

PEMERINTAH DAERAH
KABUPATEN LUWU TIMUR

LAKIP

LAPORAN AKUNTABILITAS
KINERJA INSTANSI PEMERINTAH

2021

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
I LAGALIGO



ALAMAT KANTOR
JL. SANGKURWIRA NO. 01, DESA. BAWALIPU, KEC. WOTU
Website, www.rsudilagaligo.uwutimur.go.id

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kita panjatkan kehadiran Allah Subhanahu Wata'ala atas semua limpahan Rahmat dan Karunia-Nya, sehingga penyusunan Laporan Kinerja (LKj) RSUD I Lagaligo Tahun 2021 dapat diselesaikan, sebagai bentuk akuntabilitas penyelenggaraan pemerintahan selama Tahun 2021.

Laporan Kinerja (LKj) RSUD I Lagaligo Tahun 2021 merupakan capaian akuntabilitas kinerja pada tahun (**pertama**/kedua/ketiga/keempat/kelima) dalam masa RENSTRA Tahun 2021-2026. LKj Tahun 2021 disusun berdasarkan Rencana Kerja (RENJA) Tahun 2021 yang dijabarkan dari Rencana Strategis (RENSTRA Tahun 2021-2026).

LKj RSUD I Lagaligo disusun berdasarkan pada Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, serta berpedoman pada Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja, dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah. Penyusunan LKj RSUD I Lagaligo Tahun 2021 merupakan komitmen terhadap aspek transparansi dan akuntabilitas serta atas kinerja RSUD I Lagaligo. Komitmen dalam penyusunan LKj RSUD I Lagaligo bertujuan memberikan informasi kinerja yang terukur, sekaligus sebagai upaya perbaikan berkesinambungan bagi RSUD I Lagaligo untuk senantiasa meningkatkan kinerjanya.

LKj RSUD I Lagaligo Tahun 2021 terdiri atas : Pendahuluan, Perencanaan Kinerja, Akuntabilitas Kinerja dan penutup. Pendahuluan memiliki muatan uraian singkat organisasi, seperti : latar, maksud, isu strategis, dan struktur serta keragaman sumberdaya manusia di RSUD I Lagaligo. Adapun aspek Perencanaan dan Perjanjian Kinerja menggambarkan visi, misi, tujuan, sasaran, IKU dan PK. Sedangkan aspek akuntabilitas kinerja, memberikan gambaran capaian, analisa, dan evaluasi terhadap indikator kinerja utama RSUD I Lagaligo pada Tahun 2021, termasuk atas analisa efisiensi penggunaan sumberdaya.

Secara keseluruhan penyelenggaraan tugas-tugas RSUD I Lagaligo Tahun 2021 telah banyak membuahkan hasil yang positif. Dari 4 (empat) indikator kinerja utama, terdapat 2 (dua) indikator yang telah memenuhi target yang ditetapkan. Dan masih terdapat 2 (dua) indikator kinerja yang belum capai target, namun katagori secara tingkat capaian kinerja keseluruhan RSUD I Lagaligo adalah **Sangat Tinggi** ($91 <$).

Analisa dan evaluasi atas capaian kinerja secara komprehensif digunakan sebagai pijakan untuk melakukan perbaikan pelayanan dan mendukung tercapainya good governance pada masa mendatang. Berkenaan dengan itu, LKj RSUD I Lagaligo Tahun 2021 ini, dapat menjadi masukan dan saran evaluasi agar kinerja kedepan menjadi lebih produktif, efektif dan efisien, baik dari aspek perencanaan, pengorganisasian, manajemen keuangan maupun koordinasi pelaksanaannya.

Terima kasih

Wotu, 23 Pebruari 2022

Plt. Direktur RSUD I Lagaligo



dr. BENNY, M. Kes

DAFTAR ISI

Kata Pengantar

Daftar Isi

Daftar Tabel

BAB I	PENDAHULUAN	1
	A. Latar Belakang	1
	B. Maksud dan Tujuan	2
	C. Gambaran Umum Organisasi	2
	D. Isu Strategis	4
	E. Struktur Organisasi	5
	F. Komponen SDM Organisasi	8
	G. Inovasi Dalam Reformasi Sistem AKIP dan Pengelolaan Kinerja.	11
BAB II	PERENCANAAN KINERJA	12
	A. Rencana Strategis	12
	B. Perjanjian Kinerja Tahun 2021	16
	C. Indikator Kinerja Utama (IKU)	17
	D. Rencana Anggaran Tahun 2021	20
BAB III	AKUNTABILITAS KINERJA	22
	A. Capaian Kinerja OPD	24
	B. Realisasi Anggaran	42
BAB IV	PENUTUP.....	44
LAMPIRAN		

DAFTAR TABEL

Gambar	1.1	Struktur Organisasi RSUD I Lagaligo	7
Tabel	1.1	Data Pegawai Berdasarkan Gender	9
Tabel	1.2	Presentase PNS Menurut Jenjang Pendidikan	10
Tabel	1.3	Komposisi Jenis Kelamin Jabatan Struktural	10
Tabel	2.1	Tujuan dan Indikator Kinerja RSUD I lagaligo	14
Tabel	2.2	Sasaran dan Indikator Kinerja Utama (IKU)	14
Tabel	2.3	Program Untuk Pencapaian Sasaran Tahun 2021	15
Tabel	2.4	Perjanjian Kinerja Tahun 2021	16
Tabel	2.5	Indikator Kinerja Utama (IKU) RSUD I Lagaligo	18
Tabel	2.6	Rencana Belanja RSUD I Lagaligo Tahun 2021	20
Tabel	2.7	Alokasi per Sasaran Tahun Anggaran 2021	20
Tabel	3.1	Skala Nilai Peringkat Kinerja	23
Tabel	3.1	Tujuan, Sasaran, dan Target Jangka Menengah RSUD I Lagaligo Tahun 2016-2020.....	24
Tabel	3.2	Tujuan, Sasaran, dan Target RSUD I Lagaligo Tahun 2021-2025.....	25
Tabel	3.3	Capaian Indikator Kinerja Utama	26
Tabel	3.4	Capaian Indikator Mutu Tahun 2021.....	27
Tabel	3.5	Capaian Kinerja Per Sasaran RSUD I Lagaligo	29
Tabel	3.6	Capaian Kinerja RSUD I Lagaligo	30
Tabel	3.7	Realisasi IKU RSUD I Lagaligo Kab. Luwu Timur Periode 2016-2020.....	31
Tabel	3.8	Realisasi IKU RSUD I Lagaligo Kab. Luwu Timur Periode 2021-2025.....	33
Tabel	3.9	Realisasi IKU RSUD I Lagaligo Kab. Luwu Timur Periode 2017-2020.....	36
Tabel	3.10	Realisasi IKU RSUD I Lagaligo Kab. Luwu Timur Periode 2021.....	37
Tabel	3.11	Realisasi IKU RSUD I Lagaligo Dibandingkan Target Renstra...	37
Tabel	3.11	Realisasi IKU RSUD I Lagaligo Dibandingkan Target Renstra 2021.....	38
Tabel	3.13	Program dan Kegiatan RSUD I Lagaligo.....	41

