rerate | Trend |
|------------|----------|--------|--------|--------|--------|---------|-------|
| | | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | | |
| JLH | TT | 166 | 176 | 205 | 215 | - | - |
| BOR | 60-85% | 83% | 86% | 77% | 50% | 74 % | Turun |
| LOS | 6-9 hr | 2.4 hr | 2.3 hr | 2.1 hr | 2,2 hr | 2.25 hr | Turun |
| TOI | 1-3 hr | 0.7 hr | 0.6 hr | 2.1 hr | 3.8 hr | 1.8 hr | Naik |
| BTO | 50-60 kl | 86 kl | 91 kl | 73 kl | 48 kl | 74.5 kl | Turun |
| NDR | ≤ 25 ‰ | 18‰ | 16‰ | 21‰ | 30‰ | 21.25‰ | Naik |
| GDR | ≤ 45 ‰ | 36 ‰ | 29‰ | 41‰ | 55‰ | 40.25‰ | Naik |

Sumber Data : Laporan Tahunan RSUD I Lagaligo

Dengan memperhatikan data indikator kinerja mutu pelayanan secara umum rumah sakit tersebut di atas, dapat dijelaskan sebagai berikut :

1. Angka penggunaan tempat tidur (BOR)

Tingkat efisiensi pemanfaatan fasilitas tempat tidur rumah sakit oleh masyarakat selama 4 (empat) tahun terakhir ini cukup tinggi meskipun pada tahun 2020 ada penurunan kunjungan akibat adanya pandemic covid-19 yang sedang melanda Indonesia termasuk di Kab. Luwu Timur. Bed Occupacy Rate (BOR) berdasarkan rerata BOR selama 4 (empat) tahun terakhir ini adalah sebesar 74%, dimana posisi angka ideal antara angka 65 s/d 85%. Jika melihat capaian BOR pertahunnya, pemanfaatan tempat tidur rumah sakit masih standar ideal.

c. Rata-rata lamanya pasien dirawat (LOS)

Indikator Length of Stay (LOS) masih dibawah ideal yaitu 2,2 hari (standar ideal 6-9 hari). Rerate lama perawatan pasien rawat inap di RSUD I Lagaligo adalah 2,25 hari namun kondisi ini tidak mengurangi mutu pelayanan/ pengobatan, lama hari rawat yang diterapkan dirumah sakit ini dipengaruhi adanya program BPJS Kesehatan dimana rumah sakit dituntut untuk bisa efisiensi dalam penggunaan bahan dan sarana termasuk lama perawatan.

d. Tenggang perputaran (TOI)

Rata-rata hari dimana tempat tidur tidak ditempati, Turn Off Interval (TOI) rumah sakit tahun 2020 adalah 1,8 hari. Meskipun masih dalam batas standar namun kondisi ini menunjukkan bahwa perawatan tempat tidur sebelum digunakan kembali oleh pasien masih rendah sehingga kemungkinan kerusakan cukup tinggi serta higienis peralatan agak rendah sehingga kemungkinan infeksi cukup tinggi. Hal ini dipengaruhi oleh tingginya jumlah penggunaan tempat tidur oleh pasien rumah sakit, tidak seimbang dengan ketersediaan tempat tidur rumah sakit. Sangat diharapkan ada penambahan jumlah tempat tidur pasien. Idealnya tempat tidur kosong tidak terisi pada kisaran 1-3 hari.

e. Angka perputaran tempat tidur (BTO)

Bed Turn Over (BTO) berada pada posisi yang kurang ideal, dari data diatas dapat dilihat bahwa frekuensi pemakaian tempat tidur pasien di RSUD I Lagaligo dalam setahun rata-rata setahun adalah 74.5 kali, kondisi ini disebabkan tingginya jumlah pasien rumah sakit. Sementara idealnya penggunaan tempat tidur kisaran 50-60 kali setahun. Tingginya perputaran ini berdampak pada kerusakan tempat tidur yang cukup tinggi karena melampaui standar normal penggunaan.

- f. Angka kematian 48 jam setelah dirawat/ 1000 pasien keluar hidup (NDR)

Indikator NDR ini memberikan gambaran mutu pelayanan rumah sakit. Rerata angka Net Death Rate (NDR) selama 4 tahun terakhir sebesar 21,25‰ angka ini menunjukkan bahwa mutu pelayanan RSUD I Lagaligo katagori masih dalam standar dimana menurut Depkes RI (2005) standara <25 per mill).

- g. Angka Kematian umum untuk setiap 1000 penderita yang keluar (GDR)

Sama halnya dengan indicator Gross Death Rate (GDR) Angka Kematian umum setiap untuk 1000 penderita, dari data diatas dapat dilihat bahwa RSUD I Lagaligo menunjukan angka baik karena masih berada dibawah standar yaitu rata-rata 40,25‰, (Nilai standar ≤ 45 ‰). Capaian angka ini diperoleh karena jumlah dokter spesialis dan peralatan pendukung yang cukup memadai yang dimiliki rumah sakit.

Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa minat masyarakat untuk memanfaatkan RSUD I Lagaligo cukup tinggi sehingga perlu dilakukan pengembangan pelayanan dangan penambahan tempat tidur pasien. Berikut capaian BOR RSUD I Lagaligo berdasarkan kelas perawatan.

Tabel 2.7

Capaian BOR Berdasarkan Klas Pelayanan

| Kelas | 2017 | | 2018 | | 2019 | | 2020 | |
|-----------|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|
| | TT | BOR | TT | BOR | TT | BOR | TT | BOR |
| Vip | 24 | 97% | 24 | 86% | 24 | 85% | 24 | 71% |
| Klas I-II | 29 | 71% | 30 | 86% | 34 | 83% | 34 | 57% |
| Klas III | 101 | 86% | 102 | 83% | 119 | 73% | 119 | 45% |

| | | | | | | | | |
|--------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Khusus | 12 | 90% | 20 | 86% | 28 | 75% | 38 | 59% |
| TT/ BOR | 166 | 83% | 176 | 86% | 205 | 77% | 215 | 50% |

Rerata pemanfaatan tempat tidur berdasarkan kelas pelayanan dapat dijelaskan sebagai berikut, perawatan kelas VIP 71%, sedangkan perawatan kelas I-II ada 57%, dan perawatan kelas III BOR 45%, sedangkan BOR pada pelayanan kelas khusus 59% . Dari data tersebut menunjukkan angka capaian angka pelayanan rumah sakit BOR tahun 2020 berada dibawah standar ideal yaitu 50% (standar 60-85%), dimana hampir seluruh kelas perawatan capaian BOR dbawah standar ideal, kecuali capaian BOR perawatan VIP berada pada angka standar 71%. Namun dari gambaran tahun-tahun sebelumnya dapat dilihat bahwa minat masyarakat untuk memanfaatkan jasa layanan RSUD I Lagaligo cukup tinggi, khusus pada tahun 2020 karena ada **Pandemi COVID-19** sehingga terjadi penurunan kunjungan karena adanya ketakutan masyarakat untuk datang ke fasilitas kesehatan, dan untuk mengantisipasi dampak dari kondisi tersebut sangat diperlukan adanya penataan ulang SOP, prasarana dan fasilitas lainnya serta dilakukannya promosi-promosi kesehatan yang baik kepada masyarakat

Tabel 2.8

Indikator Area Klinis 2020

| No | Indikator Area Klinis | Target | Realisasi |
|----|---|---------|-----------|
| 1 | Asesmen awal < 24 Jam | 100 % | 100 % |
| 2 | Angka kejadian pulang paksa | ≤ 5 % | 0,01 % |
| 3 | Kematian pasien ≥ 48 Jam | 0.24 % | 0,01 % |
| 4 | Kematian pasien ≤ 48 Jam | 0.24 % | 0,01 % |
| 5 | Persentase Kejadian Pasien Jatuh | 3 % | 0 % |
| 6 | Kejadian kematian ibu melahirkan karena preeklamsia/eklamsia | ≤ 30 % | 0 % |
| 7 | Kejadian kematian ibu melahirkan karena pendarahan | ≤ 1 % | 0,70 % |
| 8 | Kejadian kematian ibu melahirkan karena sepsis | ≤ 0.2 % | 0% |
| 9 | Pemberian pelayanan persalinan normal | 100 % | 100 % |
| 10 | Angka kepatuhan melakukan time out dalam prosedur pembedahan | 100 % | 100 % |
| 11 | Persentase pasien yang Kembali ke ICU dengan kasus yang sama < 72 Jam | ≤ 3 % | 0.07% |
| 12 | Adekuasi hemodialisis | 100 % | 100 % |
| 13 | Kejadian reaksi transfusi | < 0.01% | 0.007% |
| 14 | Kemampuan menangani bayi baru lahir dengan afiksia | 100 % | 95.91% |

Tabel 2.9

Tabel Indikator Area Manajemen 2020

| No | Indikator Mutu Manajemen | Target | Realisasi |
|----|--|------------|------------|
| 1 | Waktu penyediaan dokumen rekam medik rawat jalan | < 10 menit | 4.48 Menit |
| 2 | Angka pengembalian rekam medik 2 X 24 Jam | >80% | 87.5% |
| 3 | Kelengkapan Informed Consent Tindakan medik | 100% | 89.16% |
| 4 | Kelengkapan tempat tidur dengan pengaman | 100% | 96.23% |

| | | | |
|----|--|-------------|-------------|
| 5 | Kelengkapan kamar mandi dengan pengaman | 100% | 99.79% |
| 6 | Waktu tunggu pelayanan dokter di Poliklinik | ≤ 60 Menit | 9.81 Menit |
| 7 | Angka staf yang mendapatkan pelatihan 20 jam / orang | > 40% | 53.0% |
| 8 | Waktu tunggu pelayanan laboratorium | ≤ 120 Menit | 32.40 Menit |
| 9 | Angka ketersediaan APD | 100% | 100% |
| 10 | Angka kegagalan pelayanan rontgen | 2% | 0.40% |
| 11 | Waktu tunggu pelayanan obat jadi | ≤ 30 Menit | 11.14 Menit |
| 12 | Waktu tunggu pelayanan obat racikan | ≤ 60 Menit | 33.19% |
| 13 | Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat | > 80% | 81.57% |
| 14 | Tidak adanya kejadian linen hilang | 100% | 100% |

Tabel 2.10
Indikator Sasaran Keselamatan Pasien 2020

| No | Indikator Mutu Keselamatan Pasien | Target | Realisasi |
|----|---|--------|-----------|
| 1 | Komunikasi efektif | 80% | 97.12% |
| 2 | Angka KNC/KTD akibat kesalahan pemberian obat | 0% | 0% |
| 3 | Angka kejadian sentinel akibat kesalahan pemberian obat | 0% | 0% |
| 4 | Angka kesalahan lokasi (Salah sisi) | 0% | 0% |
| 5 | Angka kesalahan identitas pasien operasi | 0% | 0% |
| 6 | Angka kesalahan Tindakan pasien operasi | 0% | 0% |
| 7 | Angka infeksi saluran kencing (ISK) | <4.7% | 0% |
| 8 | Angka infeksi daerah operasi (DO) | <2% | 0% |

Sementara itu untuk mengukur kinerja pelayanan rumah sakit juga telah ditetapkan Standar Pelayanan Minimal RSUD I Lagaligo. Kinerja pencapaian SPM RSUD I Lagaligo sebagaimana disajikan pada tabel berikut ini:

Tabel 2.11

Capaian Kinerja Standar Pelayanan Minimal (SPM) RS

| No | Indikator | Standar | Capaian | | | |
|-----------|---|-----------------------|-------------|------------|------------|-------------|
| | | | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| I | Pelayanan Gawat Darurat | | | | | |
| 1. | Kemampuan menangan life saving anak dan dewasa | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 2. | Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS | 100% | 100% | 92,14% | 90.63% | 83,80% |
| 3. | Ketersediaan tim penanggulangan bencana | 1 tim | 1 tim | 1 tim | 1 Tim | 1 Tim |
| 4. | Jam buka pelayanan gawat darurat | 24 Jam | 24 Jam | 24 Jam | 24 Jam | 24 Jam |
| 5. | Waktu tanggap pelayanan dokter digawat darurat | ≤ 5 menit | 15.55 Detik | 18,3 Detik | 15.6 Detik | 17,07 Detik |
| 6. | Tidak adanya keharusan membayar Uang muka | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 7. | Kematian pasien di IGD (≤ 8 jam) | ≤ 2/1000 | 0.9/1000 | 0,26/1000 | 0,40/1000 | 0,65 / 1000 |
| 8. | Kepuasan pelanggan pada gawat darurat | ≥ 70% | 86.97% | 81,03% | 83,55% | 85% |
| II | Pelayanan Rawat Jalan | | | | | |
| 1. | Ketersediaan pelayanan rawat jalan | Minimal sesuai dengan | Tersedia | Tersedia | Sesuai | Sesuai |

| No | Indikator | Standar | Capaian | | | |
|------------|--|---|-------------|-------------|-------------|------------|
| | | | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| | | jenis dan klasifikasi RS | | | | |
| 2. | Dokter Pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis | 100 % Dokter spesialis | 86.12% | 86,28% | 90,70% | 92,32% |
| 3. | Jam buka pelayanan dengan ketentuan | (08.00-13.00) setiap hari kerja kecuali jumat (08.00-11.00) | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 4. | Waktu tunggu dirawat jalan | ≤ 60 Menit | 29.27 Menit | 31.16 Menit | 25,59 Menit | 9,81 Menit |
| 5. | Penegakan diagnosa TB dengan menggunakan melalui pemeriksaan mikroskopik | 100 % | 80% | 100% | 100% | 100% |
| 6. | Pasien rawat jalan TB yang ditangani dengan Strategi DOTS | 100 % | 80% | 100% | 100% | 100% |
| 7. | Ketersediaan pelayanan VCT (HIV) | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia |
| 8. | Peresepan obat sesuai Formalarium | 100 % | 98.33% | 99,16 % | 100% | 100% |
| 9. | Pencatatan dan Pelaporan TB di RS | ≥ 60 % | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 10. | Kepuasan Pasien | ≥ 90 % | 85% | 80,36% | 84,80% | 85% |
| III | Pelayanan Rawat Inap | | | | | |

| No | Indikator | Standar | Capaian | | | |
|-----|--|---|----------|----------|--------|--------|
| | | | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| 1. | Ketersediaan pelayanan rawat inap | Sesuai jenis dan kelas RS | Tersedia | Tersedia | Sesuai | Sesuai |
| 2. | Pemberi pelayanan rawat inap | Sesuai pola ketenagaa n, jenis dan kelas RS | Tersedia | Tersedia | Sesuai | Sesuai |
| 3. | Tempat tidur dengan pengaman | 100 % | 100% | 91,82% | 100% | 96,23% |
| 4. | Kamar mandi dengan Pengaman pegangan tangan | 100 % | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 5. | Dokter penanggung jawab pasien rawat inap | 100 % | 100% | 100 % | 100 % | 100% |
| 6. | Jam Visite Dokter Spesialis | 100% | 89.16% | 83,52% | 90,13% | 87,81% |
| 7. | Kejadian infeksi pasca operasi | ≤ 1,5 % | 0.41% | 0,23% | 0,004% | 0,004% |
| 8. | Kejadian infeksi Nosokomial | ≤ 9 % | 3.17% | 2,22% | 0,01% | 0,05% |
| 9. | Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 10. | Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan Strategi DOTS | 100% | 46.58% | 0,25% | 100% | 100% |
| 11. | Pelaporan dan pencatatan TB di RS | ≥ 60 % | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 12. | Kejadian pulang sebelum | ≤ 5% | 1.57% | 0,26% | 0,01% | 0,01% |

| No | Indikator | Standar | Capaian | | | |
|-----------|---|------------------------|------------|--------|------------|--------|
| | | | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| | dinyatakan sembuh | | | | | |
| 13. | Kematian pasien \geq 48 jam | \leq 0,24 % | 0.008% | 0,004% | 0,01% | 0,01% |
| 14. | Kepuasan Pasien | \geq 90% | 90% | 86,18% | 90,04% | 90% |
| IV | Bedah Sentral | | | | | |
| 1. | Ketersediaan tim bedah | Sesuai dengan kelas RS | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 2. | Ketersediaan fasilitas dan peralatan operasi | Sesuai dengan kelas RS | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 3. | Kemampuan melakukan tindakan operasi | Sesuai dengan kelas RS | 87.4% | 87,4% | 87,4% | 87,4% |
| 4. | Waktu tunggu operasi elektif | \leq 2 hari | 1.025 hari | 1 hari | 1,025 hari | 1 hari |
| 5. | Tidak adanya kejadian operasi salah sisi | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 6. | Tidak adanya kejadian operasi salah orang | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 7. | Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 8. | Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi | 100 % | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 9. | Komplikasi anastesi karena | \leq 6% | 0% | 0% | 0% | 0% |

| No | Indikator | Standar | Capaian | | | |
|----------|--|--|----------|----------|----------|----------|
| | | | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| | overdosis, reaksi anastesi dan salah penempatan Endotracheal Tube | | | | | |
| 10. | Kejadian kematian di meja operasi | ≤ 1 % | 0% | 0% | 0% | 0% |
| 11. | Kepuasan pelanggan | ≥ 80% | 90% | 81,68% | 80,59% | 85% |
| V | Persalinan & Perinatologi | | | | | |
| 1. | Pemberi pelayanan persalinan normal | Standar Sp.OG/ Dokter umum/ Bidan | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 2. | Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit | Tim PONEK terlatih | Tersedia | Tersedia | Tersedia | 2 Tim |
| 3. | Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan Operasi | Dokter SpOG, Dokter SPA, Dokter Sp.An | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia |
| 4. | Kemampuan menangani BBLR 1500gr–2500gr | 100% | 94.57% | 94,57% | 95,53% | 100% |
| 5. | Kemampuan menangani bayi lahir dengan asfiksia | 100 % | 89.25% | 92,37% | 96,16% | 95,91% |
| 6. | Pertolongan persalinan melalui <i>sectio caesaria</i> | ≤ 20 % | 14.75% | 24,32% | 24,75% | 25,12% |
| 7. | Pelayanan | 100 % | 100% | 100% | 100% | 100% |

| No | Indikator | Standar | Capaian | | | |
|-----------|--|----------------------------------|---------|--------|--------|-------|
| | | | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| | Kontrasepsi Mantap Dilakukan oleh SpOG atau SpB, atau SpU, atau dokter umum terlatih | | | | | |
| 8. | Pelayanan Konseling pada akseptor Kontrasepsi Mantap | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 9. | Kejadian Kematian ibu karena Persalinan | | | | | |
| | Perdarahan | ≤ 1% | 0% | 0% | 0,001% | 0,70% |
| | Pre-Eklampsia | ≤ 30% | 0% | 0% | 0,000% | 0% |
| | Sepsis | ≤ 0,2% | 0% | 0% | 0% | 0% |
| 10. | Kepuasan pelanggan | > 80% | 90.1% | 81,66% | 84,25% | 85% |
| VI | Pelayanan Intensif | | | | | |
| 1. | Pemberi pelayanan intensif | | | | | |
| | a. Dokter Sp. Anastesi&Dokter Sp. Yg sesuai dgn kasus | Sesuai dengan Ketentuan Kelas RS | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | b. Perawat D3 dengan sertifikat mahir ICU | Sesuai dengan Ketentuan Kelas RS | 100% | 100% | 100% | 100% |

| No | Indikator | Standar | Capaian | | | |
|------------|--|----------------------------------|---------|--------|--------|-------|
| | | | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| 2. | Ketersediaan peralatan dan perlengkapan di ruang ICU | Sesuai dengan Ketentuan Kelas RS | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 3. | Ketersediaan tempat tidur dengan monitor dan ventilator | Sesuai dengan Ketentuan Kelas RS | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 4. | Kepatuhan terhadap hand hygiene | 100 % | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 5. | Kejadian infeksi nasokomial di Ruang ICU | ≤ 21 % | 18.61% | 2,23% | 0,05% | 0,04% |
| 6. | Rta-rata pasien yang kembali dengan kasus yang sama < 72 Jam | ≤ 3 % | 1.45% | 0,62% | 0,1% | 0,07% |
| 7. | Kepuasan pelanggan | ≥ 70 % | 84.02% | 86,30% | 81,82% | 80% |
| VII | Pelayanan Radiologi | | | | | |
| 1. | Pemberi Pelayanan Radiologi | Dr.Sp.Rad, Radiografer | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 2. | Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiografi | Sesuai dengan kelas RS | 100% | 100% | 100% | 100% |

| No | Indikator | Standar | Capaian | | | |
|-------------|---|------------------|------------|-------------|-------------|-------------|
| | | | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| 3. | Waktu Tunggu hasil Ipeayanan thorax foto | ≤ 3 jam | 28.8 Menit | 31,14 Menit | 35 Menit | 36,55 Menit |
| 4. | Kerusakan foto | ≤ 2 % | 0% | 0,1% | 0,2% | 0,1% |
| 5. | Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian label | 100 % | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 6. | Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan Rontgen | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 7. | Kepuasan pelanggan | ≥ 80% | 81.74% | 80,08% | 80,76% | 85% |
| VIII | Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik | | | | | |
| 1. | Pemberi Pelayanan Patologi Klinik | Dr.Sp.PK, Analis | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 2. | Ketersediaan Fasilitas dan peralatan Laboratorium Patologi Klinik | 100 % | 100% | 71,8% | 100% | 100% |
| 3. | Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium | ≤ 120 Menit | 57.8 Menit | 64,39 Menit | 60,40 Menit | 32,40 Menit |
| 4. | Tidak adanya kejadian tertukar spesimen pemeriksaan Laboratorium | 100% | 100% | 100% | 100% | 99,99% |
| 5. | Kemampuan memeriksa HIV/AIDS | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia |
| 6. | Kemampuan memeriksa microscopi TB paru | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia |

| No | Indikator | Standar | Capaian | | | |
|-----------|--|----------------------------------|---------|--------|--------|--------|
| | | | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| 7. | Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan Laboratorium | 100% | 46.39% | 0% | 0,6% | 100% |
| 8. | Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium | 100 % | 100% | 100% | 100% | 99,98% |
| 9. | Keesuaian hasil pemeriksaan baku mutu eksternal | 100 % | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 10. | Kepuasan pelanggan | ≥ 80 % | 83.44% | 94,39% | 83,42% | 85% |
| IX | Rehabilitasi Medik | | | | | |
| 1. | Pemberi Pelayanan Rehabilitasi medik | Sesuai dengan ketentuan kelas RS | 100% | Sesuai | Sesuai | Sesuai |
| 2. | Ketersediaan Fasilitas dan peralatan rehabilitasi medk | Sesuai dengan ketentuan kelas RS | 55% | Sesuai | Sesuai | Sesuai |
| 3. | Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi Medik | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 4. | Kejadian Drop Out Pasien terhadap Pelayanan Rehabilitasi yang direncanakan | ≤ 50% | 0% | 0% | 0% | 0% |
| 5. | Kepuasan pelanggan | ≥80% | 85.77% | 80,05% | 86,95% | 85% |
| X | Pelayanan Farmasi | | | | | |

| No | Indikator | Standar | Capaian | | | |
|-----------------------|--|--|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| 1. | Pemberi pelayanan Farmasi | | | | | |
| | a. Apoteker | Sesuai dengan ketentuan kelas RS 100 % | 100% | 100% | 100% | 100% |
| b. Teknik kefarmasian | 100% | | 100% | 100% | 100% | |
| 2. | Ketersediaan Fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi | Sesuai dengan ketentuan kelas RS | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 3. | Ketersediaan formularium | Tersedia dan update paling lama 3 Thn. | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia |
| 4. | Waktu tunggu pelayanan obat jadi | ≤ 30 menit | 22.64 Menit | 22.27 Menit | 16,40 Menit | 11,14 Menit |
| 5. | Waktu tunggu pelayanan obat racikan | ≤ 60 menit | - | 35.03 Menit | 45,54 Menit | 33,19 Menit |
| 6. | Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat | 100% | 100% | 100% | 99,99% | 99,99% |
| 7. | Kepuasan pelanggan | ≥80% | 80.29% | 74,59% | 75,31% | 87,75% |
| XI | Gizi | | | | | |
| 1. | Pemberi Pelayanan gizi | Sesuai dengan ketentuan kelas RS | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 2. | Ketersediaan pelayanan konsultasi gizi | Sesuai dengan ketentuan kelas RS | 64% | Tersedia | Tersedia | Tersedia |

| No | Indikator | Standar | Capaian | | | |
|-------------|---|---|---------|--------|--------|--------|
| | | | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| 3. | Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien | ≥ 90% | 100% | 100% | 92,75% | 96,33% |
| 4. | Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet | 100 % | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 5. | Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien | ≤20 % | 17.67% | 12% | 10% | 7,1 % |
| 6. | Kepuasan pelanggan | ≥ 80% | 80% | 70,20% | 73,89% | 80% |
| XII | Transfusi Darah | | | | | |
| 1. | Tenaga Penyedia Pelayanan Bank Darah | Sesuai dengan ketentuan Pedoman Bank Darah RS | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 2. | Ketersediaan fasilitas dan peralatan Bank Darah | Sesuai dengan ketentuan Pedoman Bank Darah RS | 92.15% | 80% | 80% | 80% |
| 3. | Kejadian reaksi transfusi | ≤ 0,01 % | 0% | 0% | 0,009% | 0,007% |
| 4. | Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi | 100 % | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 5. | Kepuasan pelanggan | ≥ 80% | 85.86% | 87,18% | 79,56% | 85% |
| XIII | Pelayanan Keluarga Miskin (Gakin) | | | | | |
| 1. | Pelayanan | 100 % | 100% | 100% | 100% | 100% |

| No | Indikator | Standar | Capaian | | | |
|------------|---|---------------------------|-------------|--------------|-------------|-------------|
| | | | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| | terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan | terlayani | | | | |
| XIV | Rekam Medik | | | | | |
| 1. | Pemberi Pelayanan rekam medik | Sesuai persyaratan | 17.64% | Sesuai | Sesuai | Sesuai |
| 2. | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan | ≤ 10 Menit | 7.22 Menit | 7,30 Menit | 3,69 Menit | 4,48 Menit |
| 3. | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap | ≤ 15 Menit | 12.14 Menit | 12,12 Menit | 10,64 Menit | 11,28 Menit |
| 4. | Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan | 100% | 100% | 87,5% | 88,83 % | 87,5% |
| 5. | Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas | 100 % | 100% | 89,16 % | 85,83 % | 89,16% |
| 6. | Kepuasan pelanggan | ≥ 80 % | 85.97% | 80,70% | 81,42% | 81,42% |
| XV | Pengolahan Limbah | | | | | |
| 1. | Adanya Penanggung jawab | Adanya SK Direktur sesuai | Tersedia | Ada | Ada | Ada |

| No | Indikator | Standar | Capaian | | | |
|------------|---|---|--|---|--|---|
| | | | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| | pengelolaan limbah Rumah Sakt | kelas RS (Permenkes No 1204 thn 2004) | | | | |
| 2. | Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pengelolaan pengelolaan limbah rumah sakit | Sesuai peraturan perundang an | Tersedia | Sesuai | Sesuai | Sesuai |
| 3. | Pengelolaan limbah cair | 100% | Tersedia | 100% | 100% | 100% |
| 4. | Pengelolaan limbah padat | 100% | Tersedia | 100% | 100% | 100% |
| 5. | Baku mutu limba cair | 1a. BOD<30 mg/l 1b. COD<80 mg/l 1c. TSS<30 mg/l 1d. PH 6-9 | BOD= 3.38 Mg/l COD=6.95 Mg/l PH=6 mg/l | BOD=14,40Mg/l COD=29,16/Mg/l TSS=4 mg/dl PH=7,25 | BOD 29,40 mg/l COD 93,00 mg/l TSS 10 mg/l PH 7,25 | COD 30,7 mg/l TSS 13 mg/l PH 7,21 mg/ |
| XVI | Administrasi dan Manajemen | | | | | |
| 1. | Kelengkapan pengisian jabatan | ≥ 90 % | Ada | 100% | 100% | 100% |
| 2. | Adanya peraturan internal rumah sakit | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada |
| 3. | Adanya peraturan karyawan rumah sakit | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada |
| 4. | Adanya daftar urutan kepengkatan rumah sakit | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada |

| No | Indikator | Standar | Capaian | | | |
|-----|---|---------|-----------|------------|-------------|------------|
| | | | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| 5. | Adanya perencana strategi bisnis rumah sakit | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada |
| 6. | Adanya perencanaan pengembangan SDM | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada |
| 7. | Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi | 100% | 100% | 93,23% | 85,76% | 100% |
| 8. | Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat | 100 % | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 9. | Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 10. | Pelaksanaan rencana pengembangan SDM | ≥ 90 % | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 11. | Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 12. | Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap | ≤ 2 jam | 6.5 Menit | 6.22 Menit | 10,54 Menit | 6,34 Menit |
| 13. | Cost Recovery | ≥ 60 % | | | | |
| 14. | Kelengkapan pelaporan akuntabilitas Kierja | 100 % | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 15. | Karyawan mendapat pelatihan 20 jam | ≥ 60 % | 60% | 91% | 44,3% | 53,0% |

| No | Indikator | Standar | Capaian | | | |
|-------------|--|--------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| | pertahun | | | | | |
| 16. | Ketepatan waktu pemberian intensif sesuai kesepakatan waktu | 100 % | 100% | 100% | 100% | 100% |
| XVII | Ambulans | | | | | |
| 1. | Tersedianya pelayanan ambulance dan mobil jenazah | 24 jam | 24 jam | 24 jam | 24 jam | 24 jam |
| 2. | Penyedia pelayanan ambulance dan mobil jenazah | Supir ambulance terlatih | tersedia | tersedia | tersedia | tersedia |
| 3. | Ketersedian mobil ambulance dan mobil jenazah | Mobil ambulance dan jenazah terpisah | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia |
| 4. | Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/mobil jenazah di rumah sakit | ≤ 30 Menit | 13.06 Menit | 27,49 Menit | 25,16 Menit | 38,16 Menit |
| 5. | Waktu tanggap pelayanan ambulance kepada masyarakat yang membutuhkan | ≤ 30 Menit | 21.07 Menit | 20.09 Menit | 24,66 Menit | 29,91 Menit |
| 6. | Tidak terjadinya kecelakaan ambulance/mobil jenazah yang menyebabkan kecacatan atau kematian | 100 % | 100% | 100% | 100% | 100% |

| No | Indikator | Standar | Capaian | | | |
|-------------------|--|-----------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | | | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| 7. | Kepuasan pelanggan | ≥ 80 % | 90.57% | 82,19% | 80,47% | 85% |
| XVII I | Pemulasaran Jenazah | | | | | |
| 1. | Keterrediaan pelayanan pemulasaran jenazah | 24 jam | 24 jam | 24 jam | 24 jam | 24 Jam |
| 2. | Ketersediaan fasilitas kamar jenazah | Sesuai kelas RS | 50% | 50% | 50% | 50% |
| 3. | Ketersediaan tenaga di instalasi perawatan jenazah | Ada SK Direktur | Ada | Ada | Ada | Ada |
| 4. | Waktu tanggap (respon time) pelayanan pemulasaran jenazah | ≤ 15 Menit | 1.2 Menit | 73,5 Menit | 102 Menit | 92,5 Menit |
| 5. | Perawata jenazah sesuai dengan standar <i>universal precaution</i> | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 6. | Tidak terjadinya kesalahan identifikasi jenazah | 100 % | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 7. | Kepuasan pelanggan | ≥ 80 % | 90.89% | 82,91% | 80,58 % | 85% |
| XIX | Pelayanan Pemeliharaan Sarana RS | | | | | |
| 1. | Adanya penanggung jawab IPSRS | Ada SK Direktur | Ada | Ada | Ada | Ada |
| 2. | Ketersediaan bengkel kerja | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia |
| 3. | Waktu tanggap | ≥ 80 % | 88.46% | 82,75% | 90,33% | 81,57% |

| No | Indikator | Standar | Capaian | | | |
|-----------|---|---------------------------------|----------|----------|----------|----------|
| | | | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| | kerusakan alat ≤ 15 menit | | | | | |
| 4. | Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai jadwal pemeliharaan | 100 % | 90.25% | 9,64% | 18,08% | 72% |
| 5. | Ketepatan waktu kalibrasi alat | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 6. | Alat ukur dan alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu | 100 % | 100% | 100% | 100% | 100% |
| XX | Pelayanan Laundry | | | | | |
| 1. | Ketersediaan pelayanan laundry | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia |
| 2. | Adanya penanggung jawab pelayanan laundry | Ada SK Direktur | Ada | Ada | Ada | Ada |
| 3. | Ketersediaan fasilitas dan peralatan laundry | Tersedia | 90% | Tersedia | Tersedia | Tersedia |
| 4. | Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap dan ruang pelayanan | 100 % | 100% | 100% | 100% | 100 % |
| 5. | Ketepatan pengelolaan linen infeksius | 100 % | 100% | 100% | 100% | 100 % |
| 6. | Ketersediaan linen | 2,5-3 Set x jumlah tempat tidur | 100% | 100% | 100% | 100 % |
| 7. | Ketersediaan linen steril untuk kamar operasi | 100 % | 100% | 100% | 100% | 100 % |

| No | Indikator | Standar | Capaian | | | |
|------------|---|----------------|----------|----------|----------|----------|
| | | | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| XXI | Pencegahan & Pengendalian Infeksi | | | | | |
| 1. | Adanya anggota Tim PPI yang terlatih | 75% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 2. | Ketersediaan APD disetiap instalasi/departemen | ≥ 60% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 3. | Rencana Program PPI | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada |
| 4. | Pelaksanaan Program PPI sesuai rencana | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 5. | Penggunaan APD saat melaksanakan tugas | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 6. | Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nasokomial/HAI(Health Care Associated Infection) di Rs | ≥ 75% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| XXI | Pelayanan Keamanan | | | | | |
| 1. | Petugas keamanan bersertifikat pengamanan | 100% | 16,66% | 16,66% | 91,66% | 91,66% |
| 2. | Sistem pengamanan | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada |
| 3. | Petugas keamanan melakukan keliling rumah sakit | 75% | 100% | 75% | 75% | 75% |
| 4. | Evaluasi terhadap system pengamanan | Setiap 3 bulan | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia |

| No | Indikator | Standar | Capaian | | | |
|----|--|---------|---------|--------|--------|--------|
| | | | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| 5. | Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang | 100 % | 94.46% | 99,9% | 99,97% | 99,92% |
| 6. | Kepuasan Pelanggan | ≥ 90 % | 90% | 90,28% | 90,53% | 90% |

SPM RSUD I ada 21 (duapuluh satu) jenis, namun ada 1 (satu) SPM yang tidak dilaksanakan yaitu SPM Pelayanan Keluarga Miskin (Gakin). SPM Gakin ini tidak dilaksanakan karena sejak tahun 2018 kab.Luwu Timur telah melaksanakan UHC, dimana semua masyarakat Kab. Luwu Timur yang tidak ada penjamin dan tidak mampu dijamin asuransi kesehatannya oleh pemerintah daerah Luwu Timur dan RSUD I Lagaligo berdasarkan data kunjungan dengan penjamin terbesar adalah JKN (95%). Capaian SPM secara keseluruhan untuk tahun 2020 adalah 90% dari target 92% dengan tingkat capaian 97%. Berikut gambaran capaian masing-masing SPM rumah sakit tahun 2020 :

1. Pelayanan Gawat Darurat

Capaian indikatornya secara umum telah capai target, indikator pemberi pelayanan yang bersertifikat BLS/PPGD/GEL/ALS masih belum mencapai target, realisasi yaitu 83,80% dari standar 100%, hal ini disebabkan sertifikat terbatas masa berlakunya dan pelaksanaan kegiatan pelatihan tertentu waktunya.

2. Pelayanan Rawat Jalan

Dari beberapa indikator SPM Rawat Inap masih ada beberapa yang belum capai target, yaitu indikator Dokter pemberi pelayanan poliklinik spesialis capaian 92,32% dari target 100%, namun kondisi ini mengalami perbaikan dari tahun lalu (2019) dimana realisasi sebelumnya 90,70%. Hal ini disebabkan dokter spesialis dirumah sakit secara jumlah ketersediaan dokter

masih terbatas. Selain itu yang tidak capai adalah angka kepuasan pasien dari target $\geq 90\%$, realisasi 85%. Hal ini disebabkan karena adanya pandemic covid-19 terjadi perubahan kebijakan manajemen baik secara layanan maupun fasilitas pelayanan.

3. Pelayanan Rawat Inap

Dari beberapa target indicator SPM Rawat Inap sebagian besar telah capai target, indicator yang masih belum capai adalah jam visite dokter spesialis 87,81% dari target 100%. Hal ini disebabkan jumlah dokter spesialis pada jenis pelayanan masih terbatas sementara pelayanan rumah sakit berjalan 24 jam. Selain itu hal yang menyebabkan tidak capainya jam visitase dokter spesialis karena beberapa dokter spesialis ada yang terkonfirmasi covid-19 sehingga tidak bisa memberikan pelayanan.

4. Bedah Sentral

Indikator SPM Bedah Sentral secara rata-rata capaiannya telah memenuhi standar minimal, khusus pada indicator capaian kemampuan melakukan tindakan operasi masih belum capai standar 87,4% (standar 100%), hal ini disebabkan ketersediaan spesialis THT rumah sakit tidak ada karena pindah tugas selain itu masih ada beberapa jenis operasi yang belum bisa dilakukan dirumah sakit karena belum ada spesialisnya dan keterbatasan alat yang tersedia.

5. Persalinan dan Perinatologi

SPM pada indicator pertolongan persalinan melalui section caesaria (sc) dirumah sakit tahun 2020 masih cukup tinggi yaitu 25,12% dari standar ideal $\leq 20\%$. Hal ini dipengaruhi oleh banyaknya rujukan kasus persalinan dari Puskesmas dengan kasus kegawatan ibu dan janin. kasus dengan riwayat ibu bersalin terdahulu dg SC .

Pelayanan ruangan Neonatal Instensif Care Unit (NICU) dan Perinatologi pada indicator Kemampuan menangani bayi lahir dg Aspfiksia capaian tahun

2020 masih dibawah 100% (95,91%). Kondisi ini disebabkan dari seluruh tenaga pemberi pelayanan diruang NICU dan Perinatologi baru 2 pegawai yang bersertifikat perawatan BBLR (8,3%), untuk memenuhi ketersediaan tenaga yang berkompetensi, ruangan mengusulkan ke bagian pengembangan SDM tenaga yang belumbersertifikat selain itu juga dilakukan evaluasi fasilitas alat kesehatan yang tersedia dirumah sakit.

6. Pelayanan Intensif

Secara keseluruhan capaian indikator pada ruangan ICU telah mencapai target kondisi ini disebabkan tersedianya perawat ICU yang telah dilatih dan dokter penanggung jawaan pelayanan (DPJP) yang selalu ada memberikan pelayanan. Selain itu di unit ICU telah memiliki peralatan yang cukup memadai seperti ventilator dan monitor sehingga pasien yang butuh peralatan khusus bisa dilaksanakan.

7. Pelayanan Radiologi

Dari table diatas dapat disimpulkan bahwa capaian SPM pada unit pelayanan radiologi telah memenuhi standar, namun masih ada beberapa hal yang perlu diperbaiki dan ditingkatkan baik ketersediaan fasilitas dan SDM yang ada dirumah sakit.

8. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik

Berdasarkan table capaian SPM laboratorium diatas dapat dilihat bahwa sebagian besar capaian indikator SPM laboratorium telah memenuhi target, masih ada indikator yang belum capai target namun sangat kecil jumlah kasusnya yaitu indikator tidak adanya kejadian tertukar spisimen pemeriksaan yaitu 99,99% dari target 100%. Untuk mengantisipasi kesalahan ini pihak rumah sakit telah membuat SOP pelayanan laboratorium dan mengupayakan penambahan aplikasi laboratorium pada Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM-RS) agar kinerja unit laborartorium lebih optimal.

9. Rehabilitasi Medik

Pada SPM ini secara keseluruhan indicator telah mencapai target, selanjutnya unit pelayanan diharapkan dapat meningkatkan kinerja pelayanan sehingga angka kepuasan pasien pada pelayanan Rehab Medik semakin meningkat.

10. Pelayanan Farmasi

Dari table capaian SPM diatas dapat dilihat bahwa masih ada 1 (satu) indicator yang belum tercapai, yaitu indicator tidak adanya kesalahan pemberian obat 99,9% dari standar 100%. Hal ini disebabkan adanya kesamaan nama pasien, untuk mengantisipasi kejadian ini rumah sakit telah membuat SOP penyerahan resep/ obat serta merencanakan pemisahan pelayanan farmasi rawat inap dengan rawat jalan.

11. Gizi

Capaian SPM pada pelayanan gizi rumah sakit secara umum telah mencapai target, namun masih perlu ditingkatkan terutama pada tingkat kepuasan pelanggan atas pelayanan gizi yang diberikan.

12. Transfusi Darah

Berdasarkan data capaian SPM Unit Transfusi Darah (UTD) rumah sakit angka keterpenuhan ketersediaan darah telah tercapai 100%, kondisi ini didukung oleh ketersediaan tenaga dan peralatan yang telah memenuhi standar. Untuk indicator kepuasan pelanggan ada kecenderungan turun diharapkan petugas lebih meningkatkan pelayanan yang ramah dan cepat sesuai kebutuhan pasien.

13. Rekam Medik

Dari table capaian SPM diatas dapat dilihat bahwa masih ada 2 (dua) indicator yang belum memenuhi standar, namun indicator lainnya telah mencapai target (standar). Indicator yang belum capai adalah Kelengkapan pengisian rekam medic 24 jam setelah selesai pelayanan 87,5% dari standar 100%, hal ini disebabkan masih ada dokumen rekam medic (RM) yang belum diisi lengkap oleh dokter dan pengembalian dokumen yang lebih dari 2 x 24 jam oleh unit

pelayanan. Capaian pada indikator kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas 89,2% dari standar 100% disebabkan pengisian informed consent tidak sesuai seperti identitas yang tidak jelas dan tidak ada tanggal pengisian ditulis.

14. Pengolahan Limbah

Dari table diatas dapat dilihat bahwa standar baku mutu limbah rumah sakit secara keseluruhan masih berada dalam batas standar, untuk menjaga agar hasil baku mutu limbah yang dihasilkan oleh IPAL rumah sakit tetap standar telah dilakukan perawatan secara berkala bakteri yang harus diganti secara rutin dan pembersihan bahan penyaring IPALnya.

15. Administrasi dan Manajemen

Capaian SPM pada unit Administrasi dan Manajemen secara umum telah mencapai target, namun ada 1 (satu) indikator yang masih belum capai yaitu indikator Karyawan mendapat pelatihan 20 jam pertahun, realisasi capaian 53% dari target minimal $\geq 60\%$. Hal ini disebabkan selama pandemic sebagian besar lembaga pelatihan tidak melaksanakan kegiatan sehingga jumlah kegiatan yang direncanakan sebagian tidak terlaksana, selain itu dirumah sakit kebutuhan peningkatan SDM cukup besar karena banyaknya jenis tenaga kesehatan yang ada dan jumlah pegawai yang banyak sedangkan ketersediaan anggaran terbatas. Diharapkan ada alokasi anggaran yang cukup memadai bagi kegiatan pengembangan SDM rumah sakit.

16. Ambulans

Untuk SPM layanan ambulans secara capaian masih belum sesuai target pada indikator kecepatan memberikan pelayanan ambulans dg standar minimal waktu ≤ 30 menit, dan realisasi waktu 38,16 menit. Tidak tercapainya target waktu ini disebabkan terbatasnya jumlah sopir yang ada, tahun 2020 banyak kasus pasien covid-19 yang dirujuk ke makassar, karena perjalanan yang jauh menyebabkan kendala dalam kesediaan tenaga sopir.