Tabel 3.14 Realisasi Program dan Kegiatan RSUD I Lagaligo T.A 2021... 42

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Penilaian dan pelaporan kinerja pemerintah daerah menjadi salah satu kunci untuk menjamin penyelenggaraan pemerintahan yang demokratis, transparan, akuntabel, efisien dan efektif. Upaya ini juga selaras dengan tujuan perbaikan pelayanan publik sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah. Untuk itu, pelaksanaan otonomi daerah perlu mendapatkan dorongan yang lebih besar dari berbagai elemen masyarakat, termasuk dalam pengembangan akuntabilitas melalui penyusunan dan pelaporan kinerja pemerintah daerah.

Penyusunan Laporan Kinerja (LKj) merupakan amanat Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah dan Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah. Penyusunan LKj dilakukan dengan berdasarkan Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah, di mana pelaporan capaian kinerja organisasi secara transparan dan akuntabel merupakan bentuk pertanggungjawaban atas kinerja OPD.

Proses penyusunan LKj dilakukan pada setiap akhir tahun anggaran bagi setiap instansi untuk mengukur pencapaian target kinerja yang sudah ditetapkan dalam dokumen perjanjian kinerja. Pengukuran pencapaian target kinerja ini dilakukan dengan membandingkan antara target dan realisasi kinerja setiap instansi pemerintah, yang dalam hal ini adalah RSUD I Lagaligo. LKj menjadi dokumen laporan kinerja tahunan yang berisi pertanggung-jawaban kinerja suatu instansi dalam mencapai tujuan/sasaran strategis instansi. Disinilah esensi dari prinsip akuntabilitas sebagai pijakan bagi instansi pemerintah ditegakkan dan diwujudkan.

Mengacu kepada Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014, LKj tingkat OPD disampaikan kepada Gubernur/ Bupati/ Walikota selambat-lambatnya dua bulan setelah tahun anggaran berakhir.

B. MAKSUD DAN TUJUAN

Maksud disusunnya LAKIP RSUD I Lagaligo Tahun 2021 adalah untuk memenuhi kewajiban setiap Instansi Pemerintah untuk menyusun laporan pertanggung jawaban kinerja melalui media laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.

Tujuan penyusunan LAKIP RSUD I Lagaligo Tahun 2021 adalah :

1. Mempertanggung jawabkan kinerja RSUD I Lagaligo kepada Bupati Kabupaten Luwu Timur dan pihak yang berkepentingan (stakeholder), dalam rangka mewujudkan pemerintahan yang baik (good governance) yang ditandai dengan adanya transparansi, partisipasi serta akuntabilitas.
2. Memberikan umpan balik dalam rangka penyempurnaan berbagai kebijakan yang diperlukan dan peningkatan Kinerja Internal RSUD I Lagaligo.

C. GAMBARAN UMUM ORGANISASI

RSUD I Lagaligo Kabupaten Luwu Timur merupakan rumah sakit pemerintah yang dibangun secara bertahap melalui alokasi dana APBD dan APBN sejak tahun 2005 di atas sebidang tanah dengan luas 32,952 m², dan luas bangunan ± 16,027 m².

RSUD I Lagaligo Kabupaten Luwu Timur mulai dioperasikan pada tanggal 1 Desember 2008 melalui SK Bupati Luwu Timur No. 284 Tahun 2008 mengenai Izin Pemanfaatan RSUD I Lagaligo diikuti izin penyelenggaraan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan No.08633/DK-I/Yan-I/XI/2008 ,dimana pada waktu itu RSUD I Lagaligo Kabupaten Luwu Timur merupakan rumah sakit tipe Kelas D, dan ditetapkan menjadi Rumah sakit tipe C berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan No. 445/Menkes/SK/IV/2010 Tanggal 5 April 2010.

RSUD I Lagaligo merupakan rumah sakit milik pemerintah daerah dengan dasar kelembagaan PERDA No.04 Tahun 2008 yang diperbaharui dengan PERDA No. 11 Tahun 2010 Tentang Pembentukan Struktur Organisasi RSUD I Lagaligo

Kabupaten Luwu Timur, dan secara teknis administrasi maupun secara teknis operasional bertanggung jawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah Kabupaten Luwu Timur.

Sesuai Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007, yang saat ini telah direvisi dengan terbitnya Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, Pemerintah Daerah Kabupaten Luwu Timur dalam upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit telah menerbitkan Surat Keputusan Bupati No. 259/IX/ Tahun 2013 tertanggal 5 September 2013 tentang Penetapan Penerapan Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) secara penuh.