17. Pemulasaraan Jenazah

Capaian SPM Pemulasaran jenazah untuk indicator waktu tanggap (respon time) pelayanan pemulasaran jenazah tahun 2020 mengalami peningkatan kecepatan waktu yaitu 92,5 menit dari tahun 2019 dengan waktu 102 menit..

18. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

Pada SPM pemeliharaan sarana rumah sakit, indicator waktu tanggap kerusakan alat ≤ 15 menit angka realisasi masih diatas 80% (standar minimal) yaitu realisasi 81,57%. Dalam SPM ini rumah sakit telah mengupayakan sebuah aplikasi pemantauan laporan kerusakan dari unit-unit pelayanan sehingga tenaga admin dapat segera merekap dan melaporkan setiap keluhan yang disampaikan unit melalui aplikasi.

Untuk SPM Pelayanan Laundry, Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dan Pelayanan Keamanan dirumah sakit secara umum telah terpenuhi, hanya pada SPM keamanan dg indicator petugas keamanan yang bersertifikat masih belum 100% disebabkan adanya pergantian security jadi pengganti belum mengikuti pelatihan security. Dan untuk indicator barang milik pasien, pengunjung, karyawan masih ada yang hilang disebabkan saat jam besuk kunjungan sangat tinggi sehingga security kesulitan untuk memantau barang-barang pasien, petugas, namun rumah sakit telah memasang CCTV pada titik-titik tertentu agar dapat meminimalisir kejadian kehilangan tersebut. Selain itu security tetap melakukan keliling rutin diperawatan dan memeriksa saat pengunjung keluar atau masuk lingkungan perawtan.

Kinerja Keuangan

Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah RSUD I Lagaligo Tahun 2016-2020 telah ditetapkan dalam Peraturan Daerah tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Kabupaten Luwu Timur, dan dituangkan lebih lanjut dalam Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA). Besarnya anggaran belanja yang telah ditetapkan setiap tahunnya mengalami peningkatan, dan dalam anggaran tersebut terdapat

anggaran yang bersumber dari BLUD rumah sakit dan setiap tahun mengalami peningkatan. Perkembangan anggaran dan realisasi belanja daerah menurut kelompok belanja dari Tahun 2016-2020, selengkapnya dapat dilihat pada tabel berikut:



Tabel T-C 24
 Anggaran dan Realisasi Pendanaan RSUD I Lagaligo Tahun 2016-20220
 Kabupaten Luwu Timur

| URAIAN | Anggaran pada Tahun ke- | | | | | Realisasi Anggaran pada Tahun ke- | | | | | Rasio antara Realisasi dan Anggaran Tahun ke- | | | | | Rata-rata Pertumbuhan | |
|--|-------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|-----------------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------------------|-----------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Angg | Realisasi |
| PAD BLUD | 31.005.6 98.806 | 40.102.0 00.000 | 70.000.0 00.000 | 81.270.0 76.797 | 70.658.8 76.322 | 36.684. 935.938 | 47.486.0 66.517 | 68.633.9 00.660 | 83.833.7 42.036 | 81.374.6 69.585 | 118.3 | 118.4 | 98.0 | 103.2 | 115.2 | 32.4 | 23.3 |
| TOTAL BELANJA | 102.980. 572.249 | 108.308. 480.147 | 146.218. 669.574 | 119.093. 695.683 | 126.909. 928.153 | 93.373. 347.947 | 105.080. 993.481 | 138.315. 132.896 | 117.317. 482.493 | 125.729. 280.002 | 90,7 % | 97,0 % | 94,6 % | 98,5 % | 99.1 % | 7,05 | 9.0 |
| I. Belanja Tidak Langsung | 16.210.7 12.695 | 18.033.5 89.241 | 20.930.3 37.896 | 22.060.4 51.152 | 22.806.9 11.059 | 14.768. 159.617 | 17.808.7 13.467 | 20.915.8 73.919 | 21.549.9 06.093 | 22.268.6 27.393 | 91,1 % | 98.8 % | 99,9 % | 97,7 % | 97,6 % | 9.0 | 11.1 |
| II. Belanja Langsung | 86.769.8 59.554 | 90.274.8 90.906 | 125.288. 331.678 | 97.033.2 44.531 | 104.103. 017.094 | 78.608. 250.201 | 87.198.7 16.743 | 117.399. 258.977 | 95.767.5 76.400 | 103.460. 652.609 | 90,3 % | 96,6 % | 92,5 % | 98,9 % | 99,2 % | 6.9 | 8.8 |
| Prog. Pelayanan Administrasi Perkantoran | 3.043.94 2.500 | 5.751.47 3.400 | 6.052.35 5.239 | 3.385.37 5.217 | 6.758.50 3.800 | 3.041.2 75.033 | 5.478.65 4.507 | 5.925.37 3.646 | 3.168.82 5.850 | 6.757.78 6.200 | 99.9 | 95.3 | 97.9 | 93.6 | 100 | 37.4 | 38.8 |
| Prog. Peningkatan Pengembang an Sistem Pelaporan Capaian Kinerja & Keuangan | - | 4.000.00 0 | 4.000.00 0 | 4.000.00 0 | 4.510.00 0 | - | 4.000.00 0 | 3.999.80 0 | 3.720.00 0 | 4.510.00 0 | - | 100.0 | 100.0 | 93.0 | 100.0 | 4.3 | 4.7 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------------|---------------|---------------|-------------|---------------|----------------|---------------|---------------|-------------|---------------|------|------|------|-------|------|-------|-------|
| Prog. Perencanaan & Penganggaran SKPD | - | 10.000.000 | 10.002.500 | 10.000.000 | 10.000.000 | - | 8.540.000 | 9.228.550 | 9.958.108 | 9.859.208 | - | 85.4 | 92.3 | 99.6 | 98.6 | 0.0 | 5.0 |
| Prog. Peningkatan Disiplin Aparatur | 178.960.000 | 124.620.000 | 23.950.000 | - | - | 145.760.000 | 103.318.000 | 23.079.650 | - | - | 81.4 | 82.9 | 96.4 | - | - | -55.6 | -53.4 |
| Prog. Upaya Kesehatan Perorangan Rumah Sakit | 18.268.152.558 | 7.457.264.416 | 1.897.536.000 | 986.444.336 | 8.725.379.546 | 17.604.532.203 | 6.735.641.217 | 1.724.985.137 | 959.522.084 | 8.580.318.230 | 96.4 | 90.3 | 90.0 | 97.3 | 98.3 | 150.7 | 153.4 |
| Prog. Standarisasi Pelayanan Kesehatan | 140.900.000 | 762.734.000 | 267.775.000 | - | - | 62.058.300 | 576.742.330 | 220.824.693 | - | - | 44.0 | 75.6 | 82.5 | - | - | 188.2 | 383.8 |
| Prog. Peningkatan Kapasitas SDA Rumah Sakit | 189.770.000 | 543.044.000 | 416.942.000 | 834.619.412 | 395.822.908 | 185.689.821 | 513.369.184 | 381.559.048 | 761.483.816 | 314.678.253 | 97.8 | 94.5 | 91.5 | 91.2 | 79.5 | 52.6 | 47.9 |
| Prog. Peningkatan Pengelolaan Data Rumah Sakit | - | - | - | 10.000.000 | 10.000.000 | - | - | - | 10.000.000 | 9.709.000 | - | - | - | 100.0 | 97.1 | 0.0 | -2.9 |
| Prog. Peningkatan Sarana & Prasarana Aparatur | 2.587.157.136 | 3.429.399.962 | 3.254.370.900 | - | - | 2.469.237.232 | 3.321.492.810 | 3.203.615.295 | - | - | 95.4 | 96.9 | 98.4 | - | - | 13.7 | 15.5 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|------|------|------|------|-------|------|------|
| Prog. Pengadaan & Peningkatan Sarana Prasarana Rumah Sakit | 28.863.5 24.824 | 24.242.1 48.562 | 40.935.4 27.039 | 5.731.51 3.252 | 9.516.05 0.840 | 22.262. 750.459 | 23.811.4 10.865 | 39.890.6 67.808 | 5.604.52 8.998 | 9.272.24 1.718 | 77.1 | 98.2 | 97.4 | 97.8 | 97.4 | 8.2 | 13.5 |
| Prog. Pemeliharaan Sarrana & Prasarana rumah sakit/rs jiwa/rs paru-paru/rs mata | 443.455. 000 | 773.559. 000 | 947.723. 000 | 351.415. 517 | - | 344.708 .000 | 489.083. 100 | 847.455. 743 | 342.926. 086 | - | 77.7 | 63.2 | 89.4 | 97.6 | - | 11.3 | 18.5 |
| Prog. Kemitraan Penigkatan Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit | 1.027.60 0.000 | 1.194.65 0.000 | 1.478.25 0.000 | - | 722.750. 000 | 917.456 .774 | 1.002.12 1.290 | 1.110.74 0.000 | - | 551.550. 000 | 89.3 | 83.9 | 75.1 | - | 76.3 | 20.0 | 10.0 |
| Prog. Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) | 32.026.3 97.536 | 45.981.9 97.566 | 70.000.0 00.000 | 85.719.8 76.797 | 77.960.0 00.000 | 31.574. 782.379 | 45.154.3 43.440 | 64.057.7 29.607 | 84.907.6 11.458 | 78.399.0 53.650 | 98.6 | 98.2 | 91.5 | 99.1 | 100.0 | 27.3 | 27.3 |

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa :

1. Pendapatan BLUD

Rasio realisasi untuk Pendapatan BLUD setiap tahunnya diatas 100%, dengan katagori **Baik**. Pada tahun 2018 rasio Pendapatan BLUD akag turun yaitu sebesar 98%, kondisi ini disebabkan adanya ajuan klaim rumah sakit sebanyak 4 bulan yang belum disampaikan ke BPJS sehingga ada 4 bulan pendapatan tahun 2018 rumah sakit yang tidak diterima pada tahun 2018. Langkah yang dilakukan untuk menghindari terlambatnya ajuan klaim pelayanan rumah sakit pada tahun berjalan, yaitu dengan melakukan percepatan pada tahapan koder, verifikator dan pengajuan klaim ke BPJS minimal H-1 pada tahun berjalan dengan Tim BPJS bekerja lembur dan aktif berkomunikasi dengan DPJP untuk percepatan penyelesaian resume medis.

Pertumbuhan Pendapatan BLUD rata-rata setiap tahun 32.4%, ini dapat dilihat dari target Pendapatan BLUD yang setiap tahun ada peningkatan. Sedangkan rata-rata pertumbuhan realisasi 23.3%. Pertumbuhan Pendapatan BLUD yang cukup tinggi ini disebabkan 96% pasien rumah sakit menggunakan penjamin JKN, sehingga masyarakat memiliki kemudahan akses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dokter spesialis.

2. Anggaran dan Realisasi Belanja

Anggaran yang disediakan di RSUD I lagaligo terdiri dari Belanja Tidak Langsung (BTL) dan Belanja Langsung (BL). Dari tabel T-C 24 diatas dapat dilihat bahwa Rasio antara realisasi dan anggran rumah sakit rata-rata 96% dengan katagori **Baik** dan rata-rata pertumbuhan anggaran belanja rumah sakit 7.05% serta rata-rata pertumbuhan realisasi belanja 9.0%.

Untuk Belanja Tidak Langsung Rasio antara realisasi dan anggran termasuk katagori Baik, dimana rata-rata rasio realisasi adalah 97% dengan rata-rata pertumbuhan anggran BTL 9.0% dan rata-rata pertumbuhan realisasi 11.1%. Pada belanja tidak langsung (gaji dan tambahan penghasilan pegawai) ada yang sifatnya disediakan (akres gaji sebesar 2.5 untuk

tambahan tenaga dirumah sakit baik medis dan non medis), hal ini menyebabkan BTL tidak mencapai realisasi 100%.

Pada belanja langsung, rasio antara realisasi dan anggaran rata-rata 95,9% atau katagori Baik dengan rata-rata pertumbuhan anggaran 6.9% dan rata-rata pertumbuhan realisasi 8.8%. Belanja langsung RSUD I lagaligo memiliki 13 program, dari 13 program tersebut ada 3 program yang tidak masuk katagori sangat tinggi, yaitu 1) Prog. Standarisasi Pelayanan Kesehatan, yaitu rata-rata 67.4% atau katagori Sedang, 2) Prog. Pemeliharaan Sarrana & Prasarana rumah sakit/rs jiwa/rs paru-paru/rs mata dengan rata-rata rasio realisasi 82.0% atau katagori Tinggi, 3) Prog. Kemitraan Penigkatan Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit dengan rata-rata rasio realisasi 83% atau katagori Tinggi.

Faktor-faktor yang mempengaruhi realisasi mekanisme pelaksanaan kegiatan yang melibatkan pihak luar dimana waktu pelaksanaan, jumlah tenaga dan biaya yang dibutuhkan sesuai ketentuan yang berlaku di pihak ke-3, selain itu kesulitan mendapat persetujuan pihak ke-3 karena sifat tenaganya yang langka/ terbatas sehingga untuk mengantisipasi karena kebutuhan seperti ketersediaan dokter spesialis rumah sakit tetap menyediakan anggrannya.

Selain Pencapaian Kinerja Pelayanan serta Pencapaian Anggaran dan Realisasi Pendanaan Pelayanan, RSUD I Lagaligo Kabupaten Luwu Timur pada Tahun 2017 memperoleh beberapa penghargaan dari Bupati Kab. Luwu Timur, penghargaan yang dimaksud yaitu :

3. Piagam Penghargaan Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah memperoleh nilai B
4. Piagam Penghargaan Pelayanan Publik



Tabel T-C.25

TUJUAN SAN SASARAN JANGKA MENENGAH PELAYANAN PERANGKAT DAERAH

| NO | TUJUAN | SASARAN | INDIKATOR TUJUAN/ SASARAN | SATUAN | TARGET KINERJA TUJUAN/ SASARAN PADA TAHUN KE- | | | | |
|----|--|--|---------------------------------------|------------|---|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | | | | | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 |
| 1. | Mewujudkan Kualitas Pelayanan Rumah Sakit | Meningkatnya Mutu Pelayanan Rumah Sakit | 1. Indeks Kepuasan Masyarakat | Nilai | 86 | 88 | 90 | 90 | 90 |
| 2. | Meningkatkan Akuntabilitas Penyelenggaraan Layanan urusan Perangkat Daerah | Meningkatnya kualitas dan pencapaian kinerja penyelenggaraan urusan Perangkat Daerah | 2. Tingkat Akreditasi Rumah Sakit | Tingkat | Paripurna | Paripurna | Paripurna | Paripurna | Paripurna |
| | | | 3. Opini Audit Akuntan Publik | Predikat | WTP | WTP | WTP | WTP | WTP |
| | | | Indikator Sasaran : | | | | | | |
| | | | 1. EP Akreditasi yang memenuhi target | Nilai | 83 | 83 | 84 | 85 | 85 |
| | | | 2. Indikator SPM yang sesuai target | Persentase | 93% | 95% | 95% | 100% | 100% |
| | | | 3. Kinerja Mutu Pelayanan : | Persentase | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | | | - BOR | Persentase | 75% | 75% | 75% | 80% | 80% |
| | | | - AVLOS | Hari | 2,2 hr | 2,2 hr | 2,2 hr | 2,5 hr | 2,5 hr |
| | | | - TOI | Hari | 2,5 hr | 2,5 hr | 2 hr | 2 hr | 2 hr |
| | | | - BTO | Kali | 50 kl | 50 kl | 50 kl | 50 kl | 50 kl |



| NO | TUJUAN | SASARAN | INDIKATOR TUJUAN/ SASARAN | SATUAN | TARGET KINERJA TUJUAN/ SASARAN PADA TAHUN KE- | | | | |
|----|--------|---------|--|------------|---|------|------|------|------|
| | | | | | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 |
| | | | - NDR | Perseribu | 25% | 21% | 21% | 20% | 20% |
| | | | - GDR | Perseribu | 43% | 43% | 40% | 40% | 40% |
| | | | 4. Persentase Capaian Kinerja Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah | Persentase | 92 | 94 | 95 | 95 | 96 |

2.4 Tantangan dan Peluang Pengembangan Pelayanan Perangkat Daerah

Tantangan Pengembangan

Tantangan pengembangan RSUD I Lagaligo yang akan datang adalah sebagai berikut:

- a. Ditetapkannya RSUD I Lagaligo sebagai PPK-BLUD, namun belum adanya kesamaan persepsi maka subsidi APBD setiap tahunnya berkurang merupakan ancaman yang harus segera diantisipasi karena akan menghambat rencana peningkatan kualitas RSUD I Lagaligo.
- b. Kesulitan dalam mendapatkan dokter spesialis adalah merupakan ancaman karena akan menyulitkan rumah sakit dalam merencanakan pengembangan produk layanan maupun mempertahankan mutu.
- c. Adanya rumah sakit swasta dan rencana pembangunan rumah sakit pemerintah adalah merupakan ancaman bagi RSUD I Lagaligo apabila tidak merubah *performance*, tidak meningkatkan kualitas pelayanan, tidak memuaskan pelanggan karena tidak mampu bersaing.
- d. Pasien takut melakukan kunjungan ke rumah sakit merupakan ancaman terhadap penurunan jumlah kunjungan dan ini harus diantisipasi dengan meningkatkan promosi kesehatan dengan melibatkan instansi terkait.
- e. Budaya masyarakat masih cenderung ke pengobatan alternative merupakan ancaman terhadap penurunan kualitas pelayanan di Kabupaten Luwu Timur dan perlu diantisipasi dengan meningkatkan promosi kesehatan dan melibatkan instansi terkait.
- f. Jumlah dokter spesialis masih kurang merupakan kelemahan yang harus ada solusinya agar pelayanan rumah sakit terjamin mutunya.
- g. Belum diterapkannya efisiensi anggaran (formularium nasional belum ditaati) merupakan kelemahan karena akan mengakibatkan beban yang besar.
- h. Fasilitas rawat inap yang kurang memadai merupakan kelemahan yang berpotensi keluhan dari pelanggan.

- i. Penerapan SOP belum optimal merupakan kelemahan yang cukup serius karena akan sulit bersaing dengan rumah sakit lain.

Peluang Pengembangan

Identifikasi terhadap peluang pengembangan RSUD I Lagaligo yang akan datang adalah sebagai berikut:

- a. Posisi RSUD I Lagaligo terletak di perbatasan Sulawesi Tengah, Sulawesi Tenggara dan Kabupaten Luwu Utara adalah merupakan peluang untuk meraih pelanggan lebih banyak.
- b. Besarnya presentase penduduk PUS 47,64% dari jumlah penduduk merupakan peluang RSUD I Lagaligo pada layanan PONEK.
- c. Banyaknya perusahaan di wilayah Kab. Luwu Timur merupakan peluang bagi RSUD I Lagaligo untuk memperluas pasar.
- d. Pengembangan SIM-RS merupakan peluang bagi rumah sakit untuk memperluas pasar karena masyarakat akan lebih cepat dan mudah mendapatkan informasi yang diperlukan dan bisa dimanfaatkan sebagai ajang promosi, selain itu juga untuk kemudahan akses dan kecepatan pelayanan.
- e. Adanya kebijakan PPK-BLUD merupakan peluang RSUD I Lagaligo untuk meningkatkan kualitas pelayanan karena memiliki fleksibilitas-fleksibilitas dengan payung hukum berupa Peraturan Kepala Daerah sehingga pelayanan tidak terkendala oleh regulasi.
- f. Adanya SK Gubernur Sulawesi Selatan menetapkan RSUD I Lagaligo menjadi rumah sakit rujukan penyangga merupakan peluang untuk menguatkan kepercayaan masyarakat, mengakses pelayanan rujukan di RSUD I Lagaligo.
- g. RSUD I Lagaligo telah terakreditasi Paripurna merupakan kekuatan karena akan menghasilkan pelayanan yang terjamin kualitasnya sehingga lebih dipercaya oleh masyarakat.

- h. Pendapatan rumah sakit mengalami peningkatan setiap tahun merupakan kekuatan karena memungkinkan rumah sakit berkembang sesuai dengan yang direncanakan.
- i. Memiliki jumlah tenaga kesehatan yang produktif ini merupakan kekuatan karena dapat melakukan pelayanan sesuai standar.
- j. Alat kesehatan dan sanpra sudah memadai dan sesuai dengan kebutuhan merupakan kekuatan karena dapat menunjang pelayanan lebih bermutu.
- k. Telah bekerjasama dengan BPJS sehingga ada jaminan pembiayaan, merupakan kekuatan karena dengan demikian RSUD I Lagaligo dapat mengendalikan pembiayaan maupun mutu pelayanan.

BAB III

PERMASALAHAN DAN ISU-ISU STRATEGIS PERANGKAT DAERAH

3.1 Identifikasi Permasalahan Berdasarkan Tugas dan Pelayanan Perangkat Daerah

Dalam menjalankan tugas pokok dan fungsinya menyelenggarakan Pelayanan kesehatan dengan upaya penyembuhan, pemulihan, peningkatan, pencegahan, pelayanan rujukan, dan menyelenggarakan pendidikan RSUD I Lagaligo dihadapkan pada permasalahan-permasalahan yang diformulasikan dalam bentuk tabel sebagai berikut:

Tabel 3.1

Identifikasi Permasalahan Berdasarkan Tugas dan Fungsi RSUD I Lagaligo yang bersumber dari permasalahan internal SKPD.

| NO | MASALAH POKOK | MASALAH | AKAR MASALAH |
|----|---|--|--|
| | Belum optimalnya mutu layanan kesehatan | Belum optimalnya pemenuhan standar pelayanan rumah sakit | 1. Kemampuan anggaran untuk pengembangan SDM masih terbatas |
| | | | 2. Jumlah SDM termasuk dokter spesialis masih kurang |
| | | | 3. Belum terpenuhinya sarana dan prasarana sesuai standar |
| | | | 4. Belum terpenuhinya alat kesehatan/ kedokteran sesuai kebutuhan layanan yang ada |
| | | | 5. Belum optimalnya penerapan SOP |
| | | | 6. Belum optimalnya tata kelola anggaran BLUD (belum diterapkannya efisiensi anggaran) |

Tabel 3.2

Identifikasi Permasalahan Berdasarkan Tugas dan Fungsi RSUD I Lagaligo yang bersumber dari permasalahan Eksternal SKPD.

| No | Permasalahan | | |
|----|---|---|---|
| | Dinamika Internasional | Dinamika Nasional | Dinamika Regional/ Lokal |
| | Perdagangan bebas dan AFTA (Asean Free Trade Area) termasuk didalamnya pasar pelayanan kesehatan sehingga tuntutan pelayanan kesehatan sangat tinggi. Persaingan pelayanan kesehatan bersifat internasional bahkan peluang adanya pendirian rumah sakit asing dan tenaga medis/ kesehatan asing | Diterapkannya Sisten Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Akreditasi Standar Nasional Tuntutan penerapan reformasi birokrasi bidang kesehatan | Adanya kebijakan system rujukan berjenjang yang semakin ketat |

Dengan adanya pandemic covid-19 segala aspek kehidupan sangat terpengaruh terutama pada bidang kesehatan, khususnya di RSUD I Lagaligo terjadi perubahan yang sangat besar baik dari penyediaan fasilitas, pemberian pelayanan, kebijakan maupun keuangan serta jumlah kunjungan pasien rumah sakit.

Mengacu Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/5671/2021 tentang Manajemen Klinis Tata Laksana *Corona Virus Disease 2019 (COVID-19)* di Fasilitas Kesehatan, sesuai Pedoman Pencegahan dan Pengendalian CoronaVirus Disease (COVID-19) Revisi Kelima, Kementerian Kesehatan RI, serta berdasarkan Keputusan Gubernur Nomor 955/III/ Tahun 2020 tentang Penetapan Rumah Sakit Rujukan Penyangga Penanggulangan COVID-19 Provinsi Sulawesi Selatan, RSUD I Lagaligo melakukan beberapa perubahan pada sarana pelayanan berupa penyediaan bangunan untuk perawatan

pasien covid-19 bertekanan negatif, memfasilitasi ruangan pelayanan di poliklinik dengan tirai-tirai pembatas dan penyediaan fasilitas lain seperti tempat cuci tangan pada area-area tertentu. Selain itu untuk membackup pelayanan pasien covid-19 Direktur RSUD I Lagaligo membuat beberapa surat keputusan terkait ruangan pelayanan covid-19, tim tenaga pelayanan covid-19 serta prosedur pelayanan covid-19 dan refocusing anggaran covid-19.

Selama pandemic covid-19 kunjungan pasien di RSUD I Lagaligo mengalami penurunan yang cukup besar, untuk kunjungan pasien Poliklinik ada penurunan kunjungan sebesar 38,1% dari tahun sebelumnya, dan pada kunjungan IGD ada penurunan sebesar 23.2%, sedangkan kunjungan di rawat inap ada penurunan 21.3% dari tahun sebelumnya, dengan pemanfaatan TT rumah sakit sebesar 50%.

Dalam upaya mengantisipasi penurunan kunjungan rumah sakit, RSUD I Lagaligo melakukan upaya-upaya perbaikan pelayanan, inovasi pelayanan dan melakukan promosi-promosi pelayanan melalui social media sehingga diharapkan kepercayaan masyarakat terhadap rumah sakit kembali seperti sebelum pandemic covid-19. Selain itu RSUD I Lagaligo membuat rencana ulang baik pelayanan, sarana prasarana maupun system informasi/ IT, antar lain :

1. Penyusunan rencana penanggulangan bencana (*Hospital Disaster plan*).
2. Menyusun ulang master plan untuk pemisahan ruang rawat PINERE (Penyakit Infeksi New-Emerging dan Re-Emerging) dan ruang rawat non infeksi.
3. Mengkaji ulang target-target kinerja
4. Memperkuat Tim Penanggulangan Penyakit Infeksi (PPI)
5. Mempersiapkan payung-payung hukum, peraturan-peraturan tentang pengadaan barang dan jasa dalam keadaan darurat.

3.2 Telaahan Visi, Misi dan program Kepala Daerah dan Wakil Kepala Daerah Terpilih

Sesuai dengan visi Bupati dan Wakil Bupati terpilih, maka visi pembangunan daerah jangka menengah Kabupaten Luwu Timur tahun 2021-2026 adalah **"Kabupaten Luwu Timur yang Berkelanjutan dan Lebih Maju Berlandas Nilai Agama dan Budaya"**.

Dalam rumusan Visi ini memiliki kata kunci sebagai pokok visi yakni **"berkelanjutan"**, **"lebih maju"** dan **"berlandaskan nilai agama dan budaya"** yang saling terkait sebagai sebuah kesatuan cita-cita pembangunan.

Dari gambaran visi diatas dapat dijelaskan bahwa yang dimaksud dengan **"Berkelanjutan"** adalah Kondisi dimana pembangunan kabupaten luwu timur yang dilakukan merupakan bagian dari masa lalu dan yang dilakukan hari esok merupakan kelanjutan dari apa yang dilakukan hari ini dengan mempertimbangkan kepentingan generasi yang akan datang.

"Lebih maju" memiliki makna bahwa apa yang akan dilakukan kedepan mencapai hasil yang lebih baik dibandingkan capaian dimasa lalu dan bisa menjadi keunggulan daerah untuk kesejahteraan masyarakat secara umum.

"Berlandas Nilai Agama dan Budaya" adalah kondisi dimana Pembangunan Kabupaten Luwu Timur secara berkelanjutan dan lebih maju hanya akan tewujud ketika nilai-nilai agama dan budaya hadir pada setiap langkah-langkah pelaksanaan pembangunan, penyelenggaraan pemerintahan, dan pembinaan kemasyarakatan.

Dalam rangka pencapaian visi tersebut di atas dengan tetap memperhatikan kondisi dan permasalahan yang ada serta tantangan ke depan, dan memperhitungkan peluang yang dimiliki, maka ditetapkan 6 (Enam) misi yang akan dilaksanakan, yaitu :

1. Meningkatkan kesejahteraan dan taraf hidup masyarakat secara menyeluruh.

Dengan misi ini dimaksudkan bahwa dalam kurun waktu 2021-2026 akan dilaksanakan upaya umum terkait peningkatan kualitas kehidupan masyarakat secara utuh. Upaya umum ini terutama berfokus pada perbaikan kesejahteraan masyarakat, baik dalam makna kesejahteraan ekonomi maupun dalam makna kesejahteraan sosial. Selain itu, dalam misi ini juga terkandung upaya umum untuk meningkatkan kualitas sumberdaya manusia

2. Mengembangkan perekonomian daerah yang berdaya saing dan berjangkauan luas.

Misi ini dimaksudkan sebagai upaya umum dalam meningkatkan ketahanan perekonomian daerah secara merata serta pertumbuhan ekonomi yang inklusif. Di dalamnya tercakup upaya umum dalam meningkatkan produktivitas sektor-sektor perekonomian unggulan daerah serta hilirisasi atas produk-produk tersebut, dibarengi dengan pengembangan lapangan kerja dan lapangan usaha secara merata pada seluruh wilayah

3. Menyediakan infrastruktur daerah yang memadai dan lingkungan yang berkualitas.

Misi ini dimaksudkan sebagai upaya umum dalam meningkatkan kapasitas dan kualitas infrastruktur daerah, terutama dalam meningkatkan daya guna dan hasil guna infrastruktur daerah. Selain itu, misi ini juga dimaksudkan sebagai upaya dalam menjaga ketahanan lingkungan hidup daerah, khususnya dengan memelihara kualitas lingkungan hidup dan keanekaragaman hayati

4. Menciptakan pemerintahan dan pelayanan publik yang lebih baik.

Dengan misi ini dimaksudkan bahwa dalam periode 2021-2026 akan didorong reformasi birokrasi dan perwujudan tata kelola

pemerintahan yang bersih dan melayani. Tercakup didalamnya upaya dalam meningkatkan akuntabilitas kinerja dan akuntabilitas keuangan serta upaya dalam meningkatkan kepuasan masyarakat terhadap pelayanan public, baik yang merupakan pelayanan dasar berbasis SPM maupun pelayanan public lainnya

5. Mewujudkan ketentraman dan ketertiban bagi seluruh warga masyarakat

Misi ini mencakup upaya umum dalam menjamin ketentraman dan ketertiban bagi seluruh warga masyarakat. Dalam misi ini, ketentraman dan ketertiban ditempatkan sebagai prasyarat bagi berlangsungnya upaya pembangunan. Dalam konteks itu, mewujudkan ketentraman dan ketertiban diarahkan untuk mewujudkan rasa aman dan damai dalam masyarakat

6. Menjamin keberlangsungan pembangunan yang berbasis pada agama dan budaya

Misi ini mencakup upaya umum dalam meningkatkan kerukunan antar umat beragama dan kualitas kehidupan beragama serta ketahanan budaya daerah. Di dalam upaya ini, penerapan nilai-nilai agama dan nilai-nilai budaya ditempatkan sebagai landasan dalam penyelenggaraan pembangunan

Berdasarkan visi dan misi pembangunan jangka menengah Kabupaten Luwu Timur periode 2021-2026, terutama pada misi kesatu yaitu **"Meningkatkan kesejahteraan dan taraf hidup masyarakat secara menyeluruh"** maka sesuai dengan tugas dan fungsi RSUD I Lagaligo sangat terkait dengan pencapaian visi dan misi terutama misi kesatu. RSUD I Lagaligo mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, sehingga dalam rangka menyiapkan SDM dimasa mendatang dibutuhkan SDM yang sehat.

Berdasarkan hasil identifikasi terhadap permasalahan pada RSUD

I Lagaligo yang bisa mempengaruhi pencapaian Visi dan Misi serta Program Bupati dan Wakil Bupati terpilih maka ditetapkan program prioritas (KP1) RSUD I Lagaligo adalah Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat.

RSUD I Lagaligo merupakan Perangkat Daerah yang memiliki Program Proritas Daerah, yaitu :

1. Layanan pasca perawatan Rawat Inap (Pengantaran pasien dari Rumah Sakit ke Rumah)
2. Seluruh fasilitas kesehatan ditanggung oleh pemerintah daerah tidak ada lagi pasien yang mengeluarkan biaya termasuk biaya pemberian obat yang ditanggung oleh BPJS
3. Pelayanan Rumah Sakit 1 Pasien 1 Kamar
4. Meningkatkan kesejahteraan tenaga kesehatan (Dokter Spesialis)

Selanjutnya berdasarkan identifikasi permasalahan pelayanan RSUD I Lagaligo Kab. Luwu Timur berikut merupakan factor-gaktor penghambat dan pendorong pelayanan RSUD I Lagaligo yang dapat mempengaruhi pencapaian visi dan misi Kepala Daerah dan Wakil Kepala Daerah terpilih.

Tabel 3.3

Faktor Penghambat dan Pendorong Pelayanan RSUD I Lagaligo Terhadap Pencapaian Visi , Misi dan Program Bupati dan Wakil Bupati

| NO | MISI | PERMASALAHAN RSUD I LAGALIGO | FAKTOR | |
|----|--|--|---|--|
| | | | PENGHAMBAT | PENDORONG |
| 1. | Meningkatkan kesejahteraan dan taraf hidup masyarakat secara menyeluruh | | | |
| | Kinerja BLUD | Penerimaan fungsional BLUD hanya mencukupi untuk kegiatan operasional rumah sakit, sedangkan | Bertambahnya jenis pelayanan mengakibatkan bertambahnya anggaran untuk kegiatan | Adanya peluang untuk mendapatkan anggaran APBN (DAK) dan APBD Penerimaan fungsional |

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | untuk membiayai pengeluaran investasi (seperti gedung, alkes dll) sangat terbatas | operasional | BLUD bisa langsung digunakan untuk membiayai kegiatan pelayanan |
| | | | Klaim pelayanan pasien covid-19 yang menjadi piutang cukup besar | Diterbitkannya Berita Acara hasil verifikasi ajuan klaim rumah sakit dari BPJS/Kementerian |

3.3 Telaahan Renstra K/L Dan Renstra

Pembangunan kesehatan pada hakekatnya adalah upaya yang dilaksanakan oleh komponen Bangsa Indonesia yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis. Keberhasilan pembangunan kesehatan sangat ditentukan oleh kesinambungan antar upaya program dan sektor serta kesinambungan dengan upaya-upaya yang telah dilaksanakan.

Pembangunan di bidang kesehatan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia pada periode 2020-2024 adalah Program Indonesia Sehat dengan sasaran meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan pemberdayaan masyarakat didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan.

Program Indonesia Sehat dilaksanakan dengan 3 pilar utama yaitu paradigma sehat, penguatan pelayanan kesehatan, jaminan kesehatan nasional.

1. Pilar paradigma sehat di lakukan dengan strategi pengarusutamaan kesehatan dalam pembangunan, penguatan promotif preventif dan pemberdayaan masyarakat.
2. Penguatan pelayanan kesehatan dilakukan dengan strategi peningkatan akses pelayanan kesehatan, optimalisasi sistem rujukan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan, menggunakan pendekatan *continuum of care* dan intervensi berbasis risiko kesehatan.
3. Sementara itu jaminan kesehatan nasional dilakukan dengan strategi perluasan sasaran dan benefit serta kendali mutu dan kendali biaya.

Visi Sulawesi Selatan sebagaimana telah dituangkan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2018-2023 merupakan gambaran arah pembangunan atau kondisi masa depan daerah yang ingin dicapai (desired future) dalam masa jabatan selama 5 (lima) tahun sesuai misi yang diemban, maka visi pembangunan Sulawesi Selatan adalah "Sulawesi Selatan Yang Inovatif, Produktif, Kompetitif, Inklusif, dan Berkarakter". Untuk memberikan kejelasan tentang makna yang terkandung dalam visi tersebut, pemerintah provinsi menjabarkan ke dalam misi sebagai berikut :

1. Mewujudkan Pemerintahan yang Berorientasi Melayani dan Inovatif
2. Mewujudkan Infrastruktur yang Berkualitas dan Aksesibel
3. Mewujudkan Pusat-Pusat Pertumbuhan Ekonomi Baru yang Produktif
4. Mewujudkan Kualitas Manusia yang Kompetitif, Inklusif dan Berkarakter
5. Meningkatkan Produktivitas dan Daya Saing Produk Sumber daya Alam yang Berkelanjutan

Tabel 3.4

Permasalahan Pelayanan OPD Berdasarkan Telaahan Renstra
Kementerian Kesehatan Beserta Faktor Penghambat dan Pendorong
Keberhasilan

| NO | STRUKTUR/ MUATAN YANG DIKAJI | PERMASALAHAN PELAYANAN | FAKTOR | |
|----|---------------------------------------|--|--|--|
| | | | PENGHAMBAT | PENDORONG |
| 1. | Penguatan pelayanan kesehatan | | | |
| | Peningkatan akses pelayanan kesehatan | Ketersediaan sarana prasarana dan kompetensi SDM | 1. Pengembangan profesionalisme dan keterampilan SDM belum terpetakan seluruhnya 2. Sarana alat kedokteran yang dimiliki masih belum memenuhi kebutuhan rumah sakit | 1. Adanya peluang mendapatkan anggaran APBN (DAK) dan APBD 2. Penerimaan fungsional BLUD dapat langsung digunakan untuk membiayai kegiatan pelayanan. |
| | Peningkatan mutu pelayanan kesehatan | Akreditasi rumah sakit | Beberapa sarana dan prasarana rumah sakit belum memenuhi standar | Komitmen dan dukungan seluruh pegawai RSUD I Lagaligo |
| 2. | Jaminan kesehatan nasional (JKN) | | | |
| | Tingkat Kepuasan peserta BPJS | Tuntutan masyarakat yang tinggi tentang mutu pelayanan kesehatan dan | 1. Klaim BPJS yang sering terlambat (termasuk klaim covid-19) 2. Kebijakan rujukan berjenjang | 1. RSUD I Lagaligo terakreditasi paripurna 2. Adanya Tim kendali mutu |

| | | | | |
|--|--|-----------------------|--|------------------------------|
| | | keselamatan pasien | | kendali biaya rumah sakit |
|--|--|-----------------------|--|------------------------------|

3.4 Telaahan Rencana Tata Ruang Wilayah (RTRW) dan Kajian Lingkungan Hidup Strategis (KLHS)

Keberhasilan pembangunan kesehatan tidak semata mata ditentukan oleh hasil kerja keras sektor kesehatan, tetapi sangat dipengaruhi pula oleh hasil kerja serta kontribusi positif berbagai sektor pembangunan lainnya. Terwujudnya keadaan sehat dipengaruhi oleh berbagai faktor, yang tidak hanya menjadi tanggung jawab sektor kesehatan, melainkan juga tanggung jawab dari berbagai sektor terkait lainnya, disamping tanggung jawab individu dan keluarga.

Dalam penyelenggaraan pembangunan Kesehatan dapat bersinergi secara dinamis dengan instansi lainnya seperti : Pendidikan, Perekonomian, Ketahanan Pangan, Ketenaga-kerjaan dan Transmigrasi, Pekerjaan Umum serta sektor terkait lainnya. Dibutuhkan pula perhatian pada akar masalah yang ada, diantaranya faktor sosial ekonomi yang menentukan situasi dimana masyarakat tumbuh, belajar, hidup, bekerja dan terpapar, serta rentan terhadap penyakit dan komplikasinya dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dan pencapaian target.

Hubungan antara status sosial ekonomi dan kesehatan berlaku secara universal. Tingkat kematian dan tingkat kesakitan secara konsisten didapatkan lebih tinggi pada kelompok dengan sosial ekonomi rendah. Perlu upaya sungguh-sungguh dalam rangka mengurangi disparitas masyarakat terhadap akses pendidikan, pekerjaan, partisipasi sosial, dan pelayanan publik.

Pemberdayaan masyarakat diarahkan agar masyarakat berdaya untuk ikut aktif memelihara kesehatannya sendiri, melakukan upaya pro-aktif tidak menunggu sampai jatuh sakit, karena ketika sakit sebenarnya telah kehilangan nilai produktif. Upaya promotif dan preventif perlu ditingkatkan untuk mengendalikan angka kesakitan yang muncul dan mencegah hilangnya produktifitas serta menjadikan sehat sebagai fungsi produksi yang dapat memberi nilai tambah.

Perlu juga diperhatikan adanya perkembangan lingkungan strategis baik dalam lingkup Kabupaten, Kecamatan dan Desa yang akan mempengaruhi penyelenggaraan pembangunan Kesehatan. Pada umumnya masyarakat Luwu Timur bertempat tinggal di daerah pinggirin Pesisir Pantai, Daerah pegunungan dan persawahan, belum lagi beberapa industri yang dibangun di wilayah Kabupaten Luwu Timur yang pada masa kedepannya akan terjadi pencemaran lingkungan oleh limbah Industri tersebut, ini menandakan bahwa masalah kesehatan perlu penanganan ekstra dan perhatian khusus karena daerah ini sering adanya endemis penyakit dan wabah.

RSUD I Lagaligo dalam memberikan pelayanan kesehatan banyak menghasilkan sampah baik sampah medis maupun non medis, yang mana sampah medis padat diolah dengan incenerator, sampah medis cair diolah dengan Instalasi Pengolahan Limbah (IPAL) dan sampah non medis dibuang ke Tempat Pembuangan Akhir (TPA) sehingga pencemaran lingkungan dapat dikurangi.

Rumusan kebijakan penataan ruang wilayah Kabupaten Luwu Timur telah mengintegrasikan prinsip-prinsip pembangunan berkelanjutan yang berwawasan lingkungan hidup.

Kebijakan-kebijakan yang terkait dengan rencana tata ruang dan rencana tata wilayah (RTRW) tidak berpengaruh pada pengembangan RSUD I Lagaligo demikian juga terkait dengan Kajian Lingkungan Hidup

Strategis (KLHS) RSUD I Lagaligo tidak menimbulkan dampak negatif pada lingkungan.

3.5 Penentuan Isu-Isu Strategis

Komitmen Pemerintah Daerah Kabupaten Luwu Timur dalam bidang kesehatan mendapat tempat yang cukup penting dalam pembangunan, ini dapat dilihat dari arah prioritas pembangunan melalui Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Kabupaten Luwu Timur Tahun 2021-2026.

Analisis isu-isu strategis merupakan bagian penting dan sangat menentukan dalam proses penyusunan Renstra SKPD untuk melengkapi tahapan-tahapan yang telah dilakukan sebelumnya. Identifikasi isu yang tepat dan bersifat strategis akan meningkatkan akseptabilitas prioritas program dan kegiatan, dapat dioperasionalkan dan dapat dipertanggungjawabkan.

Penyusunan Renstra antara lain dimaksudkan agar layanan SKPD senantiasa mampu menyelaraskan diri dengan lingkungan dan aspirasi pengguna layanan. Oleh karena itu, perhatian kepada mandat dari masyarakat dan lingkungan eksternalnya merupakan perencanaan dari luar ke dalam yang tidak boleh diabaikan.

Memperhatikan urusan, isu global, isu nasional dan isu provinsi, maka prioritas strategis pembangunan Kabupaten Luwu Timur 2021-2026 untuk bidang kesehatan adalah **“Peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan untuk meningkatkan kualitas sumberdaya manusia”**. Isu-isu strategis berdasarkan tugas dan fungsi SKPD adalah kondisi atau hal yang harus diperhatikan atau dikedepankan dalam penyusunan Renstra karena dampaknya yang signifikan bagi SKPD dimasa datang. Suatu kondisi/kejadian yang menjadi isu strategis adalah keadaan yang apabila tidak diantisipasi,

akan menimbulkan kerugian yang lebih besar atau sebaliknya, dalam hal tidak dimanfaatkan, akan menghilangkan peluang untuk meningkatkan layanan kepada masyarakat dalam jangka panjang.