Dalam upaya menjaga mutu pelayanan RSUD I Lagaligo pada tanggal 24 Februari 2010 RSUD I Lagaligo Kabupaten Luwu Timur telah berhasil memperoleh sertifikat akreditasi penuh tingkat dasar. Kemudian pada tanggal 12 s/d 13 Agustus 2015 dilakukan survei akreditasi baru versi 2012 oleh Tim Survei Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS), dan RSUD I Lagaligo dinyatakan telah berhasil Lulus Tingkat Perdana berdasarkan surat KARS No. 2203/KARS/VIII/2015 tanggal 20 Agustus 2015 dan menerima sertifikat akreditasi yang berlaku sampai 11 Agustus 2018. Selanjutnya RSUD I Lagaligo pada bulan Desember 2018 telah disurvei akreditasi oleh KARS dengan surei SNARS Edisi 1 dan hasil evaluasi RSUD I Lagaligo LULUS TINGKAT PARIPURNA sesuai surat KARS Nomor : KARS-SERT/270/XII/2018 tanggal 31 Desember 2018. Sesuai surat RSUD I Lagaligo nomor 435/819/RSUD I Lagaligo tanggal 29 November 2019 tentang permohonan survey verifikasi ke KARS, dan konfirmasi dari KARS sesuai surat nomor b/KARS-Verif/XII/2019 tanggal 12 Desember 2019 tentang survey verifikasi rumah sakit dan pada tanggal 19 Desember 2019 RSUD I Lagaligo telah mengikuti survei verifikasi pertama oleh KARS dengan 1 orang survei or. Tahun 2020 telah terjadi Pandemi Covid-19 dan KARS mengeluarkan kebijakan tentang Akreditasi Rumah Sakit yaitu sesuai surat edaran nomor 408/SE/KARS/III/2020 tentang Penundaan Kegiatan Akreditasi. Berdasarkan surat edaran tersebut disampaikan bahwa Rumah Sakit yang masa berlaku sertifikatnya yang akan jatuh tempo dalam 6 (enam) bulan akan diterbitkan surat perpanjangan masa berlaku akreditasi. Dan berdasarkan surat edaran dari Kementerian Kesehatan Nomor HK.02.01/MENKES/455/2020 Tahun 2020 tentang Perizinan & Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan Penetapan Rumah Sakit Pendidikan Pada Masa Pandemi COVID-19 tanggal 29 Juli 2020

menyampaikan bahwa untuk rumah sakit kegiatan persiapan & survei akreditasi mulai dilakukan setelah Status Bencana Nasional atau Kedaruratan Kesehatan Masyarakat Covid-19 dinyatakan dicabut oleh pemerintah dan untuk rumah sakit yang telah memiliki sertifikat akreditasi tetap berlaku selama 1 tahun terhitung sejak status bencana nasional dicabut dengan membuat pernyataan komitmen untuk menjaga dan melakukan upaya peningkatan mutu.

D. ISU STRATEGIS

Memperhatikan urusan, isu global, isu nasional dan isu provinsi, maka prioritas isu strategis pembangunan Kabupaten Luwu Timur 2016-2012 untuk bidang kesehatan adalah **“Peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan bagi perbaikan kualitas manusia”**.

Isu-isu strategis berdasarkan tugas dan fungsi SKPD adalah kondisi atau hal yang harus diperhatikan atau dikedepankan 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.

Isu strategis bagi SKPD diperoleh baik berasal dari analisis internal berupa identifikasi permasalahan pelaksanaan renstra sebelumnya maupun analisis eksternal berupa kondisi yang menciptakan peluang dan ancaman bagi SKPD. Berdasarkan analisis isu-isu yang ada, rumah sakit membuat inventarisasi permasalahan berdasarkan tugas pokok fungsi yang dapat dikelompokkan menjadi:

1. Aspek Pelayanan Medis
 - a. Pelayanan poliklinik dan rawat inap telah dilakukan oleh dokter spesialis namun masih ada beberapa pelayanan spesialis yang membutuhkan lebih dari 1 orang spesialis.
2. Aspek Sarana Prasarana.
 - a. Diperlukannya penataan/ rehab perawatan kelas III, kelas II untuk menjadi 1 kamar 1 pasien.
 - b. Masih perlunya pemenuhan alat-alat kesehatan/ alat kedokteran sesuai ketersediaan jenis dokter spesialis dirumah sakit dan standar RS kelas C.
 - c. Masih diperlukan pemenuhan sarana dan prasarana dirumah sakit.

- d. Sistem Informasi Rumah Sakit (SIM-RS) yang belum optimal
- 3. Aspek Ketenagaan.
 - a. Masih perlunya penambahan jumlah tenaga dirumah sakit.
 - b. Masih perlunya peningkatan kompetensi pegawai rumah sakit.
- 4. Aspek Keuangan.
 - a. Kurangnya kemampuan penerimaan BLUD untuk membiayai operasional BLUD.
 - b. Keterbatasan dana Pemerintah Daerah (APBD) dalam mensubsidi rumah sakit.

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. Dibutuhkannya peningkatan mutu SDM rumah sakit secara berkelanjutan.
- 2. Belum terpenuhinya kebutuhan tenaga dirumah sakit.
- 3. Belum terpenuhinya sarana,prasarana dan alat kesehatan rumah sakit.
- 4. Kemampuan pendapatan BLUD belum mampu membiayai seluruh biaya operasional BLUD.