Berbagai isu strategis yang dihadapi dan perlu segera diimplementasikan adalah Sistem Manajemen Mutu (Continues Quality Improvement dibidang pelayanan, pendidikan dan penelitian). Pelayanan masyarakat melalui BPJS kesehatan (UHC), Manajemen Rekam Medik dan biaya pelayanan berbasis Kinerja, Mutu dan Efisiensi. Isu Pengembangan yang mungkin dilakukan adalah Poliklinik Spesialis Sore dan Pengembangan Peningkatan SMF yang didukung Penunjang Medis yang Komprehensif.

Beberapa issue strategis yang dapat dikembangkan agar mendekati tuntutan masyarakat akan pelayanan yang lebih baik adalah sebagai berikut :

1. Kunjungan pasien baik di rawat jalan, IGD maupun di rawat inap cenderung mengalami peningkatan rata-rata 12%. Kecuali pada tahun 2020 ada penurunan karena pandemic covid-19. Sarana prasarana yang lebih representatif serta inovasi layanan berbasis IT akan meningkatkan kenyamanan dan kecepatan pelayanan.
2. Guna mendukung terjaminnya utilitas alat dan sarana prasarana rumah sakit perlu dikembangkan dan ditingkatkan manajemen pemeliharaan peralatan rumah sakit.
3. Peningkatan pengembangan seluruh SMF (Staf Medis Fungsional) dalam mendukung pelayanan yang bermutu, komprehensif dan paripurna. (Pengadaan peralatan sesuai SMF serta penyempurnaan SOP)
4. Untuk menangkap meningkatnya permintaan Medical Chek Up, baik dari instansi pemerintah , swasta dan BUMN perlu kiranya RSUD I Lagaligo mengembangkan Pusat Diagnostik.

5. Dalam rangka mengantisipasi tantangan ke depan pengembangan promosi kesehatan perlu ditingkatkan dengan lebih aktif dan agresif.
6. Masih perlunya peningkatan mutu SDM rumah sakit. Peningkatan kompetensi , performance SDM serta kemampuan marketing dan pemenuhan SDM sesuai kebutuhan akan mengakibatkan terwujudnya optimalisasi kualitas pelayanan dan pengembangan produk layanan baru berbasis IT (Peningkatan kepuasan pelanggan).
7. Masih perlunya peningkatan sarana prasarana rumah sakit. Fasilitas sarana, prasarana dan alat kesehatan sesuai standar merupakan hal penting dalam pelayanan kesehatan. Dengan terpenuhinya fasilitas sesuai standar dan ketersediaan dokter spesialis yang ada akan memberikan kemudahan akses dan ketepatan penegakan diagnose bagi dokter yang berdampak pada pencapaian mutu pelayanan.
8. Belum memadainya jumlah penerimaan BLUD untuk dapat memenuhi seluruh biaya operasional BLUD. Kebutuhan belanja modal atau investasi untuk pemenuhan pengembangan RS dan pemenuhan substitusi sarana dan prasarana RS utamanya alat-alat kodokteran/ kesehatan yang telah rusak dan segera diganti menjadi permasalahan tersendiri, namun permasalahan tersebut tidak dapat segera diselesaikan karena kemampuan keuangan BLUD yang belum memungkinkan. Sehingga dalam kebutuhan anggaran rumah sakit selain dari pendapatan BLUD sangat dibutuhkan adanya subsidi Pemerintah Daerah.
9. Berlakunya program Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)
Isu ini menjadi isu penting dan strategis disemua unit layanan kesehatan, karena mempunyai dampak yang multi efek. Berlakunya ketentuan rujukan berjenjang dan limitasi diagnosa tertentu serta sistem regionalisasi rujukan yang akan berhubungan dengan

pembayaran dengan berlakunya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan hal yang delematis. Dari aspek pelayanan kesehatan, ketentuan tersebut akan mengarah pada hal yang lebih baik, karena fasilitas pelayanan kesehatan termasuk rumah sakit akan berfungsi secara optimal sesuai dengan kelas rumah sakitnya, namun dari aspek keuangan khususnya pendapatan RS diprediksikan akan berdampak pada penurunan pendapatan RS yang sangat signifikan dan berakibat pada kemampuan rumah sakit dalam pembiayaan operasional rumah sakit.

Dari berbagai masalah dan tantangan tersebut di atas dan dengan mempertimbangkan beberapa hal berikut :

1. Apakah masalah dan tantangan tersebut memiliki pengaruh yang besar (signifikan) terhadap pencapaian sasaran pembangunan daerah atau memiliki daya ungkit untuk pembangunan daerah?
2. Apakah masalah dan tantangan tersebut memiliki pengaruh yang besar (signifikan) terhadap pencapaian sasaran pembangunan daerah atau memiliki daya ungkit untuk pembangunan daerah.
3. Apakah masalah dan tantangan tersebut memiliki dampak terhadap publik atau merupakan isu yang kondisi permasalahannya dirasa Mendesak.
4. Apakah masalah dan tantangan tersebut mudah atau sulit untuk ditangani.
5. Apakah masalah dan tantangan tersebut penyelesaiannya merupakan tugas dan tanggung jawab SKPD atau merupakan isu yang sebagian besar kendali langsungnya berada di SKPD.
6. Apakah isu tersebut menjadi prioritas janji politik yang perlu diwujudkan merupakan tanggung jawab dan tugas RSUD I Lagaligodan apakah isu yang menjadi perhatian Pemerintah Provinsi maupun Pusat.

Selain isu pokok tersebut, isu penting lainnya yaitu, dukungan manajemen dalam peningkatan pelayanan kesehatan, yang termasuk didalamnya adalah *good governance*, dan struktur organisasi yang efektif dan efisien

Urutan prioritas isu strategis yang perlu di angkat dan selanjutnya perlu adanya pemecahan masalah adalah sebagai berikut :

1. Masih perlunya peningkatan sarana, prasarana dan alat kesehatan rumah sakit
2. Perlunya peningkatan mutu SDM rumah sakit.
3. Masih belum terpenuhinya kebutuhan tenaga dirumah sakit termasuk dokter spesialis.
4. Pengembangan layanan / inovasi layanan berbasis IT
5. Penerimaan BLUD belum mampu memenuhi seluruh biaya operasional BLUD.

BAB IV TUJUAN DAN SASARAN

4.1. Tujuan dan Sasaran Jangka Menengah Perangkat Daerah

Tujuan dalam RPJMD diartikan sebagai pernyataan tentang hal-hal yang perlu dilakukan untuk mencapai visi dan melaksanakan misi dengan menjawab isu strategis daerah dan permasalahan pembangunan. Rumusan tujuan diturunkan secara operasional dari masing-masing misi pembangunan yang telah ditetapkan dengan memperhatikan visi.

Sasaran sebagai hasil-hasil pembangunan yang hendak dicapai dalam mewujudkan tujuan pembangunan berdasarkan visi-misi. Sasaran dijabarkan dari setiap tujuan dimana sebuah tujuan dapat dijabarkan dalam lebih dari satu sasaran sesuai kompleksitas tujuan tersebut.

RSUD I Lagaligo ikut berkontribusi pada Tujuan dan Sasaran Pemerintah Daerah pada Tujuan ke-1 yaitu "***Meningkatkan Kualitas Hidup Manusia***" dengan sasaran Daerah "***Meningkatnya Kualitas Sumberdaya Manusia***" Serta Tujuan ke-4 yaitu "***Mewujudkan Tata Kelola Pemerintahan yang Baik, Bersih dan Melayani***" dengan sasaran Daerah "***Meningkatnya Akuntabilitas Kinerja dan Keuangan***" yang selanjutnya dijabarkan oleh RSUD I Lagaligo sebagai sebuah organisasi perangkat daerah (OPD) pengelola manajemen dan administrasi.

RSUD I Lagaligo sebagai Perangkat Daerah dalam mewujudkan Tujuan dan sasaran Pemerintah Daerah telah merumuskan Tujuan dan Sasaran OPD. Tujuan RSUS I Lagaligo ada 2 (dua) yaitu **1) Mewujudkan Kualitas Pelayanan Rumah Sakit** dan **2) Meningkatkan akuntabilitas Penyelenggaraan layanan Urusan**

Perangkat Daerah”. Sasaran yang telah ditetapkan oleh RSUD I Lagaligo adalah **1) Meningkatkan Mutu Pelayanan Rumah Sakit”** dan **2) Meningkatkan Kualitas dan Pencapaian Kinerja Penyelenggaraan Urusan Perangkat Daerah**

RSUD I Lagaligo menetapkan **indicator sasaran** sebagai berikut

:

1. Elemen Penilaian Akreditasi Rumah Sakit yang memenuhi target (Nilai)
2. Indicator SPM rumah sakit yang memenuhi target (Presentase)
3. Kinerja Mutu Pelayanan sesuai target (Presentase)
 - Bed Occupancy Rate (BOR)
 - Length of Stay (LOS)
 - Turn of Interval (TOI)
 - Bed Turn Over (BTO)
 - Net Death Rate (NDR)
 - Gross Death Rate (GDR)
4. Persentase capaian kinerja program penunjang urusan pemerintah daerah (Persentase)

Berikut tabel Tujuan, sasaran dan Indikator RSUD I Lagaligo sebagai Perangkat Daerah.

Tabel 4.1
Tujuan dan Sasaran Jangka Menengah RSUD I Lagaligo

| NO | TUJUAN | INDIKATOR TUJUAN | SASARAN | INDIKATOR SASARAN | RENCANA CAPAIAN | TARGET KINERJA SASARAN PADA TAHUN KE- | | | | |
|-----|---|--|---|---|-----------------|---------------------------------------|--------|--------|--------|--------|
| | | | | | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) |
| 1 | Mewujudkan kualitas pelayanan rumah sakit | 1. indeks kepuasan masyarakat 2. Tingkat akreditasi rumah sakit | Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit | 1. Elemen Penilaian standar akreditasi yang mencapai target | 82 | 83 | 83 | 84 | 85 | 85 |
| | | | | 2. indikator SPM yang memenuhi target | 90% | 93% | 95% | 95% | 100% | 100% |
| | | | | 3. Kinerja mutu pelayanan sesuai target : | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | | | | ➤ Bed Occupancy Rate (BOR) | 60% | 75% | 75% | 80% | 80% | 80% |
| | | | | ➤ Length of Stay (LOS) | 2,6 hr | 2,2 hr | 2,2 hr | 2,5 hr | 2,5 hr | 2,5 hr |
| | | | | ➤ Turn of Interval (TOI) | 4,1 hr | 2,5hr | 2,5 hr | 2 hr | 2 hr | 2 hr |

| | | | | | | | | | | |
|----|--|----------------------------|---|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | | | ➤ Bed Turn Over (BTO) | 50 kl |
| | | | | ➤ Net Death Rate (NDR) | 25‰ | 25‰ | 21‰ | 21‰ | 20‰ | 20‰ |
| | | | | ➤ Gross Death Rate (GDR) | 45‰ | 43‰ | 43‰ | 40‰ | 40‰ | 40‰ |
| 2. | Meningkatkan akuntabilitas penyelenggaraan layanan urusan perangkat daerah | Opini Audit Akuntan Publik | Meningkatnya akuntabilitas kinerja dan keuangan | Persentase capaian kinerja program penunjang urusan pemerintah daerah | 90 | 92 | 94 | 95 | 95 | 96 |

BAB V

STRATEGI DAN ARAH KEBIJAKAN

5.1 Strategi dan Kebijakan

Strategi dan kebijakan adalah merupakan rumusan perencanaan komprehensif dalam mencapai tujuan dan sasaran yang berisi rencana menyeluruh dan terpadu mengenai upaya-upaya yang akan dilaksanakan secara operasional dengan memperhatikan ketersediaan sumber daya organisasi untuk kurun waktu 5 (lima) tahun mendatang.

Dalam menyusun strategi yang tepat maka perlu dilakukan analisis secara sistematis dan komprehensif mencakup Analisis Internal dan Eksternal berbasis balanced scored card, Analisis Asumsi Strategis, sebagai berikut :

Analisis SWOT

Tabel 5.1
Analisis SWOT Internal

| Faktor | Kekuatan (S) | Kelemahan (W) |
|-----------------------------|---|--|
| SDM/ Organisasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. RS telah terakreditasi Paripurna 2018 oleh KARS 2. Memiliki jumlah tenaga kesehatan yang profuktif dan telah sesuai dengan analisis beban kerja | <ol style="list-style-type: none"> 1. Jumlah dokter spesialis masih kurang (belum sesuai dengan standar minimal kebutuhan dokter spesialis) |
| Proses Bisnis | <ol style="list-style-type: none"> 1. Alat kesehatan dan sanpra sudah memadai dan sesuai dengan kebutuhan 2. Telah ada pengembangan SIM RS 3. Pembangunan ruangan khusus pasien covid sesuai standar | <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitas ruang rawat inap kurang memadai 2. Penerapan SOP belum optimal |
| Kepuasan pelanggan internal | <ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya TPP bagi pegawai yang cukup memadai 2. Adanya kemauan untuk berubah. 3. Meningkatnya Kepedulian pegawai terhadap pelanggan. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Belum diterapkannya sistem Remunerasi (berbasis kinerja). 2. Masih adanya sikap reaktif yang tidak rasional 3. Pembayaran jasa pelayanan yang belum tepat waktu |

| | | |
|----------|--|--|
| Keuangan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pendapatan rumah sakit mengalami peningkatan setiap tahun 2. Telah bekerjasama dengan BPJS sehingga ada jaminan pembiayaan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Belum diterapkannya efisiensi anggaran (formularium nasional belum ditaati) 2. Standar Biaya belum ada |
|----------|--|--|

Tabel 5.2
Analisis SWOT Eksternal

| Faktor | Peluang (O) | Ancaman (T) |
|------------------------------|---|---|
| SDM/ Organisasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Terletak di perbatasan Sulawesi Tengah, Sulawesi Tenggara dan Kab. Luwu Utara (dapat diakses, dengan jenis layanan lebih banyak) 2. Besarnya presentase penduduk PUS | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kesulitan dalam mendapatkan dokter spesialis |
| Bisnis internal | <ol style="list-style-type: none"> 1. Banyaknya perusahaan di wilayah Kabupaten Luwu Timur 2. Pengembangan SIM-RS, memudahkan masyarakat mendapatkan informasi 3. Adanya SK Gubernur Sulawesi Selatan menetapkan RSUD I Lagaligo menjadi RS rujukan penyangga | <ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat Rumah Sakit Swasta, RS Awal Bros yang melayani pasien BPJS dan adanya pembangunan RS Pemerintah (Malili) 2. Pasien takut melakukan kunjungan ke rumah sakit 3. Budaya masyarakat masih cenderung ke pengobatan alternatif |
| Kepuasan pelanggan eksternal | <ol style="list-style-type: none"> 1. Rumah sakit rujukan dikabupaten. 2. Tingginya kesadaran masyarakat terhadap kesehatan. 3. Minat masyarakat pada pelayanan Rawat Inap dan kelas I-II 4. Harapan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang cangguh dan berkualitas | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mahalnya pembiayaan pelayanan di rumah sakit 2. Mutu pelayanan yang masih dirasakan kurang oleh pelanggan. |
| Keuangan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya Permendagri 61 tahun 2007 tentang pedoman teknis PPK-BLUD | <ol style="list-style-type: none"> 1. Belum adanya kesamaan persepsi mengakibatkan ditetapkannya RSUD I Lagaligo sebagai PPK- |

| | | |
|--|--|---|
| | | BLUD, maka subsidi APBD setiap tahunnya berkurang |
|--|--|---|

Strategi dan Kebijakan

Mengacu pada analisis SWOT (Kekuatan, Kelemahan, Peluang dan Ancanam) maka perlu dianalisis dengan pola dasar asumsi strategis dan kebijakan RSUD I Lagaligo seperti pada tabel berikut :

Tabel T-C.26
TUJUAN, SASARAN, STRATEGI, DAN KEBIJAKAN

| VISI : Kabupaten Luwu Timur yang Berkelanjutan dan Lebih Maju Berlandaskan Nilai Agama dan Budaya | | | |
|--|--|---|---|
| MISI 1 : Meningkatkan Kesejahteraan dan Taraf Hidup Masyarakat Secara Menyeluruh | | | |
| Tujuan | Sasaran | Strategi | Arah Kebijakan |
| 1. Mewujudkan Kualitas Pelayanan Rumah Sakit | 1. Meningkatkan Mutu Pelayanan Rumah Sakit | <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan Kepuasan Pelanggan dengan pengembangan inovasi-inovasi pelayanan berbasis IT 2. Pengembangan produk layanan baru berbasis IT 3. Pemantapan penerapan akreditasi rumah sakit | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemenuhan tenaga medis (spesialis) 2. Melakukan inovasi-inovasi pelayanan baik tingkat unit, nasional maupun internasional 3. Peningkatan <i>Performance</i> SDM dan ruang pelayanan 4. Pemenuhan standar Minimal pelayanan rumah sakit |

| MISI 4 : Menciptakan Kepemerintahan dan Pelayanan Publik Yang Lebih Baik | | | |
|--|--|--|---|
| Tujuan | Sasaran | Strategi | Arah Kebijakan |
| 1. Meningkatkan Akuntabilitas Kinerja dan Keuangan Penyelenggara n Layanan Rumah Sakit | 1. Meningkatkan Akuntabilitas dan Kinerja Keuangan | 1. Mewujudkan optimalisasi fleksibilitas PPK-BLUD, peningkatan pendapatan dan efisiensi anggaran | 3. Peningkatan SAKIP OPD 4. Menerapkan efisiensi anggaran dan melakukan pemantapan penerapan PPK-BLUD (Fleksibilitas, payung hukum dan penatausahaan keuangan) 5. Melaksanakan monitoring dan evaluasi kinerja keuangan |
| 2. Mewujudkan Kualitas Pelayanan Rumah Sakit | 2. Meningkatkan Mutu Pelayanan Rumah Sakit | 2. Peningkatan kompetensi, performance SDM, kemampuan marketing dan pemenuhan SDM sesuai kebutuhan | 1. Melakukan monitoring dan evaluasi kinerja individu 2. Peningkatan kompetensi SDM medis dan non medis 3. Pemenuhan kebutuhan SDM sesuai pengembangan pelayanan |

BAB VI

RENCANA PROGRAM DAN KEGIATAN SERTA PENDANAAN

6.1 Program dan Kegiatan

Berdasarkan Visi, Misi, Tujuan, Sasaran, Strategi, dan Arah Kebijakan yang telah dirumuskan maka telah disusun rencana program dan kegiatan RSUD I Lagaligo Kabupaten Luwu Timur Tahun 2021-2026.

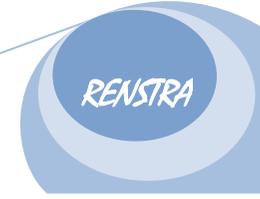
Program merupakan penjabaran mengenai langkah-langkah yang diambil untuk menjabarkan kebijakan yang berisi satu atau lebih kegiatan yang dilaksanakan, sedangkan kegiatan merupakan penjabaran lebih lanjut dari program yang akan dilaksanakan secara bertahap per tahun selama lima tahun kedepan, yang dapat dijabarkan sebagai berikut :

1. Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat
2. Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan
3. Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah Kabupaten Atau Kota

6.2 Kelompok Sasaran

Tabel 6.1
Kelompok Sasaran

| NO | PROGRAM | KELOMPOK SASARAN |
|----|---|---|
| 1. | Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat | Meningkatnya pelaksanaan tugas dan fungsi SKPD |
| 2. | Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan | Teerlaksananya upaya kesehatan masyarakat |
| 3. | Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah Kabupaten Atau Kota | Terlaksananya upaya kesehatan perorangan rumh sakit |