E. STRUKTUR ORGANISASI

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

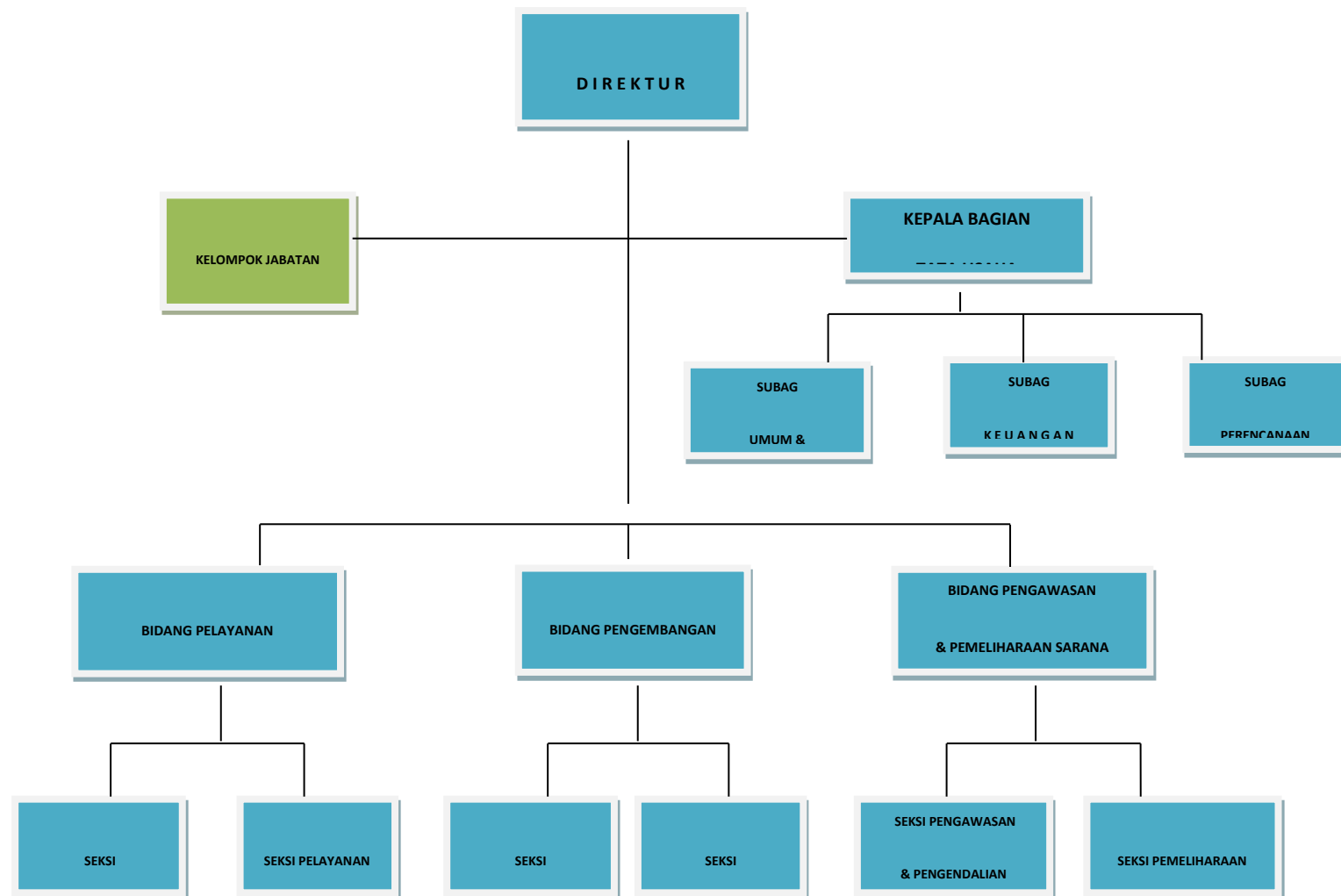
- b. Pemberian dukungan atas penyelenggaraan pemerintahan daerah dibidang Rumah Sakit Umum Daerah
- c. Pembinaan dan pelaksanaan tugas di bidang Rumah Sakit Umum Daerah
- d. Pengelolaan ketatausahaan meliputi ketatalaksanaan, kepegawaian, perlengkapan dan peralatan
- e. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Bupati sesuai dengan tugas dan fungsinya

Berdasarkan PERDA Nomor 11 Tahun 2010 tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Inspektorat, BAPPEDA dan Lembaga Teknis Daerah Kabupaten Luwu Timur, RSUD I Lagaligo sebagai SKPD mempunyai Struktur Organisasi sebagai berikut :

- 1. Direktur
- 2. Kepala Bagian Tata Usaha, membawahi :
 - a. Kasubag Umum dan Kepegawaian
 - b. Kasubag Perencanaan dan Pelaporan
 - c. Kasubag Keuangan
- 3. Kepala Bidang Pelayanan Medik & Keperawatan, membawahi :
 - a. Kasi Pelayanan & Penunjang Medik
 - b. Kasi Perawatan
- 4. Kepala Bidang Pengembangan SDM & RM, membawahi :
 - a. Kasi Pengembangan SDM
 - b. Kasi Rekam Medik
- 5. Kepala Bidang Pengawasan & Pemeliharaan Sarana dan Prasarana, membawahi:
 - a. Kasi Pemeliharaan Sarana & Prasarana
 - b. Kasi Pengawasan & Pengendalian Pelayanan

Disamping pejabat struktural seperti di atas, dalam melaksanakan tugas pelayanan ditunjang pula oleh pejabat fungsional yang memimpin instalasi.

Gambar 1.1 : STRUKTUR ORGANISASI RSUD I LAGALIGO
PERDA No.11 Tahun 2010



F. KOMPOSISI SDM ORGANISASI

Rumah Sakit I Lagaligo dalam pelaksanaan pelayanan didukung oleh sumber daya baik tenaga medis, paramedis, penunjang medik dan staf di administrasi. Total tenaga yang ada di RSUD I Lagaligotahun 2021 adalah 842 orang yang terdiri atas tenaga PNS berjumlah 228 orang dan tenaga upah jasa 386 orang. RSUD I Lagaligo juga dibantu oleh 221 orang tenaga sukarela namun kami tidak memasukkan dalam tabel ketenagaan. RSUD I Lagaligo dalam pemberian pelayanan kesehatan didukung oleh 28 orang tenaga medis spesialis dimana 6 diantaranya adalah dokter spesialis MOU. Selain itu rumah sakit juga memiliki 19 (Sembilan belas) orang dokter umum yang terdiri dari 5 (lima) orang dokter umum bertugas dirumah sakit, 5 (lima) orang dokter umum mengikuti pendidikan spesialis/ PPDS dan 9 orang dokter umum upah jasa, rumah sakit juga memiliki 3 (tiga) orang dokter gigi umum.

Berdasarkan Permenkes No. 3 tahun 2020 tentang Klasifikasi dan perizinan rumah sakit menyebutkan bahwa rumah sakit umum memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidagn dan jenis penyakit dengan pelayanan kesehatan paling sedikit terdiri dari pelayanan medik dan penunjang medik, pelayanan keperawatan dan kebidanan serta pelayanan non medik.

Sedangkan tenaga keperawatn (perawata dan bidan) untuk dipelayanan rawat inap secara standar 1:1 dengan 2/3 tenaga tetap , sesuai standar tersebut saat ini RSUD I Lagaligo memiliki 223 TT berarti dibutuhkan 223 tenaga keperawatan. Saat ini tenaga keperawatan dan Kebidanan (PNS dan Upah Jasa) yang ada dirumah sakit berjumlah 290 (dua ratus Sembilan puluh) orang. Kondisi ini menggambarkan bahwa secara standar jumlah tenaga paramedic di rawat inap masih sanagat kurang. Kebutuhan tenaga pada unit rawat jalan (poliklinik) berdasarkan rata-rata kunjungan dalam 5 tahun terakhir adalah 220 (dua ratus dua puluh) orang, standar kebutuhan tenaga paramedis 12 (dua belas) orang sedangkan kondisi dilapangan jumlah tenaga yang ada 12 (duabelas) orang diluar tenaga administrasi, dan secara standar tenaga keperawatan untuk rawat jalan sudah terpenuhi.

Berikut ini gambaran komposisi ketenagaan dirumah sakit berdasarkan jenis kelamin, pendidikan dan eselon.

1. Komposisi SDM Berdasarkan Gender

Gambaran jumlah pegawai di RSUD I Lagaligo berdasarkan jenis kelamin saat ini lebih banyak pegawai perempuan yaitu 675 orang (80,2%) dibandingkan dengan pegawai laki-laki sebanyak 167 orang (19,8%). Meskipun ada kesenjangan jumlah yang cukup jauh antara perempuan dan laki-laki diharapkan tetap ada kesetaraan dalam peran dan fungsi dirumah sakit dalam melayani pasien.

Tabel 1.1
Data Pegawai Berdasarkan Gender
Tahun 2021

JENIS TENAGA	JUMLAH		TOTAL
	PEREMPUAN	LAKI-LAKI	
1. Golongan IV	17	14	31
2. Golongan III	150	28	178
3. Golongan II	13	4	17
4. P3K	1	1	2
5. MOU	3	4	7
6. Upah Jasa	295	91	386
7. Tenaga Suka Rela	196	25	221
JUMLAH	675	167	842

2. Komposisi PNS Menurut Jenjang Pendidikan

Jenjang pendidikan pegawai (PNS dan Upah Jasa) yang ada di RSUD I Lagaligo saat ini adalah S2, S1/D4, D3/ Sederajat dan SLTA/ Sederajat dan SMP. Pegawai rumah sakit yang terbanyak adalah jenjang pendidikan D3 yaitu berjumlah 368 orang (43,7%), hal ini dapat dimaklumi karena untuk jabatan fungsional dipelayanan dipersyaratkan pendidikan terendah adalah D3. Kemudian terbanyak berikutnya adalah jenjang pendidikan S1/D4 yaitu berjumlah 352 orang (41,8%), Selanjutnya adalah jenjang pendidikan SLTA/ Sederajat yaitu 74 orang (8,8%), tenaga yang berikutnya adalah jenjang S2 yaitu 41 orang (4,9%). Secara jumlah pendidikan berdasarkan jenis kelamin masih perempuan yang lebih banyak, ini dapat dilihat dari table dibawah

dimana perempuan berjumlah 675 orang (80,2%) dan laki-laki 167 orang (19,8%). Berikut untuk lebih rinci dapat dilihat pada table dibawah ini :

Tabel 1.2
Presentase PNS Menurut Jenjang Pendidikan
Tahun 2021

JENIS TENAGA	JUMLAH		TOTAL	%
	PEREMPUAN	LAKI-LAKI		
S3/S2	21	20	41	4,9
S1/ D4	281	71	352	41,8
D3/ SEDERAJAT	332	36	368	43,7
SLTA/ SEDERAJATI	37	37	74	8,8
SMP/ SEDERAJAT	4	3	7	0,8
JUMLAH	675	167	842	100

3. Komposisi PNS Menurut Jejang Eselon

Struktur RSUD I Lagaligo adalah dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh Kabag Tata Usaha dan dibantu 3 (tiga) bidang dengan masing-masing 2 (dua) kepala seksi dan 3 (tiga) kasubag dengn total jumlah terisi 14 (empat belas) orang. Berdasarkan jenis kelamin untuk jabatan eselon III perempuan berjumlah 2 orang (40%), laki-laki berjumlah 3orang (60%). Sedangkan untuk jabatan eselon IV perempuannya berjumlah 4 orang (45%) dan laki-laki 5 orang (55%). Secara umum komposisi jabatan truktural masih lebih banyak diisi oleh laki-laki yaitu 8 orang atau 57% dan perempuan 6 orang atau 43%. Untuk lebih jelas dapat dilihat dari table dibawah ini.

Tabel 1.3
Komposisi Jenis Kelamin Jabatan Struktural
Tahun 2021

JENIS TENAGA	JUMLAH		TOTAL	%
	PEREMPUAN	LAKI-LAKI		
1. Eselon III	2	3	5	35,7
2. Eselon IV	4	5	9	64,3
JUMLAH	6	8	14	100
%	43	57	100	100