Tabel T-C.27
Rencana Program, Kegiatan, Dan Pendanaan RSUD I Lagaligo
Kabupaten Luwu Timur

| Tujuan | Sasaran | Indikator sasaran | Program, Kegiatan, dan Subkegiatan | Indikator Kinerja Program (outcome) dan Kegiatan (output) | Data Capaian pada Tahun Awal Perencanaan | Asumsi Capaian Kinerja dan pendanaan 2021 | | Target Kinerja Program dan Kerangka Pendanaan | | | | | | | | | | Unit Kerja SKPD Penanggung-jawab | Lokasi | Ket. | | | | | | |
|---|---|---|---|--|--|---|----------------|---|----------------|---------|----------------|---------|----------------|--------|----------------|---------|----------------|----------------------------------|-----------------|-----------------|---|---|-----|--|--|--|
| | | | | | | 2021 | | 2022 | | 2023 | | 2024 | | 2025 | | 2026 | | | | | Kondisi akhir periode Renstra SKPD (2026) | | | | | |
| | | | | | | target | Rp | Target | Rp | target | Rp | target | Rp | target | Rp | target | Rp | | | | target | Rp | | | | |
| 1 | 2 | 3 | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) | (14) | (15) | (16) | (17) | (18) | (19) | (20) | (21) | (22) | (23) | (23) | | | | |
| Mewujudkan kualitas pelayanan rumah sakit | Meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit | 1. Elemen Penilaian (EP) akreditasi RS yang memenuhi target | 1. Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat | Cakupan pelayanan kesehatan rujukan (%) | 22% | 24% | 60.351.410.880 | 24% | 15.768.014.000 | 24,5 % | 25.878.123.768 | 25 % | 24.553.644.908 | 25,5 % | 25.654.644.908 | 25,5% | 21.857.444.908 | 25,5% | 113.711.872.492 | RSUD I Lagaligo | RSUD | Keg ini mendukung KP1 , pem bangunan dan pengadaan ken dara an oper asio na | | | | |
| | | | 1). Penyediaan Penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan untuk UKM dan UKP kewenangan daerah kabupaten/ kota | Persentase ketersediaan sarana, prasarana dan alat kesehatan/ alat penunjang medik rumah sakit (%) | 90% | 73% | | 73% | | 73.50 % | | 73.80 % | | 74% | | 74,40 % | | 75% | | | | | 75% | | | |
| | | | | Persentase sarana, prasarana dan alat kesehatan yang berfungsi dengan baik (%) | 75% | 80% | 44.828.963.699 | 80% | 6.538.050.000 | 85% | 10.551.883.868 | 85% | 9.465.883.868 | 85% | 10.571.883.868 | 85% | 6.964.683.868 | 85% | 44.092.385.472 | | | | | | | |



| Tujuan | Sasaran | Indikator sasaran | Program, Kegiatan, dan Subkegiatan | Indikator Kinerja Program (outcome) dan Kegiatan (output) | Data Capaian pada Tahun Awal Perencanaan | Asumsi Capaian Kinerja dan pendanaan 2021 | | Target Kinerja Program dan Kerangka Pendanaan | | | | | | | | | | | | Unit Kerja SKPD Penanggungjawab | Lokasi | Ket. |
|--------|---------|-------------------|---|---|--|---|----------------|---|---------------|----------|---------------|----------|---------------|----------|---------------|----------|---------------|---|----------------|---------------------------------|--------|------|
| | | | | | | 2021 | | 2022 | | 2023 | | 2024 | | 2025 | | 2026 | | Kondisi akhir periode Renstra SKPD (2026) | | | | |
| | | | | | | target | Rp | Target | Rp | target | Rp | target | Rp | target | Rp | target | Rp | target | Rp | | | |
| 1 | 2 | 3 | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) | (14) | (15) | (16) | (17) | (18) | (19) | (20) | (21) | (22) | (23) | (23) |
| | | | Pengembangan Rumah Sakit | Jumlah Gedung yang dibangun/di kembangkan (Unit) | 9 Unit | 2 Unit | 36.069.344.712 | 2 Unit | 1.000.000.000 | 2 Unit | 422.004.753 | 1 Unit | 4.880.000.000 | 4 Unit | 4.422.200.000 | 2 Unit | 1.500.000.000 | 13 Unit | 12.224.204.753 | | | |
| | | | Pengadaan prasarana dan pendukung fasilitas pelayanan kesehatan | Jumlah prasarana dan pendukung fasilitas pelayanan kesehatan yang diadakan (unit) | 1 Unit | 1 Unit | 932.720.000 | 6 Unit | 1.538.050.000 | 21 Unit | 2.120.000.000 | 108 Unit | 1.484.000.000 | 7 Unit | 1.177.800.000 | 1 Unit | 1.107.800.000 | 144 Unit | 7.427.650.000 | | | |
| | | | Pengadaan alat kesehatan/ alat penunjang medik fasilitas pelayanan kesehatan | Jumlah pengadaan alat kesehatan/ Kedokteran rumah sakit (unit) | 45 Unit | 116 Unit | 7.826.898.987 | 48 Unit | 4.000.000.000 | 27 Unit | 5.957.995.247 | 144 Unit | 1.000.000.000 | 1 Unit | 2.900.000.000 | 10 Unit | 2.100.000.000 | 346 Unit | 15.957.995.247 | | | |
| | | | Pemeliharaan rutin dan berkala alat kesehatan/ alat penunjang medik fasilitas pelayanan kesehatan | Jumlah alkes/ alat penunjang medik fasilitas pelayanan kesehatan yang dipelihara (unit) | | | | - | - | 420 Unit | 694.832.238 | 447 Unit | 745.807.238 | 547 Unit | 745.807.238 | 548 Unit | 845.807.238 | 548 Unit | 3.032.253.952 | | | |



| Tujuan | Sasaran | Indikator sasaran | Program, Kegiatan, dan Subkegiatan | Indikator Kinerja Program (outcome) dan Kegiatan (output) | Data Capaian pada Tahun Awal Perencanaan | Asumsi Capaian Kinerja dan pendanaan 2021 | | Target Kinerja Program dan Kerangka Pendanaan | | | | | | | | | | | | Unit Kerja SKPD Penanggungjawab | Lokasi | Ket. | |
|--------|---------|-------------------|---|---|--|---|----------------|---|---------------|--------------------------------|---------------|--------------------------------|----------------|--------------------------------|----------------|--------------------------------|----------------|---|-----------------|---------------------------------|--|----------------|--|
| | | | | | | 2021 | | 2022 | | 2023 | | 2024 | | 2025 | | 2026 | | Kondisi akhir periode Renstra SKPD (2026) | | | | | |
| | | | | | | target | Rp | Target | Rp | target | Rp | target | Rp | target | Rp | target | Rp | target | Rp | | | | |
| 1 | 2 | 3 | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) | (14) | (15) | (16) | (17) | (18) | (19) | (20) | (21) | (22) | (23) | (23) | |
| | | | Pemeliharaan sarana fasilitas pelayanan kesehatan | Jumlah sarana yang dipelihara (unit) | | | | - | - | 32 Unit (8908 m ²) | 668.143.670 | 32 Unit (8908 m ²) | 668.218.670 | 32 Unit (8908 m ²) | 668.218.670 | 32 Unit (8908 m ²) | 668.218.670 | 32 Unit (8908 m ²) | 2.672.799.680 | | | | |
| | | | prasarana dan pendukung fasilitas pelayanan kesehatan | Jumlah prasarana yang dipelihara (unit) | | | | - | - | 7 Unit | 688.907.960 | 7 Unit | 687.857.960 | 7 Unit | 657.857.960 | 8 Unit | 742.857.960 | 8 Unit | 2.777.481.840 | | | | |
| | | | 2).Penyediaan layanan kesehatan untuk UKM dan UKP rujukan tingkat daerah kabupaten/kota | Persentase rujukan yang dilayani (%) | 64,33% | 98% | 15.522.447.181 | 98% | 98,20% | 14.353.239.900 | 98,40% | 14.134.761.040 | 98,60% | 14.159.761.040 | 98,80% | 14.159.761.040 | 100% | 66.037.487.020 | RSUD I Lagaligo | RSUD | Keg ini mendukung KP1 berupa pelayanan pas rawat inap pasien dan tupoksi rum | | |
| | | | | Terpenuhi tingkat layanan spesialis dirumah sakit (%) | 90% | 100% | | 100% | 100% | | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | | | | | | | |
| | | | Operasional Pelayanan Rumah Sakit | Jumlah Mou kemitraan rumah sakit (spesialis) | 3 Spesialis | 8 Spesialis | 8.883.322.000 | 9 Spesialis | 4.404.964.000 | 9 Spesialis | 9.853.239.900 | 10 Spesialis | 10.134.761.040 | 10 Spesialis | 10.159.761.040 | 10 Spesialis | 10.159.761.040 | 10 Spesialis | | | | 44.712.487.020 | |



| Tujuan | Sasaran | Indikator sasaran | Program, Kegiatan, dan Subkegiatan | Indikator Kinerja Program (outcome) dan Kegiatan (output) | Data Capaian pada Tahun Awal Perencanaan | Asumsi Capaian Kinerja dan pendanaan 2021 | | Target Kinerja Program dan Kerangka Pendanaan | | | | | | | | | | | | Unit Kerja SKPD Penanggungjawab | Lokasi | Ket. | |
|--------|---------|-------------------|---|--|--|---|---------------|---|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---|----------------|---------------------------------|--------|----------|--|
| | | | | | | 2021 | | 2022 | | 2023 | | 2024 | | 2025 | | 2026 | | Kondisi akhir periode Renstra SKPD (2026) | | | | | |
| | | | | | | target | Rp | Target | Rp | target | Rp | target | Rp | target | Rp | target | Rp | target | Rp | | | | |
| 1 | 2 | 3 | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) | (14) | (15) | (16) | (17) | (18) | (19) | (20) | (21) | (22) | (23) | (23) | |
| | | | | Jumlah Pasien Pasca Rawat Inap Rumah Sakit yang diantar Pulang (Orang) | | | | 1.095 (Orang) | | 1.460 (Orang) | | 1.825 (Orang) | | 2.190 (Orang) | | 2.190 (Orang) | | 8.761 (Orang) | | | | ah sakit | |
| | | | Pengelolaan Pelayanan Kesehatan bagi Penduduk Terdampak Krisis Kesehatan Akibat Bencana dan atau/berpot | Persentase pasien yang terdampak krisis Kesehatan/ bencana yang dilayani | - | 100% | 6.639.125.181 | 100% | 4.825.000.000 | 100% | 4.500.000.000 | 100% | 4.000.000.000 | 100% | 4.000.000.000 | 100% | 4.000.000.000 | 100% | 21.325.000.000 | | | | |



| Tujuan | Sasaran | Indikator sasaran | Program, Kegiatan, dan Subkegiatan | Indikator Kinerja Program (outcome) dan Kegiatan (output) | Data Capaian pada Tahun Awal Perencanaan | Asumsi Capaian Kinerja dan pendanaan 2021 | | Target Kinerja Program dan Kerangka Pendanaan | | | | | | | | | | | | Unit Kerja SKPD Penanggungjawab | Lokasi | Ket. |
|--------|---------|-------------------|---|---|--|---|-----|---|-------------|--------|-------------|--------|---------------|--------|-------------|--------|-------------|---|---------------|---------------------------------|--------|------|
| | | | | | | 2021 | | 2022 | | 2023 | | 2024 | | 2025 | | 2026 | | Kondisi akhir periode Renstra SKPD (2026) | | | | |
| | | | | | | target | Rp | Target | Rp | target | Rp | target | Rp | target | Rp | target | Rp | target | Rp | | | |
| 1 | 2 | 3 | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) | (14) | (15) | (16) | (17) | (18) | (19) | (20) | (21) | (22) | (23) | (23) |
| | | | ensi bencana | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 3). Penyelenggaraan Sistem Informasi Kesehatan secara terintegrasi | Tersedianya SIM-RS yang efektif dan terintegrasi (%) | | | | 85% | 150.000.000 | 88% | 973.000.000 | 90% | 953.000.000 | 95% | 923.000.000 | 95% | 733.000.000 | 95% | 3.582.000.000 | | | |
| | | | Pengelolaan data dan informasi kesehatan | Tersedianya data rumah sakit sesuai standar dan tepat waktu (%) | | | | - | - | 100% | 623.000.000 | 100% | 623.000.000 | 100% | 623.000.000 | 100% | 270.000.000 | 100% | 2.139.000.000 | | | |
| | | | Pengadaan Alat/Perangkat Sistem Informasi Kesehatan dan Jaringan Internet | Terlaksananya pengadaan alat/perangkat sistem informasi kesehatan rumah sakit (%) | | | | - | - | 100% | 350.000.000 | 100% | 330.000.000 | 100% | 300.000.000 | 100% | 463.000.000 | 100% | 1.443.000.000 | | | |
| | | | 2.Peningkatan Kapasitas SDMK | Persentase Tingkat pemenuhan Pengembangan | | | | - | - | 100% | 927.000.000 | 100% | 1.067.000.000 | 100% | 947.000.000 | 100% | 972.000.000 | 100% | 3.913.000.000 | | | |



| Tujuan | Sasaran | Indikator sasaran | Program, Kegiatan, dan Subkegiatan | Indikator Kinerja Program (outcome) dan Kegiatan (output) | Data Capaian pada Tahun Awal Perencanaan | Asumsi Capaian Kinerja dan pendanaan 2021 | | Target Kinerja Program dan Kerangka Pendanaan | | | | | | | | | | | | Unit Kerja SKPD Penanggungjawab | Lokasi | Ket. |
|---|--|-------------------------|---|---|--|---|-----------------|---|-----------------|-----------|-----------------|-----------|-----------------|-----------|-----------------|-----------|-----------------|---|-----------------|---------------------------------|--------|------|
| | | | | | | 2021 | | 2022 | | 2023 | | 2024 | | 2025 | | 2026 | | Kondisi akhir periode Renstra SKPD (2026) | | | | |
| | | | | | | target | Rp | Target | Rp | target | Rp | target | Rp | target | Rp | target | Rp | target | Rp | | | |
| 1 | 2 | 3 | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) | (14) | (15) | (16) | (17) | (18) | (19) | (20) | (21) | (22) | (23) | (23) |
| | | | | ngan SDMK (%) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 4). Pengembangan mutu dan peningkatan kompetensi teknis SDMK tingkat daerah kab/ kota | Presentasi tenaga kesehatan mengikuti pelatihan/ bimtek (%) | | | | - | - | 100% | 927.000.000 | 100% | 1.067.000.000 | 100% | 947.000.000 | 100% | 972.000.000 | 100% | 3.913.000.000 | | | |
| | | | Pengembangan mutu dan peningkatan kompetensi teknis SDMK tingkat daerah kab/ kota | Jumlah pegawai yang mengikuti pelatihan/ bimtek/ inhouse training (org) | | | | - | - | 118 Orang | 927.000.000 | 124 Orang | 1.067.000.000 | 127 Orang | 947.000.000 | 128 Orang | 972.000.000 | 1002 Orang | 3.913.000.000 | | | |
| 2. Meningkatkan akuntabilitas kinerja dan | Meningkatkan akuntabilitas kinerja dan | Nilai SAKIP rumah sakit | 3. Penunjang Urusan Pemerintah Daerah Kab/Kota | Persentase penunjang urusan perangkat daerah berjalan sesuai | | 100% | 125.248.480.898 | 100% | 116.470.822.342 | 100% | 128.201.272.556 | 100% | 133.425.160.022 | 100% | 138.655.531.604 | 100% | 141.968.866.278 | 100% | 658.721.662.802 | | | |



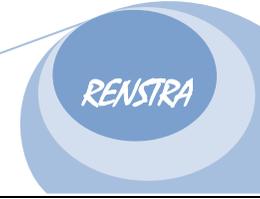
| Tujuan | Sasaran | Indikator sasaran | Program, Kegiatan, dan Subkegiatan | Indikator Kinerja Program (outcome) dan Kegiatan (output) | Data Capaian pada Tahun Awal Perencanaan | Asumsi Capaian Kinerja dan pendanaan 2021 | | Target Kinerja Program dan Kerangka Pendanaan | | | | | | | | | | | | Unit Kerja SKPD Penanggung-jawab | Lokasi | Ket. | |
|--|----------|-------------------|---|--|--|---|---------------|---|------------|--------|------------|--------|------------|--------|------------|--------|------------|---|-------------|----------------------------------|--------|------|--|
| | | | | | | 2021 | | 2022 | | 2023 | | 2024 | | 2025 | | 2026 | | Kondisi akhir periode Renstra SKPD (2026) | | | | | |
| | | | | | | target | Rp | Target | Rp | target | Rp | target | Rp | target | Rp | target | Rp | target | Rp | | | | |
| 1 | 2 | 3 | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) | (14) | (15) | (16) | (17) | (18) | (19) | (20) | (21) | (22) | (23) | (23) | |
| keuangan penyelenggaraan layanan rumah sakit | keuangan | | | standar (%) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 5). Perencanaan, penganggaran dan evaluasi kinerja perangkat da | Persentase Penyusunan dokumen perencanaan, penganggaran dan evaluasi tepat waktu (%) | | 100% | 1.759.692.873 | 100% | 34.555.300 | 100% | 40.000.000 | 100% | 40.000.000 | 100% | 42.000.000 | 100% | 42.000.000 | 100% | 198.555.300 | | | | |
| | | | Penyusunan Dokumen Perencanaan Perangkat Daerah | Jumlah dokumen Perencanaan Yang disusun Tepat Waktu (Dokumen) | 6 dok | 8 dok | 1.755.152.873 | 8 Dok | 25.370.000 | 8 Dok | 20.000.000 | 8 Dok | 104.170.000 | | | | |
| | | | Koordinasi dan Penyusunan Laporan Capaian Kinerja & Ikhtisar Realisasi Kinerja SKPD | Jumlah dokumen SAKIP rumah sakit (dokumen) | 1 dok | 1 dok | 4.540.000 | 1 dok | 10.385.300 | 1 dok | 20.000.000 | 1 dok | 20.000.000 | 1 dok | 22.000.000 | 1 dok | 22.000.000 | 1 dok | 94.385.300 | | | | |



| Tujuan | Sasaran | Indikator sasaran | Program, Kegiatan, dan Subkegiatan | Indikator Kinerja Program (outcome) dan Kegiatan (output) | Data Capaian pada Tahun Awal Perencanaan | Asumsi Capaian Kinerja dan pendanaan 2021 | | Target Kinerja Program dan Kerangka Pendanaan | | | | | | | | | | | | Unit Kerja SKPD Penanggung-jawab | Lokasi | Ket. |
|--------|---------|-------------------|---|---|--|---|----------------|---|----------------|-------------|----------------|-------------|----------------|-------------|----------------|-------------|----------------|---|-----------------|----------------------------------|--------|------|
| | | | | | | 2021 | | 2022 | | 2023 | | 2024 | | 2025 | | 2026 | | Kondisi akhir periode Renstra SKPD (2026) | | | | |
| | | | | | | target | Rp | Target | Rp | target | Rp | target | Rp | target | Rp | target | Rp | target | Rp | | | |
| 1 | 2 | 3 | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) | (14) | (15) | (16) | (17) | (18) | (19) | (20) | (21) | (22) | (23) | (23) |
| | | | 6). Administrasi keuangan perangkat daerah | Persentase administrasi keuangan yang terselenggara dengan baik (%) | 100% | 100% | 26.488.788.025 | 100% | 26.753.736.342 | 100% | 28.733.385.561 | 100% | 29.453.470.200 | 100% | 30.189.806.955 | 100% | 30.944.739.629 | 100% | 146.075.138.687 | | | |
| | | | Penyediaan Gaji dan Tunjangan ASN | Jumlah ASN yang gaji dan tunjangan terbayarkan (Orang) | 210 (Orang) | 217 (Orang) | 26.488.788.025 | 217 (Orang) | 26.745.236.342 | 218 (Orang) | 28.723.385.561 | 218 (Orang) | 29.441.470.200 | 220 (Orang) | 30.177.306.955 | 220 (Orang) | 30.931.739.629 | 220 (Orang) | 146.019.138.687 | | | |
| | | | Koordinasi dan Penyusunan Laporan Keuangan Bulanan/ Triwulan/ Semester SKPD | Jumlah dokumen keuangan yang disusun (Dokumen) | | | | 7 dok | 8.500.000 | 7 dok | 10.000.000 | 7 dok | 12.000.000 | 7 dok | 12.500.000 | 7 dok | 13.000.000 | 7 dok | 56.000.000 | | | |
| | | | 7). Administrasi kepegawaian perangkat daerah | Persentase Pegawai PD yang dilayani (%) | | | | - | - | 100% | 13.000.000 | 100% | 60.000.000 | 100% | 337.700.000 | 100% | 62.500.000 | 100% | 473.200.000 | | | |



| Tujuan | Sasaran | Indikator sasaran | Program, Kegiatan, dan Subkegiatan | Indikator Kinerja Program (outcome) dan Kegiatan (output) | Data Capaian pada Tahun Awal Perencanaan | Asumsi Capaian Kinerja dan pendanaan 2021 | | Target Kinerja Program dan Kerangka Pendanaan | | | | | | | | | | | | Unit Kerja SKPD Penanggungjawab | Lokasi | Ket. |
|--------|---------|-------------------|---|--|--|---|-----|---|-----------|-----------|-------------|--------|-------------|------------|-------------|--------|-------------|---|---------------|---------------------------------|--------|------|
| | | | | | | 2021 | | 2022 | | 2023 | | 2024 | | 2025 | | 2026 | | Kondisi akhir periode Renstra SKPD (2026) | | | | |
| | | | | | | target | Rp | Target | Rp | target | Rp | target | Rp | target | Rp | target | Rp | target | Rp | | | |
| 1 | 2 | 3 | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) | (14) | (15) | (16) | (17) | (18) | (19) | (20) | (21) | (22) | (23) | (23) |
| | | | Peningkatan Sarana dan Prasarana Disiplin Pegawai | Persentase pemenuhan sarana dan prasarana disiplin pegawai (%) | | | | - | - | - | - | 5% | 60.000.000 | | | 5% | 62.500.000 | 5% | 122.500.000 | | | |
| | | | Pengadaan Pakaian Dinas Beserta Atribut Kelengkapannya | Jumlah pakaian dinas dan atribut kelengkapannya yang diadakan (stel) | | | | - | - | 11 (stel) | 13.000.000 | | | 614 (stel) | 337.700.000 | | | 625 (stel) | 350.700.000 | | | |
| | | | 8) Administrasi Umum Perangkat Daerah | Terlaksananya administrasi umum perangkat daerah (%) | | | | 70% | 8.000.000 | 75% | 8.000.000 | 75% | 8.500.000 | 80% | 8.500.000 | 80% | 9.000.000 | 80% | 42.000.000 | | | |
| | | | Penatausahaan Arsip Dinamis pada SKPD | Jumlah arsip aktif dan non aktif | | | | 5 dok | 8.000.000 | 5 dok | 8.000.000 | 5 dok | 8.500.000 | 5 dok | 8.500.000 | 5 dok | 9.000.000 | 5 dok | 42.000.000 | | | |
| | | | 8). Pengadaan barang milik daerah penunjang urusan pemerintah | Persentase BMD-PD penunjang yang terpenuhi (%) | | | | - | - | 100% | 291.030.000 | 100% | 465.648.000 | 100% | 423.898.000 | 100% | 387.000.000 | 100% | 1.567.576.000 | | | |