G. INOVASI DALAM REFORMASI SISTEM AKIP DAN PENGELOLAAN KINERJA

Inovasi menjadi kunci dalam reformasi birokrasi dan perbaikan kinerja pelayanan publik. Karenanya, berbagai inovasi juga telah dikembangkan oleh RSUD I Lagaligo. Salah satu inovasi yang dikembangkan adalah adanya aplikasi pendaftaran pasien rumah sakit melalui online menggunakan android (Rumah Sakit Dalam Gengaman). Pada aplikasi ini masyarakat dapat melakukan pendaftaran secara online, bisa mengetahui perkiraan waktu tunggu untuk dilayanan dokter, dapat melihat ketersediaan tempat tidur perawatan dan dapat menyampaikan keluhan kepada bagian terkait sesuai keluhan. Inovasi ini merupakan salah satu upaya yang dilakukan rumah sakit untuk mengantisipasi adanya keluhan lama waktu tunggu pelayanan rekam medic, memudahkan pasien untuk memilih kelas ruangan perawatan dan mempercepat respon atas keluhan yang disampaikan pelanggan dirumah sakit. Inovasi lain yang sedang dikembangkan rumah sakit dalam SIM-RS adalah E-RM (Elektronik Rekam Medik). Dengan penerapan E-RM maka secara sistem pelayanan akan lebih cepat karena telah terintegrasi dengan unit-unit pelayanan lainnya di rumah sakit, selain itu secara keamanan data-data pasien akan lebih aman, juga dokter dapat lebih mudah untuk melihat riwayat pengobatan yang telah diberikan ke pasien dan masih banyak hal positif lainnya. Selaian itu tahun 2022 RSUD I Lagaligo juga merencanakan pengembangan SIM-RS dengan aplikasi E-Klaim, pada system e-klaim ini rumah sakit dalam pengajuan klaim bisa memberikan akses ke BPJS untuk modul yang terkait dengan BPJS, sehingga kecepatan pengajuan klaim bisa lebih maksimal. Pada pengembangan ini rumah sakit tidak perlu lagi mengajukan tagihan dengan menyerahkan dokumen tagihan karena sudah terintegrasi dengan BPJS.

BAB II

PERENCANAAN KINERJA

A. Rencana Strategis

Rencana strategis RSUD I Lagaligo disusun dengan tetap memperhatikan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Kabupaten Luwu Timur yang ditetapkan oleh Peraturan Daerah Kab. Luwu Timur Nomor 11 Tahun 2021 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Tahun 2021-2026.

Rencana Strategi tahun 2021-2026 adalah transisi dari renstra periode 2016-2021 RSUD I Lagaligo Kabupaten Luwu Timur sesuai Peraturan Bupati Luwu Timur Nomor 48 Tahun 2021 tentang Rencana Strategis PD Kab. Luwu Timur Tahun 2021-2026 diawali dengan pernyataan Visi, pernyataan Misi, penetapan Tujuan dengan memperhatikan Isu-isu strategi, score competence, analisis SWOT dan Faktor-faktor Kunci Keberhasilan, dilanjutkan dengan penetapan Sasaran beserta indikator kinerja dan target yang ingin di capai pada setiap tahun, langkah terakhir adalah penetapan strategi pencapaian tujuan dan sasaran yang terdiri dari kebijakan dan program.

Penjabaran dari rencana Strategi tahun 2021 – 2026 dan kegiatan yang akan dilakukan tertuang dalam Rencana Kinerja yang akan disusun setiap tahun. Sebagai salah satu upaya untuk meningkatkan kinerja RSUD I Lagaligo, ditetapkan indikator kinerja utama sebagai dasar pengukuran keberhasilan pencapaian tujuan dan sasaran strategisyang telah ditetapkan. Tahun 2021 merupakan tahun awal renstra periode 2021-2026.

1. Visi dan Misi

Visi merupakan pandangan jauh ke depan, ke mana dan bagaimana instansi pemerintah harus dibawa dan berkarya agar konsisten dan dapat eksis, antisipatif, inovatif serta produktif. Visi adalah tujuan jangka panjang yang akan dicapai oleh organisasi, yang berisi tentang pernyataan harapan atau menjelaskan kondisi organisasi yang akan diwujudkan di masa depan. Sesuai dengan visi Bupati dan Wakil Bupati terpilih, maka visi pembangunan daerah

jangka menengah Kabupaten Luwu Timur Tahun 2021-2026 adalah **“Luwu Timur Yang Berkelanjutan Dan Lebih Maju Berlandaskan Nilai Agama dan Budaya”**.

Misi menjelaskan jalan atau langkah yang akan dipilih untuk menuju masa depan yang akan diwujudkan. Terwujudnya visi yang dikemukakan di atas merupakan tantangan yang harus di hadapi oleh seluruh aparatur RSUD I Lagaligo Kabupaten Luwu Timur sebagai bentuk nyata dari Visi tersebut. Untuk bisa mewujudkan visi tersebut dengan tetap memperhatikan kondisi dan permasalahan yang ada serta tantangan kedepan, dan memperhitungkan peluang yang dimiliki, maka ditetapkan 6 (Enam) misi sebagai berikut:

- a. Meningkatkan kesejahteraan dan taraf hidup masyarakat secara menyeluruh.
- b. Mengembangkan perekonomian daerah yang berdaya saing dan berjangkauan luas
- c. Menyediakan infrastruktur daerah yang memadai dan lingkungan yang berkualitas.
- d. Menciptakan pemerintahan dan pelayanan public yang lebih baik.
- e. Mewujudkan ketentraman dan ketertiban bagi seluruh warga masyarakat.
- f. Menjamin keberlangsungan pembangunan yang berbasis pada agama dan budaya.

2. Tujuan dan Indikator Kinerja

Mengacu kepada misi yang telah ditetapkan, maka RSUD I Lagaligo menetapkan tujuan yang hendak dicapai atau dihasilkan dalam kurun waktu 5 tahun. Indikator kinerja dan target kinerja untuk tujuan strategis rumah sakit diuraikan dalam tabel berikut ini:

Tabel 2.1
Tujuan dan Indikator Kinerja RSUD I lagaligo

TUJUAN	INDIKATOR	SAT	KONDISI AWAL (2020)	TARGET AKHIR RENSTRA
1. Mewujudkan kualitas pelayanan rumah sakit	1. Indeks kepuasan masyarakat	Nilai	84,95	90%
	2. Tingkat akreditasi rumah sakit	Tingkat	Paripurna	Paripurna
2. Meningkatkan akuntabilitas penyelenggaraan layanan urusan perangkat daerah	3. Opini audit akuntan publik	Predikat	WTP	WTP

3. Sasaran dan Indikator Kinerja

Mengacu kepada tujuan yang telah ditetapkan, maka sasaran yang hendak dicapai atau dihasilkan adalah dapat dilihat pada table berikut:

Tabel 2.2
Sasaran dan Indikator Kinerja Utama (IKU)
RSUD I lagaligo Kab. Luwu Timur

SASARAN	INDIKATOR	SATUAN	KONDISI AWAL	TARGET AKHIR RENSTRA
Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit	1. Elemen Penilaian (EP) akreditasi yang memenuhi target	Nilai	83	85
	2. Indikstor SPM yang sesuai target	%	90,9	100
	3. Kinerja Mutu Pelayanan :	%	88,7	100
	- BOR	%	50	80

	- LOS	Hari	2,2	2,5
	- TOI	Hari	3,8	2
	- BTO	Kali	48	50
	- NDR	‰	30	20
	- GDR	‰	55	40
Meningkatnya Akuntabilitas Kinerja dan Keuangan	Persentase capaian kinerja program penunjang urusan PD	%	-	96

4. Program untuk Pencapaian Sasaran

Berdasarkan visi, misi, tujuan, dan sasaran yang telah ditetapkan dalam RENSTRA, maka upaya pencapaiannya kemudian dijabarkan secara lebih sistematis melalui perumusan program-program. Adapun program-program untuk mendukung masing-masing sasaran Tahun 2021 adalah sebagai berikut:

Tabel 2.3
Program Untuk Pencapaian Sasaran Tahun 2021

SASARAN	PROGRAM / KEGIATAN PENDUKUNG
Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit	- Program pemenuhan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat : - Penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan untuk UKM dan UKP kewenangan daerah kab/ kota - Penyediaan layanan kesehatan untuk UKM dan UKP rujukan tingkat daerah kab/ kota - Program penunjang urusan pemerintah daerah kab/ kota : - Peningkatan Pelayanan BLUD

Meningkatnya akuntabilitas kinerja dan keuangan	3. Program penunjang urusan pemerintah daerah kab/ kota : 1) Perencanaan, penganggaran dan evaluasi kinerja PD 2) Administrasi keuangan PD
---	--

B. Perjanjian Kinerja Tahun 2021

Perjanjian Kinerja (PK) merupakan dokumen pernyataan/ kesepakatan antara atasan dan bawahan untuk mencapai target kinerja yang ditetapkan suatu instansi. Dokumen ini memuat sasaran strategis, indikator kinerja dan target kinerja beserta program dan anggaran. Penyusunan PK 2021 dilakukan dengan mengacu kepada RENSTRA, RENCANA KERJA (RENJA) 2021, IKU dan APBD. OPD RSUD I Lagaligo telah menetapkan PK sebagai berikut :

Tabel 2.4
PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2021
TINGKAT SATUAN KERJA PERANGKAT DAERAH

Satuan Kerja Perangkat Daerah : RSUD I Lagaligo
Tahun Anggaran : 2021

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit	1. Elemen Penilaian (EP) akreditasi yang memenuhi target 2. Indikator SPM yang memenuhi target 3. Kinerja Mutu Pelayanan sesuai target : ➤ Bad Occupation Ratio (BOR) ➤ Long Of Stay (LOS) ➤ Turn Of Interval (TOI) ➤ Bed Turn Over (BTO) ➤ Net Death Rate (NDR) ➤ Gross Daeth Rate (GDR)	82 90% 100% 60% 2,6 hari 4,1 hari 50 kali 25‰ 45‰

2.	Meningkatnya akuntabilitas kinerja OPD RSUD I Lgaligo	➤ Persentase capaian kinerja program penunjang urusan PD	90%
----	---	--	-----

Program/ Kegiatan	Anggaran	Ket
1. Prog. pemenuhan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat	Rp.60.351.410.880,-	APBD + DAK
1) Penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan untuk UKM dan UKP kewenangan daerah kab/ kota.	Rp. 44.828.963.699,-	APBD + DAK
2) Penyediaan layanan kesehatan untuk UKM dan UKP rujukan tingkat daerah kab/ kota.	Rp. 15.522.447.181,-	APBD
2. Prog. Penunjang urusan pemerintah daerah kabupaten/ kota	Rp.125.248.480.898,-	APBD +BLUD
3) Perencanaan, penganggaran dan evaluasi kinerja PD.	Rp. 1.759.692.873,-	APBD
4) Administrasi keuangan PD.	Rp. 26.488.788.025,-	APBD
5) <u>Badan Layanan Umum Daerah (BLUD).</u>	<u>Rp. 97.000.000.000,-</u>	<u>BLUD</u>
Total Pagu	Rp. 185.599.891.778,-	

C. Indikator Kinerja Utama (IKU)

Indikator Kinerja Utama (IKU) merupakan ukuran keberhasilan organisasi dalam mencapai tujuan dan merupakan ikhtisar hasil berbagai Program dan Kegiatan sebagai penjabaran tugas dan fungsi organisasi. RSUD I Lagaligo telah menetapkan IKU yang menjadi pedoman dalam upaya mencapai kinerja, sebagai berikut :

Tabel 2.5
Indikator Kinerja Utama (IKU) RSUD I Lagaligo
Tahun 2021-2026

SASARAN	INDIKATOR KINERJA UTAMA	SAT	FORMULASI PERHITUNGAN	SUMBER DATA										
Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit	1. Elemen Penilaian (EP) standar akreditasi yang mencapai target	skor	Jumlah penilaian EP dibagi total EP Akreditasi Catt : Penentuan Penilaian (skor) : 10 = terpenuhi lengkap, yaitu bila rumah sakit dapat memenuhi EP tersebut minimal 80% 5 = terpenuhi sebagian, yaitu bila rumah sakit dapat memenuhi EP tersebut antara 20 – 79% 0 = tidak terpenuhi , yaitu bila rumah sakit hanya dapat memenuhi EP tersebut kurang dari 20% <table border="1"> <tr> <th>N O</th> <th>KRITERI A</th> <th>SKOR 10</th> <th>SKOR 5</th> <th>SKOR 0</th> </tr> <tr> <td>1.</td> <td>Pemenuhan elemen penilaian</td> <td>Minimal 80%</td> <td>20 sampai <80%</td> <td>Kurang 20%</td> </tr> </table>	N O	KRITERI A	SKOR 10	SKOR 5	SKOR 0	1.	Pemenuhan elemen penilaian	Minimal 80%	20 sampai <80%	Kurang 20%	Lap. berkala (Self Assesment pokja/ surveyor internal)
	N O	KRITERI A	SKOR 10	SKOR 5	SKOR 0									
	1.	Pemenuhan elemen penilaian	Minimal 80%	20 sampai <80%	Kurang 20%									
2. Persentase indikator SPM yang memenuhi target	%	$\frac{\text{Jumlah indicator SPM yang mencapai target}}{\text{Jumlah seluruh indicator SPM}} \times 100\%$ Standar Pelayanan Minimal (SPM) adalah pedoman jenis-jenis pelayanan minimal yang wajib disediakan oleh rumah sakit dan dilaksanakan oleh pemerintah	Lap Tahunan SPM-RS (Lap SPM Bidang)											
3. Kinerja mutu pelayanan sesuai target	%	Jumlah indictor mutu kinerja pelayanan yang capai target dan / nilai standar dibagi jumlah indicator mutu pelayanan dikali 100%	Lap realisasi kinerja											