| Tujuan | Sasaran | Indikator sasaran | Program, Kegiatan, dan Subkegiatan | Indikator Kinerja Program (outcome) dan Kegiatan (output) | Data Capaian pada Tahun Awal Perencanaan | Asumsi Capaian Kinerja dan pendanaan 2021 | | Target Kinerja Program dan Kerangka Pendanaan | | | | | | | | | | | | Unit Kerja SKPD Penanggungjawab | Lokasi | Ket. | |
|--------|---------|-------------------|---|--|--|---|-----|---|---------------|---------|---------------|---------|---------------|---------|----------------|---------|----------------|---|----------------|---------------------------------|--------|------|--|
| | | | | | | 2021 | | 2022 | | 2023 | | 2024 | | 2025 | | 2026 | | Kondisi akhir periode Renstra SKPD (2026) | | | | | |
| | | | | | | target | Rp | Target | Rp | target | Rp | target | Rp | target | Rp | target | Rp | target | Rp | | | | |
| 1 | 2 | 3 | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) | (14) | (15) | (16) | (17) | (18) | (19) | (20) | (21) | (22) | (23) | (23) | |
| | | | daerah | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Pengadaan peralatan dan mesin lainnya | Jumlah peralatan dan mesin lainnya yang diadakan (unit) | | | | - | - | 38 Unit | 291.030.000 | 49 Unit | 465.648.000 | 45 Unit | 423.898.000 | 15 Unit | 387.000.000 | 147 Unit | 1.567.576.000 | | | | |
| | | | 9).Penyediaan jasa penunjang urusan pemerintah daerah | Persentase pemenuhan jasa penunjang urusan pemerintah daerah yang tersedia (%) | | | | 100% | 7.518.600.000 | 100% | 9.835.551.015 | 100% | 9.966.635.842 | 100% | 10.097.720.669 | 100% | 10.097.720.669 | 100% | 47.672.158.895 | | | | |
| | | | Penyediaan Jasa Pelayanan Umum Kantor | Jumlah jasa tenaga pelayanan umum kantor yang disediakan (Orang) | | | | 391 org | 7.674.530.700 | 393 org | 9.835.551.015 | 393 org | 9.966.635.842 | 393 org | 10.097.720.669 | 393 org | 10.097.720.669 | 393 org | 47.672.158.895 | | | | |
| | | | | Jasa Kebersihan Umum Rumah Sakit yang Terbayarkan | | | | | 10 Bln | | 12 Bln | | 12 Bln | 12 Bln | 12 Bln | 12 Bln | 12 Bln | 12 Bln | | | | | |



| Tujuan | Sasaran | Indikator sasaran | Program, Kegiatan, dan Subkegiatan | Indikator Kinerja Program (outcome) dan Kegiatan (output) | Data Capaian pada Tahun Awal Perencanaan | Asumsi Capaian Kinerja dan pendanaan 2021 | | Target Kinerja Program dan Kerangka Pendanaan | | | | | | | | | | | | Unit Kerja SKPD Penanggungjawab | Lokasi | Ket. |
|--------|---------|-------------------|---|---|--|---|----------------|---|----------------|--------|----------------|--------|----------------|--------|----------------|--------|-----------------|---|-----------------|---------------------------------|--------|------|
| | | | | | | 2021 | | 2022 | | 2023 | | 2024 | | 2025 | | 2026 | | Kondisi akhir periode Renstra SKPD (2026) | | | | |
| | | | | | | target | Rp | Target | Rp | target | Rp | target | Rp | target | Rp | target | Rp | target | Rp | | | |
| 1 | 2 | 3 | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) | (14) | (15) | (16) | (17) | (18) | (19) | (20) | (21) | (22) | (23) | (23) |
| | | | | n (Bulan) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 10).Pemeliharaan barang milik daerah Penunjang Urusan pemerintah daerah | Persentase BMD penunjang urusan pemerintah yang terpelihara dengan baik (%) | | | | - | - | 100% | 310.305.980 | 100% | 360.905.980 | 100% | 385.905.980 | 100% | 385.905.980 | 100% | 1.443.023.920 | | | |
| | | | Pemeliharaan Peralatan dan Mesin Lainnya | Jumlah peralatan dan mesin lainnya yang dipelihara (Unit) | | | | - | - | 180 | 310.305.980 | 230 | 360.905.980 | 300 | 385.905.980 | 300 | 385.905.980 | 300 | 1.443.023.920 | | | |
| | | | 10).Peningkatan Pelayanan BLUD | Persentase peningkatan pelayanan BLUD yang berjalan dengan Baik (%) | | 2% | 97.000.000.000 | 4% | 82.000.000.000 | 8,5% | 88.970.000.000 | 13,50% | 93.070.000.000 | 18,50% | 97.170.000.000 | 22% | 100.040.000.000 | 22% | 461.250.000.000 | | | |
| | | | Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD | Jumlah Kunjungan Pasien BLUD (Orang/Pasi) | 69.783 | 71.155 | 97.000.000.000 | 74.364 | 82.000.000.000 | 77.582 | 88.970.000.000 | 81.157 | 93.070.000.000 | 84.732 | 97.170.000.000 | 87.235 | 100.040.000.000 | 476.225 | 461.250.000.000 | | | |



| Tujuan | Sasaran | Indikator sasaran | Program, Kegiatan, dan Subkegiatan | Indikator Kinerja Program (outcome) dan Kegiatan (output) | Data Capaian pada Tahun Awal Perencanaan | Asumsi Capaian Kinerja dan pendanaan 2021 | | Target Kinerja Program dan Kerangka Pendanaan | | | | | | | | | | | | Unit Kerja SKPD Penanggungjawab | Lokasi | Ket. |
|--------|---------|-------------------|------------------------------------|---|--|---|-----|---|------|-----------------|------|-----------------|------|-----------------|------|-----------------|------|---|------|---------------------------------|--------|------|
| | | | | | | 2021 | | 2022 | | 2023 | | 2024 | | 2025 | | 2026 | | Kondisi akhir periode Renstra SKPD (2026) | | | | |
| | | | | | | target | Rp | Target | Rp | target | Rp | target | Rp | target | Rp | target | Rp | target | Rp | | | |
| 1 | 2 | 3 | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) | (14) | (15) | (16) | (17) | (18) | (19) | (20) | (21) | (22) | (23) | (23) |
| | | | | en) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Jumlah PAD BLUD (Rp) | | 97.000.000 | | 82.000.000 | | 88.970.000 | | 93.070.000 | | 97.170.000 | | 100.040.000 | | 558.250.000 | | | | |
| | | | | | | 185.599.891.778 | | 132.238.836.342 | | 155.006.396.324 | | 159.045.804.930 | | 165.257.176.512 | | 164.798.311.186 | | 776.346.525.294 | | | | |

BAB VII

KINERJA PENYELENGGARAAN BIDANG URUSAN

Penetapan indikator kinerja atau ukuran kinerja akan digunakan untuk mengukur kinerja atau keberhasilan organisasi. Pengukuran kinerja organisasi akan dapat dilakukan dengan mudah, cepat, tepat dan akurat jika terlebih dahulu ditetapkan indikator kinerja yang telah disepakati bersama. Penetapan indikator kinerja merupakan syarat penting untuk menetapkan rencana kinerja sebagai penjabaran dari Rencana Pembangunan Jangka Menengah atau Rencana Strategi Organisasi. Hal ini mengingat rencana kinerja akan merupakan gambaran sosok tampilan organisasi di masa yang akan datang. Indikator kinerja akan dapat dijadikan sebagai media perantara untuk memberi gambaran tentang prestasi organisasi yang diharapkan di masa mendatang.

Kinerja organisasi pada dasarnya dapat digambarkan melalui tingkat capaian sasaran organisasi dan tingkat efisiensi dan efektivitas pencapaian sasaran dimaksud. Dengan demikian, indikator kinerja yang diharapkan dapat menggambarkan tingkat pencapaian kinerja organisasi, haruslah ditetapkan dengan hati-hati sehingga benar-benar dapat menggambarkan keadaan unuk kerja organisasi secara rill.

Berdasarkan uraian makna penetapan kinerja organisasi tersebut maka guna dapat mengukur tingkat capaian kinerja pelaksanaan pembangunan SKPD, diperlukan penetapan indikator kinerja dalam bentuk penetapan indikator kinerja program pembangunan daerah ditetapkan dengan memenuhi kriteria sebagai berikut : (1) terkait dengan upaya pencapaian sasaran pembangunan daerah, (2) menggambarkan hasil pencapaian program pembangunan yang diharapkan , (3) memfokuskan pada hal-hal utama, penting dan merupakan prioritas program pembangunan daerah, dan (4) terkait dengan pertanggungjawaban pelaksanaan pembangunan daerah.

1. Indikator Kinerja Utama (IKU)

Indikator Kinerja Utama (IKU) RSUD IILagaligo Kabupaten Tahun 2021-2026 yang mengacu pada tujuan dan sasaran RPJMD Kabupaten Luwu Timur Tahun 2021-2026 adalah indikator kinerja yang secara langsung menunjukkan kinerja yang akan dicapai rumah sakit dalam lima tahun mendatang sebagai komitmen untuk mendukung pencapaian tujuan dan sasaran RPJMD Kabupaten Luwu Timur Tahun 2021-2026.

Indikator Kinerja Utama (IKU) RSUD I Lagaligo ini menjadi tolak ukur kinerja dalam evaluasi kinerja penyelenggaraan pemerintah dan pembangunan di RSUD I Lagaligo Kabupaten Luwu Timur. Indikator yang termuat juga akan menjadi bahan dalam pelaporan kinerja, sehingga perlu dipedomani oleh seluruh aparatur di RSUD I Lagaligo Kabupaten Luwu Timur, yang diuraikan pada tabel T-C 28.



Tabel T-C. 28

Indikator Kinerja SKPD Yang Mengacu Pada Tujuan dan Sasaran RPJMD

| NO | INDIKATOR | KONDISI KINERJA PADA AWAL PERIODE RPJMD | TARGET CAPAIAN SETIAP TAHUN | | | | | | KONDISI KINERJA PADA AKHIR PERIODE |
|----|--|---|-----------------------------|------|------|------|------|------|------------------------------------|
| | | | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | |
| 1 | Elemen Penilaian Akreditasi Rumah Sakit yang memenuhi target | | 80 | 82 | 83 | 83 | 84 | 85 | |
| 2 | Presentase indikator SPM rumah sakit yang memenuhi target | | 89.43% | 90% | 93% | 95% | 95% | 100% | |
| 3 | Kinerja Mutu Pelayanan (BOR, LOS, TOI, BTO, NDR, GDR) | | | | | | | | |
| | BOR | | 75% | 75% | 75% | 80% | 80% | 80% | |



| | | | | | | | | | |
|---|-------------|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--|
| | LOS | | 2,2 hr | 2,2 hr | 2,2 hr | 2,5 hr | 2,5 hr | 2,5 hr | |
| | TOI | | 3,2 hr | 2,5hr | 2,5 hr | 2 hr | 2 hr | 2 hr | |
| | BTO | | 50 kl | |
| | NDR | | 25‰ | 25‰ | 21‰ | 21‰ | 20‰ | 20‰ | |
| | GDR | | 45‰ | 43‰ | 43‰ | 40‰ | 40‰ | 40‰ | |
| 4 | Nilai SAKIP | | 70 | 71.05 | 71.50 | 72 | 72.85 | 72.85 | |

2. Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan

Selain indikator kinerja utama yang tertuang dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Kabupaten Luwu Timur tahun 2021-2026, indikator kinerja lain tertuang dalam Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan merupakan salah satu tolak ukur kinerja pelayanan kesehatan yang diselenggarakan Kabupaten/Kota, yang tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

Standar Pelayanan Minimal rumah sakit merupakan acuan bagi Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dalam penyediaan pelayanan kesehatan yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Adapun indikator dan target Standar Pelayanan Minimal rumah sakit dapat dilihat pada table 7.2.



Tabel 7.1

Indikator Kinerja Standar Pelayanan Minimal (SPM)

RSUD I Lagaligo Kabupaten Luwu Timur

| No | Indikator | Standar | Kondisi Kinerja Pada Awal Periode RPJMD | Capaian | | | | | | Kondisi Kinerja Pada Akhir Periode | Bidang Penanggung Jawab | |
|----------|---|-------------------------|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------------------------------|-------------------------|--|
| | | | | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2025 | | | |
| I | Pelayanan Gawat Darurat | | | | | | | | | | | |
| 1. | Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 2. | Jam buka Pelayanan Gawat Darurat | 24 Jam | 24 Jam | 24 jam | 24 jam | 24 jam | 24 jam | 24 jam | 24 jam | 24 jam | 24 jam | |
| 3. | Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS | 100% | 83,80% | 90% | 90% | 95% | 95% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 4. | Ketersediaan tim penanggulangan bencana | Satu tim | 1 Tim | 1 Tim | 1 Tim | 1 Tim | 1 Tim | 1 Tim | 1 Tim | 1 Tim | 1 Tim | |
| 5. | Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat | ≤ lima menit terlayani, | 17,07 Detik | ≤ 1 Menit | ≤ 1 Menit | |

| No | Indikator | Standar | Kondisi Kinerja Pada Awal Periode RPJMD | Capaian | | | | | | Kondisi Kinerja Pada Akhir Periode | Bidang Penanggung Jawab |
|-----------|--|---|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|------------------------------------|-------------------------|
| | | | | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2025 | | |
| | | setelah pasien datang | | | | | | | | | |
| 6. | Kepuasan Pelanggan pada gawat darurat | ≥ 70 % | 85% | 75% | 80% | 80% | 80% | 80% | 85% | 85% | |
| 7. | Kematian pasien di IGD (≤ 8 Jam) | ≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam) | 0,65/1000 | ≤ 2/1000 | ≤ 2/1000 | ≤ 2/1000 | ≤ 2/1000 | ≤ 2/1000 | ≤ 2/1000 | ≤ 2/1000 | |
| 8. | Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| II | Pelayanan Rawat Jalan | | | | | | | | | | |
| 1. | Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis | 100 % Dokter Spesialis | 92,32% | 95% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 2. | Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan | Minimal sesuai dengan | Sesuai | Sesuai | Sesuai | Sesuai | Sesuai | Sesuai | Sesuai | Sesuai | |

| No | Indikator | Standar | Kondisi Kinerja Pada Awal Periode RPJMD | Capaian | | | | | | Kondisi Kinerja Pada Akhir Periode | Bidang Penanggung Jawab |
|----|---|--|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|------------------------------------|-------------------------|
| | | | | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2025 | | |
| | | jenis dan klasifikasi Rumah Sakit | | | | | | | | | |
| 3. | Jam buka pelayanan dengan ketentuan | 08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jumat : 08.00 - 11.00 | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 4. | Waktu tunggu di rawat jalan | ≤ 60 menit | 9,81 Menit | 15 menit | 15 menit | 15 menit | 15 menit | 15 menit | 15 menit | 15 menit | |
| 5. | Kepuasan Pasien | ≥ 90% | 85% | 90% | 95% | 95% | 95% | 95% | 95% | 95% | |
| 6. | Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 7. | Pencatatan & pelaporan TB di RS | ≥ 60 % | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 8. | Pasien rawat jalan TB yang ditangani dengan | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |

| No | Indikator | Standar | Kondisi Kinerja Pada Awal Periode RPJMD | Capaian | | | | | | Kondisi Kinerja Pada Akhir Periode | Bidang Penanggung Jawab |
|------------|---|--|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|------------------------------------|-------------------------|
| | | | | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2025 | | |
| | strategi DOTS | | | | | | | | | | |
| 9. | Ketersediaan Pelayanan VCT (HIV) | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | |
| 10. | Peresepan obat sesuai formularium | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| III | Pelayanan Rawat Inap | | | | | | | | | | |
| 1. | Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap | Sesuai Jenis dan Kelas Rumah Sakit | Sesuai | Sesuai | Sesuai | Sesuai | Sesuai | Sesuai | Sesuai | Sesuai | |
| 2. | Pemberi pelayanan di Rawat Inap | Sesuai Pola Ketenagaan , Jenis dan Kelas Rumah Sakit | Sesuai | Sesuai | Sesuai | Sesuai | Sesuai | Sesuai | Sesuai | Sesuai | |
| 3. | Tempat tidur dengan pengaman | 100% | 96,23% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 4. | Kamar mandi dengan pengaman pegangan tangan | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |

| No | Indikator | Standar | Kondisi Kinerja Pada Awal Periode RPJMD | Capaian | | | | | | Kondisi Kinerja Pada Akhir Periode | Bidang Penanggung Jawab |
|-----|--|----------|---|---------|-------|-------|-------|-------|-------|------------------------------------|-------------------------|
| | | | | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2025 | | |
| 5. | Dokter penanggung jawab pasien rawat inap | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 6. | Jam Visite Dokter Spesialis | 100% | 87,81% | 90% | 95% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 7. | Kejadian infeksi pasca operasi | ≤1,5 % | 0,004% | 0,05% | 0,05% | 0,01% | 0,01% | 0,01% | 0,01% | 0,01% | |
| 8. | Kejadian Infeksi Nosokomial | ≤9 % | 0,05% | 0,05% | 0,05% | 0,01% | 0,01% | 0,01% | 0,01% | 0,01% | |
| 9. | Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 10. | Pasien rawat inap Tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 11. | Pencatatan & pelaporan TB di RS | ≥ 60 % | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 12. | Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh | ≤ 5 % | 0,01% | 1% | 1% | 1% | 1% | 1% | 1% | 1% | |
| 13. | Kematian pasien >8 Jam | ≤ 0.24 % | 0,01% | 0.2% | 0.2% | 0.2% | 0.2% | 0.2% | 0.2% | 0.2% | |

| No | Indikator | Standar | Kondisi Kinerja Pada Awal Periode RPJMD | Capaian | | | | | | Kondisi Kinerja Pada Akhir Periode | Bidang Penanggung Jawab |
|-----------|--|---------------------------------|---|---------|--------|--------|--------|--------|--------|------------------------------------|-------------------------|
| | | | | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2025 | | |
| 14. | Kepuasan pasien | ≥90 % | 90% | 90% | 92% | 92% | 95% | 95% | 95% | 95% | |
| IV | Bedah Sentral | | | | | | | | | | |
| 1. | Ketersediaan tim bedah | Sesuai dengan kelas rumah sakit | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 2. | Ketersediaan fasilitas dan peralatan operasi | Sesuai dengan kelas rumah sakit | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 3. | Kemampuan melakukan Tindakan operasi | Sesuai dengan kelas rumah sakit | 87,4% | 88% | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% | |
| 4. | Waktu tunggu operasi elektif | ≤ 2 Hari | 1 Hari | 1 Hari | 1 Hari | 1 Hari | 1 Hari | 1 Hari | 1 Hari | 1 Hari | |
| 5. | Tidak adanya kejadian operasi salah sisi | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 6. | Tidak adanya kejadian operasi salah orang | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 7. | Tidak adanya kejadian salah tindakan pada | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |

| No | Indikator | Standar | Kondisi Kinerja Pada Awal Periode RPJMD | Capaian | | | | | | Kondisi Kinerja Pada Akhir Periode | Bidang Penanggung Jawab |
|----------|--|---------------------------------|---|---------|-------|-------|-------|-------|-------|------------------------------------|-------------------------|
| | | | | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2025 | | |
| | operasi | | | | | | | | | | |
| 8. | Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 9. | Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan anestesi endotracheal tube | ≤6 % | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | |
| 10. | Kejadian Kematian di meja operasi | ≤1 % | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | |
| 11. | Kepuasan Pelanggan | ≥80 % | 85% | 80% | 82% | 83% | 85% | 85% | 85% | 85% | |
| V | Persalinan & Perinatologi | | | | | | | | | | |
| 1. | Pemberi pelayanan persalinan normal | Standar Sp.OG/dokter umum/bidan | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 2. | Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit | Tim PONEK yang terlatih | 2 Tim | 2 Tim | 2 Tim | 2 Tim | 2 Tim | 2 Tim | 2 Tim | 2 Tim | |

| No | Indikator | Standar | Kondisi Kinerja Pada Awal Periode RPJMD | Capaian | | | | | | Kondisi Kinerja Pada Akhir Periode | Bidang Penanggung Jawab |
|-----|---|--|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|------------------------------------|-------------------------|
| | | | | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2025 | | |
| 3. | Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi | Dokter Sp.OG, Dokter SPA, Dokter Sp.An | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | |
| 4. | Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 5. | Kemampuan menangani bayi lahir dengan afiksia | 100% | 95,91% | 96% | 97% | 98% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 6. | Pertolongan Persalinan melalui <i>Sectio caesaria</i> | ≤ 20 % | 25,12% | 25% | 20% | 20% | 20% | 20% | 20% | 20% | |
| 7. | Pelayanan kontrasepsi Mantap dilakukan oleh Sp.OG atau Sp.B, Atau SpU atau dokter umum terlatih | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 8. | Pelayanan konseling pada akseptor kontrasepsi Mantap | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 9. | Kejadian Kematian Ibu karena persalinan | | | | | | | | | | |
| 9.a | Pendarahan | ≤ 1 % | 0,70% | 0.6% | 0.6% | 0.5% | 0.5% | 0.3% | 0.3% | 0.3% | |

| No | Indikator | Standar | Kondisi Kinerja Pada Awal Periode RPJMD | Capaian | | | | | | Kondisi Kinerja Pada Akhir Periode | Bidang Penanggung Jawab |
|-----------|---|---|---|---------|------|------|------|------|------|------------------------------------|-------------------------|
| | | | | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2025 | | |
| 9.b | Pre-Eklampsia | ≤ 30 % | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | |
| 9.c | Sepsis | ≤ 0.2 % | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | |
| 10. | Kepuasan Pelanggan | ≥ 80 % | 85% | 82% | 82% | 83% | 85% | 85% | 85% | 85% | |
| VI | Pelayanan Intensif | | | | | | | | | | |
| 1. | Pemberi pelayanan Unit Intensif | | | | | | | | | | |
| 1.a | Dokter Spesialis Anestesi dan Dokter Spesialis yang sesuai dengan kasus | Sesuai dengan ketentuan kelas Rumah Sakit | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 1.b | Perawat D3 dengan sertifikat mahir ICU | Sesuai dengan ketentuan kelas Rumah Sakit | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 2. | Ketersediaan peralatan dan perlengkapan diruang ICU | Sesuai dengan ketentuan kelas Rumah Sakit | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |

| No | Indikator | Standar | Kondisi Kinerja Pada Awal Periode RPJMD | Capaian | | | | | | Kondisi Kinerja Pada Akhir Periode | Bidang Penanggung Jawab |
|------------|--|--|---|---------|-------|-------|-------|-------|-------|------------------------------------|-------------------------|
| | | | | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2025 | | |
| 3. | Ketersediaan tempat tidur dengan monitor dan ventilator | Sesuai dengan ketentuan kelas Rumah | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 4. | Kepatuhan terhadap Hand Hygiene | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 5. | Kejadian infeksi nasokomial di ruang ICU | ≤ 21% | 0,04% | 0.04% | 0.03% | 0.02% | 0.01% | 0.01% | 0.01% | 0.01% | |
| 6. | Rata-rata pasien yang Kembali dengan kasus yang sama <72 Jam | ≤ 3% | 0,07% | 0.06% | 0.06% | 0.01% | 0.01% | 0.01% | 0.01% | 0.01% | |
| 7. | Kepuasan Pelanggan | ≥70 % | 80% | 72% | 75% | 77% | 78% | 80% | 80% | 80% | |
| VII | Pelayanan Radiologi | | | | | | | | | | |
| 1. | Pemberi pelayanan radiologi | Dokter Spesialis Radilologi, Radiografer | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 2. | Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiografi | Sesuai dengan ketentuan kelas Rumah | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |

| No | Indikator | Standar | Kondisi Kinerja Pada Awal Periode RPJMD | Capaian | | | | | | Kondisi Kinerja Pada Akhir Periode | Bidang Penanggung Jawab |
|-------------|---|--------------------|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|------------------------------------|-------------------------|
| | | | | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2025 | | |
| 3. | Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto | ≤ 3 Jam | 36,55 Menit | 60 Menit | 60 Menit | 60 Menit | 60 Menit | 60 Menit | 60 Menit | 60 Menit | |
| 4. | Kerusakan Foto | ≤2% | 0,1% | 0.1% | 0.1% | 0.1% | 0.1% | 0.1% | 0.1% | 0.1% | |
| 5. | Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian label | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 6. | Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan Rontgen | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 7. | Kepuasan pelanggan | ≥ 80 % | 85% | 80% | 80% | 80% | 85% | 85% | 85% | 85% | |
| VIII | Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik | | | | | | | | | | |
| 1. | Pemberi Pelayanan Patologi Klinik | Dr.Sp.PK, Analisis | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 2. | Ketersediaan Fasilitas dan peralatan Laboratorium Patologi Klinik | 100 % | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 3. | Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium | ≤ 120 Menit | 32,40 % | 60 Menit | |
| 4. | Tidak adanya kejadian tertukar spesimen | 100% | 99,99% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |

| No | Indikator | Standar | Kondisi Kinerja Pada Awal Periode RPJMD | Capaian | | | | | | Kondisi Kinerja Pada Akhir Periode | Bidang Penanggung Jawab |
|-----------|--|----------------------------------|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|------------------------------------|-------------------------|
| | | | | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2025 | | |
| | pemeriksaan Laboratorium | | | | | | | | | | |
| 5. | Kemampuan memeriksa HIV/AIDS | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | |
| 6. | Kemampuan memeriksa microscopi TB paru | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | |
| 7. | Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan Laboratorium | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 8. | Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium | 100 % | 99,98% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 9. | Kesuaian hasil pemeriksaan baku mutu eksternal | 100 % | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 10. | Kepuasan pelanggan | ≥ 80 % | 85% | 80% | 80% | 85% | 85% | 85% | 85% | 85% | |
| IX | Rehabilitasi Medik | | | | | | | | | | |
| 1. | Pemberi Pelayanan Rehabilitasi medik | Sesuai dengan ketentuan kelas RS | Sesuai | Sesuai | Sesuai | Sesuai | Sesuai | Sesuai | Sesuai | Sesuai | |

| No | Indikator | Standar | Kondisi Kinerja Pada Awal Periode RPJMD | Capaian | | | | | | Kondisi Kinerja Pada Akhir Periode | Bidang Penanggung Jawab |
|----------|--|----------------------------------|---|---------|--------|--------|--------|--------|--------|------------------------------------|-------------------------|
| | | | | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2025 | | |
| 2. | Ketersediaan Fasilitas dan peralatan rehabilitasi medik | Sesuai dengan ketentuan kelas RS | Sesuai | Sesuai | Sesuai | Sesuai | Sesuai | Sesuai | Sesuai | Sesuai | |
| 3. | Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi Medik | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 4. | Kejadian Drop Out Pasien terhadap Pelayanan Rehabilitasi yang direncanakan | ≤ 50% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | |
| 5. | Kepuasan pelanggan | ≥80% | 85% | 80% | 80% | 85% | 85% | 85% | 85% | 85% | |
| X | Pelayanan Farmasi | | | | | | | | | | |

| No | Indikator | Standar | Kondisi Kinerja Pada Awal Periode RPJMD | Capaian | | | | | | Kondisi Kinerja Pada Akhir Periode | Bidang Penanggung Jawab |
|----|--|--|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|------------------------------------|-------------------------|
| | | | | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2025 | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 1. | Pemberi pelayanan Farmasi | Sesuai dengan ketentuan kelas RS | | | | | | | | | |
| | a. Apoteker | | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | b. Tehnik kefarmasian | | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 2. | Ketersediaan Fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi | Sesuai dengan ketentuan kelas RS | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 3. | Ketersediaan formularium | Tersedia dan update paling lama 3 Thn. | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | |
| 4. | Waktu tunggu pelayanan obat jadi | ≤ 30 menit | 11,14 Menit | 12 Menit | 15 Menit | |
| 5. | Waktu tunggu pelayanan obat racikan | ≤ 60 menit | 33,19 Menit | 35 Menit | 35 Menit | 35 Menit | 35 Menit | 35 Menit | 35 Menit | 35 Menit | |

| No | Indikator | Standar | Kondisi Kinerja Pada Awal Periode RPJMD | Capaian | | | | | | Kondisi Kinerja Pada Akhir Periode | Bidang Penanggung Jawab |
|-----------|---|----------------------------------|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|------------------------------------|-------------------------|
| | | | | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2025 | | |
| 6. | Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat | 100% | 99,99% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 7. | Kepuasan pelanggan | ≥80% | 87,75% | 85% | 85% | 85% | 90% | 90% | 90% | 90% | |
| XI | Gizi | | | | | | | | | | |
| 1. | Pemberi Pelayanan gizi | Sesuai dengan ketentuan kelas RS | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 2. | Ketersediaan pelayanan konsultasi gizi | Sesuai dengan ketentuan kelas RS | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | |
| 3. | Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien | ≥ 90% | 96,33% | 96% | 96% | 98% | 98% | 98% | 98% | 98% | |
| 4. | Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet | 100 % | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 5. | Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien | ≤20 % | 7,1% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | |

| No | Indikator | Standar | Kondisi Kinerja Pada Awal Periode RPJMD | Capaian | | | | | | Kondisi Kinerja Pada Akhir Periode | Bidang Penanggung Jawab |
|------------|---|---|---|---------|-------|-------|-------|-------|-------|------------------------------------|-------------------------|
| | | | | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2025 | | |
| 6. | Kepuasan pelanggan | ≥ 80% | | 82% | 85% | 85% | 85% | 85% | 85% | | |
| XII | Transfusi Darah | | | | | | | | | | |
| 1. | Tenaga Penyedia Pelayanan Bank Darah | Sesuai dengan ketentuan Pedoman Bank Darah RS | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 2. | Ketersediaan fasilitas dan peralatan Bank Darah | Sesuai dengan ketentuan Pedoman Bank Darah RS | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | |
| 3. | Kejadian reaksi transfusi | ≤ 0,01 % | 0,007% | 0,006% | 0,05% | 0,05% | 0,05% | 0,05% | 0,05% | 0,05% | |
| 4. | Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi | 100 % | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 5. | Kepuasan pelanggan | ≥ 80% | 85% | 85% | 85% | 85% | 85% | 85% | 85% | 85% | |

| No | Indikator | Standar | Kondisi Kinerja Pada Awal Periode RPJMD | Capaian | | | | | | Kondisi Kinerja Pada Akhir Periode | Bidang Penanggung Jawab |
|-------------|---|------------------------------------|---|------------|------------|---------|---------|---------|---------|------------------------------------|-------------------------|
| | | | | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2025 | | |
| XIII | Rekam Medik | | | | | | | | | | |
| 1. | Pemberi Pelayanan rekam medik | Sesuai persyaratan | Sesuai | Sesuai | Sesuai | Sesuai | Sesuai | Sesuai | Sesuai | Sesuai | |
| 2. | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayan rawat jalan | ≤ 10 Menit | 4,48 Menit | 4,30 Menit | 4,20 Menit | 3 Menit | 2 Menit | 1 Menit | 1 Menit | 1 Menit | |
| 3. | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap | ≤ 15 Menit | 11,28 Menit | 11 Menit | 10 Menit | 8 Menit | 5 Menit | 3 Menit | 2 Menit | 2 Menit | |
| 4. | Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan | 100% | 87,5% | 88,4% | 88,5% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 5. | Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas | 100 % | 89,16% | 89% | 89% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 6. | Kepuasan pelanggan | ≥ 80 % | 81,42% | 81,45% | 81,47% | 81,50% | 81,53% | 81,55% | 81,57% | 81,57% | |
| XIV | Pengolahan Limbah | | | | | | | | | | |
| 1. | Adanya Penanggung jawab pengelolaan limbah Rumah Sakt | Adanya SK Direktur sesuai kelas RS | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | |

| No | Indikator | Standar | Kondisi Kinerja Pada Awal Periode RPJMD | Capaian | | | | | | Kondisi Kinerja Pada Akhir Periode | Bidang Penanggung Jawab |
|----|--|---|---|---|---|---|---|---|---|--|-------------------------|
| | | | | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2025 | | |
| | | (Permenkes No 1204 thn 2004) | | | | | | | | | |
| 2. | Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pengelolaan pengelolaan limba rumah sakit | Sesuai peraturan perundangan | Sesuai | Sesuai | Sesuai | Sesuai | Sesuai | Sesuai | Sesuai | Sesuai | |
| 3. | Pengelolaan limbah cair | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 4. | Pengelolaan limbah padat | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 5. | Baku mutu limba cair | 1a. BOD<30 mg/l 1b. COD<80 mg/l 1c. TSS<30 mg/l 1d. PH 6-9 | BOD 20.55 mg/l COD 32.05 mg/l TSS 7 mg/l | BOD 20.55 mg/l COD 32.05 mg/l TSS 7 | BOD 20.55 mg/l COD 32.05 mg/l TSS 7 mg/l PH 7.24 mg/l | |

| No | Indikator | Standar | Kondisi Kinerja Pada Awal Periode RPJMD | Capaian | | | | | | Kondisi Kinerja Pada Akhir Periode | Bidang Penanggung Jawab |
|-----------|--|---------|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------------------|-------------------------|
| | | | | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2025 | | |
| | | | PH 7.24 mg/l | mg/l PH 7.24 mg/l | mg/l PH 7.24 mg/l | mg/l PH 7.24 mg/l | mg/l PH 7.24 mg/l | mg/l PH 7.24 mg/l | mg/l PH 7.24 mg/l | | |
| XV | Administrasi dan Manajemen | | | | | | | | | | |
| 1. | Kelengkapan pengisian jabatan | ≥ 90 % | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 2. | Adanya peraturan internal rumah sakit | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada |
| 3. | Adanya peraturan karyawan rumah sakit | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada |
| 4. | Adanya daftar urutan kejangkutan rumah sakit | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada |
| 5. | Adanya perencana strategi bisnis rumah sakit | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada |
| 6. | Adanya perencanaan pengembangan SDM | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada |
| 7. | Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

| No | Indikator | Standar | Kondisi Kinerja Pada Awal Periode RPJMD | Capaian | | | | | | Kondisi Kinerja Pada Akhir Periode | Bidang Penanggung Jawab |
|-----|---|---------|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|------------------------------------|-------------------------|
| | | | | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2025 | | |
| 8. | Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat | 100 % | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 9. | Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 10. | Pelaksanaan rencana pengembangan SDM | ≥ 90 % | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 11. | Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 12. | Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap | ≤ 2 jam | 6,34 Menit | 30 Menit | 30 Menit | 30 Menit | 30 Menit | 30 Menit | 30 Menit | 30 Menit | |
| 13. | Cost Recovery | ≥ 60 % | | 68.32% | 70.45% | 72.82% | 73.53% | 74.22% | 74.22% | 74.22% | |
| 14. | Kelengkapan pelaporan akuntabilitas Kierja | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | |

| No | Indikator | Standar | Kondisi Kinerja Pada Awal Periode RPJMD | Capaian | | | | | | Kondisi Kinerja Pada Akhir Periode | Bidang Penanggung Jawab |
|------------|---|--------------------------------------|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|------------------------------------|-------------------------|
| | | | | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2025 | | |
| 15. | Karyawan mendapat pelatihan 20 jam pertahun | ≥ 60 % | 53% | 60% | 60% | 60% | 60% | 60% | 60% | 60% | |
| 16. | Ketepatan waktu pemberian intensif sesuai kesepakatan waktu | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | |
| XVI | Ambulans | | | | | | | | | | |
| 1. | Tersedianya pelayanan ambulance dan mobil jenazah | 24 jam | 24 jam | 24 jam | 24 jam | 24 jam | 24 jam | 24 jam | 24 jam | 24 jam | |
| 2. | Penyedia pelayanan ambulance dan mobil jenazah | Supir ambulance terlatih | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | |
| 3. | Ketersedian mobil ambulance dan mobil jenazah | Mobil ambulance dan jenazah terpisah | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | |
| 4. | Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/mobil jenazah di rumah sakit | ≤ 30 Menit | 38,16 Menit | 28 Menit | 28 Menit | 25 Menit | |
| 5. | Waktu tanggap pelayanan ambulance kepada masyarakat yang | ≤ 30 Menit | 29,91 Menit | 20 Menit | 20 Menit | 15 Menit | |

| No | Indikator | Standar | Kondisi Kinerja Pada Awal Periode RPJMD | Capaian | | | | | | Kondisi Kinerja Pada Akhir Periode | Bidang Penanggung Jawab |
|-------------|--|-----------------|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|------------------------------------|-------------------------|
| | | | | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2025 | | |
| | membutuhkan | | | | | | | | | | |
| 6. | Tidak terjadinya kecelakaan ambulance/mobil jenazah yang menyebabkan kecacatan atau kematian | 100 % | 100% | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | |
| 7. | Kepuasan pelanggan | ≥ 80 % | 85% | 82% | 82% | 85% | 85% | 85% | 85% | 85% | |
| XVII | Pemulasaran Jenazah | | | | | | | | | | |
| 1. | Ketersediaan pelayanan pemulasaran jenazah | 24 jam | 24 Jam | 24 Jam | 24 Jam | 24 Jam | 24 Jam | 24 Jam | 24 Jam | 24 Jam | |
| 2. | Ketersediaan fasilitas kamar jenazah | Sesuai kelas RS | 50% | 60% | 75% | 75% | 75% | 75% | 75% | 75% | |
| 3. | Ketersediaan tenaga di instalasi perawatan jenazah | Ada SK Direktur | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | |
| 4. | Waktu tanggap (respon time) pelayanan pemulasaran jenazah | ≤ 15 Menit | 92,5 Menit | 15 Menit | 15 Menit | 15 Menit | 15 Menit | 15 Menit | 15 Menit | 15 Menit | |

| No | Indikator | Standar | Kondisi Kinerja Pada Awal Periode RPJMD | Capaian | | | | | | Kondisi Kinerja Pada Akhir Periode | Bidang Penanggung Jawab |
|-------------------|--|-----------------|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|------------------------------------|-------------------------|
| | | | | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2025 | | |
| 5. | Perawata jenazah sesuai dengan standar <i>universal precaution</i> | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 6. | Tidak terjadinya kesalahan identifikasi jenazah | 100 % | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 7. | Kepuasan pelanggan | ≥ 80 % | 85% | 80% | 80% | 85% | 85% | 85% | 85% | 85% | |
| XVII I | Pelayanan Pemeliharaan Sarana RS | | | | | | | | | | |
| 1. | Adanya penanggung jawab IPSRS | Ada SK Direktur | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | |
| 2. | Ketersediaan bengkel kerja | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | |

| No | Indikator | Standar | Kondisi Kinerja Pada Awal Periode RPJMD | Capaian | | | | | | Kondisi Kinerja Pada Akhir Periode | Bidang Penanggung Jawab |
|----|--|---------|---|---------|-------|-------|-------|-------|-------|------------------------------------|-------------------------|
| | | | | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2025 | | |
| 3. | Waktu tanggap kerusakan alat ≤ 15 menit | ≥ 80 % | 81,57% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | |
| 4. | Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai jadwal pemeliharaan | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | |
| 5. | Ketepatan waktu kalibrasi alat | 100% | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | |
| 6. | Alat ukur dan alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | |

| No | Indikator | Standar | Kondisi Kinerja Pada Awal Periode RPJMD | Capaian | | | | | | Kondisi Kinerja Pada Akhir Periode | Bidang Penanggung Jawab | |
|------------|---|---------------------------------|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|------------------------------------|-------------------------|--|
| | | | | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2025 | | | |
| XIX | Pelayanan Laundry | | | | | | | | | | | |
| 1. | Ketersediaan pelayanan laundry | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | |
| 2. | Adanya penanggung jawab pelayanan laundry | Ada SK Direktur | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | |
| 3. | Ketersediaan fasilitas dan peralatan laundry | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | |
| 4. | Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap dan ruang pelayanan | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | |
| 5. | Ketepatan pengelolaan linen infeksius | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | |
| 6. | Ketersediaan linen | 2,5-3 Set x jumlah tempat tidur | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | |
| 7. | Ketersediaan linen steril untuk kamar operasi | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | |
| XX | Pencegahan & Pengendalian Infeksi | | | | | | | | | | | |

| No | Indikator | Standar | Kondisi Kinerja Pada Awal Periode RPJMD | Capaian | | | | | | Kondisi Kinerja Pada Akhir Periode | Bidang Penanggung Jawab |
|------------|--|----------------|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|------------------------------------|-------------------------|
| | | | | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2025 | | |
| 1. | Adanya anggota Tim PPI yang terlatih | 75% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 2. | Ketersediaan APD di setiap instalasi/departemen | ≥ 60% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 3. | Rencana Program PPI | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | |
| 4. | Pelaksanaan Program PPI sesuai rencana | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 5. | Penggunaan APD saat melaksanakan tugas | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| 6. | Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/HAI(Health Care Associated Infection) di Rs | ≥ 75% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| XXI | Pelayanan Keamanan | | | | | | | | | | |
| 1. | Petugas keamanan bersertifikat pengamanan | 100% | 91,66% | 95% | 96,5% | 97% | 98% | 99% | 100% | 100% | |
| 2. | Sistem pengamanan | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | |
| 3. | Petugas keamanan melakukan keliling rumah sakit | 75% | 75% | 75% | 75% | 75% | 75% | 75% | 75% | 75% | |
| 4. | Evaluasi terhadap system pengamanan | Setiap 3 bulan | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | |

| No | Indikator | Standar | Kondisi Kinerja Pada Awal Periode RPJMD | Capaian | | | | | | Kondisi Kinerja Pada Akhir Periode | Bidang Penanggung Jawab |
|----|--|---------|---|---------|------|------|------|------|------|------------------------------------|-------------------------|
| | | | | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2025 | | |
| 5. | Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang | 100 % | 99,92% | 75% | 80% | 85% | 90% | 95% | 99% | 99% | |
| 6. | Kepuasan Pelanggan | ≥ 90 % | 90% | 85% | 88% | 90% | 92% | 93% | 95% | 95% | |

BAB VIII

P E N U T U P

Penyusunan Rencana Strategi (Renstra) Dinas Kesehatan 2021-2026 ini mengacu pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Kabupaten Luwu Timur Tahun 2021-2026 sesuai Peraturan Daerah Kabupaten Luwu Timur Nomor 4 Tahun 2016 dan penerjemahan Visi dan Misi Bupati dan Wakil Bupati Luwu Timur periode 2021-2026 serta arah pembangunan bidang kesehatan dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Renstra ini disusun dengan tujuan agar dapat menjawab dan memfokuskan upaya RSUD I Lagaligo Kabupaten Luwu Timur dalam menghadapi tantangan pembangunan kesehatan yang semakin kompleks di Kabupaten Luwu Timur.

Demikian Renstra RSUD I Lagaligo tahun 2021-2026 telah disusun, sebagai panduan bagi RSUD I Lagaligo dalam melaksanakan strategi pada 5 (lima) tahun ke depan. Oleh karena itu konsistensi, kerjasama, transparansi dan inovasi serta rasa tanggung jawab tinggi diperlukan guna pencapaian target-target yang telah ditetapkan dalam Renstra dengan kaidah-kaidah pelaksanaan sebagai berikut :

1. Seluruh komponen pada RSUD I Lagaligo dan seluruh pemangku kepentingan agar mendukung pencapaian target-target sebagaimana yang telah ditetapkan di dalam Renstra RSUD I I Lagaligo Tahun 2021-2026;
2. Seluruh komponen pada RSUD I Lagaligo dan seluruh pemangku kepentingan agar melaksanakan program-program yang tercantum di dalam Renstra RSUD I Lagaligo Tahun 2021-2026 dengan sebaik-baiknya;
3. Renstra ini harus dijadikan pedoman dalam menyusun rencana kerja tahunan RSUD I Lagaligo selama periode Renstra.



4. Renstra ini harus dijadikan dasar evaluasi kinerja SKPD dan laporan pelaksanaan Renstra SKPD.
5. Untuk menjaga fleksibilitas namun tetap konsisten pada Visi RSUD I Lagaligo, Renstra ini dapat direvisi apabila terjadi perubahan kebijakan dimasa yang akan datang ;
6. Rencana Strategi RSUD I Lagaligo tahun 2021-2026 memuat kajian strategis dan penetapan kebijakan strategis RSUD I Lagaligo untuk 5 tahun yang akan datang. Beberapa indikator keberhasilan pelaksanaan juga telah ditetapkan sebagai target yang harus dicapai. Untuk implementasi Rencana Strategi tersebut dibutuhkan komitmen yang tinggi, kerja keras, Integritas, dedikasi, loyalitas dari seluruh jajaran Rumah Sakit.

Semoga Rencana Strategi tahun 2021-2026 ini dapat mengantarkan RSUD I Lagaligo menjadi lebih baik dalam pelayanan kesehatan rujukan kepada masyarakat kabupaten Luwu Timur dan sekitarnya, sehingga dapat mendukung Visi Kabupaten Luwu Timur yaitu Luwu Timur Berkemuka Tahun 2021.

Wotu, November 2021

RSUD I Lagaligo

Plt. Direktur

dr. BENNY, M. Kes

NIP. 196806082001121003