	➤ BOR	%	$\text{Rumus BOR} = \frac{\text{Jumlah hari perawatan}}{(\text{Jumlah tempat tidur} \times \text{Jumlah hari dalam 1 tahun})} \times 100\%$ BOR = Adalah persentase pemakaian tempat tidur (TT) rumah sakit pada satu satuan waktu tertentu, idealnya 60-85%.	Lap pelayanan rawat inap rumah sakit
	➤ LOS	Hari	$\text{Rumus ALOS} = \frac{\text{Jumlah lama dirawat}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}}$ ALOS (Average Length of Stay) adalah rata – rata lama rawat seorang pasien. Nilai ALOS yang ideal antara 6 – 9 hari.	Lap pelayanan rawat inap rumah sakit
	➤ TOI	Hari	$\text{Rumus TOI} = \frac{(\text{Jumlah tempat tidur} \times \text{Periode}) - \text{Hari Perawatan}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}}$ TOI (Turn Over Interval) adalah rata-rata hari dimana tempat tidur tidak ditempati dari telah diisi ke saat terisi berikutnya	Lap pelayanan rawat inap rumah sakit
	➤ BTO	Kali	$\text{Rumus BTO} = \frac{\text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}}{\text{Jumlah tempat tidur}}$ BTO (Bed Turn Over) adalah frekuensi pemakaian tempat tidur pada satu periode, berapa kali tempat tidur dipakai dalam satuan waktu tertentu. Dalam dua tahun idealnya tempat tidur dipakai rata-rata sebanyak 40 – 50 kali	Lap pelayanan rawat inap rumah sakit
	➤ NDR	‰	$\text{Rumus NDR} = \frac{\text{Jumlah pasien mati} > 48 \text{ jam}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}} \times 1000 \text{ permil}$ NDR (Net Death Rate) adalah angka kematian 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1000 pasien keluar	Lap pelayanan rawat inap rumah sakit
	➤ GDR	‰	$\text{Rumus GDR} = \frac{\text{Jumlah pasien mati seluruhnya}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}} \times 1000 \text{ permil}$ GDR (Gross Death Rate) adalah angka kematian umum untuk setiap 1000 pasien keluar	Lap pelayanan rawat inap rumah sakit
Meningkatnya akuntabilitas kinerja dan keuangan	4. Persentase capaian kinerja program penunjang urusan PD	%	Jumlah indikator prog yang capai kinerjanya dibagi total indikator capaian kinerja dikali 100%	Lap Realisasi kinerja rumah sakit

D. Rencana Anggaran Tahun 2021.

Berdasarkan Dokumen Pelaksanaan Anggaran Perubahan RSUD I Lagaligo maka jumlah pendanaan yang dapat dibelanjakan pada Tahun Anggaran 2021 adalah sebesar Rp.185.599.891.778,- yang digunakan untuk membiayai Belanja Operasional dan Belanja Modal. Secara rinci rencana anggaran Belanja RSUD I Lagaligo dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 2.6
Rencana Belanja RSUD I Lagaligo
Tahun Anggaran 2021

No	Uraian	Rencana (Rp)	%
1	Belanja Operasional	Rp. 113.770.928.079,-	73,2
	- Belanja pegawai	26.488.788.025,-	
	- Belanja barang dan jasa	109.282.140.054,-	
2	Belanja Modal	Rp. 49.828.963.699,-	26,8
	- BM. Peralatan dan mesin	13.759.618.987,-	
	- BM Gedung dan bangunan	26.069.344.712,-	
Jumlah		Rp. 185.599.891.778,-	100

Alokasi anggaran belanja Tahun 2021 yang dialokasikan untuk membiayai program-program yang langsung mendukung pencapaian sasaran pembangunan adalah sebagai berikut :

Tabel 2.7
Alokasi per Sasaran Tahun Anggaran 2021

SASARAN	INDIKATOR	ANGGARAN (Rp)	PERSENTASE ANGGARAN
Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit	1. Elemen Penilaian (EP) standar akreditasi yang mencapai target	Rp. 157.351.410.880,-	84,8%

	2. Indikator SPM yang memenuhi target		
	3. Kinerja mutu pelayanan sesuai target :		
	- BOR		
	- LOS		
	- TOI		
	- BTO		
	- NDR		
	- GDR		
Meningkatnya akuntabilitas kinerja dan keuangan	4. Persentase capaian kinerja program penunjang urusan PD	28.248.480.898,-	15,2%

RSUD I Lagaligo memiliki 2 (dua) tujuan dengan 2 (dua) sasaran, dan untuk mengukur keberhasilan dari sasaran tersebut rumah sakit menetapkan 4 (empat) indikator. Untuk mendukung keberhasilan tujuan yang telah ditetapkan rumah sakit telah menetapkan 2 (dua) program dengan 5 (lima) kegiatan dan 9 (Sembilan) sub kegiatan. Pada tabel di atas dapat dilihat bahwa seluruh anggaran belanja yang ada yaitu sebesar **Rp. 185.599.891.778,-** digunakan untuk sepenuhnya mendukung sasaran "**Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit dan Meningkatkan akuntabilitas kinerja dan keuangan**". Tertinggi anggaran untuk mencapai sasaran meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit yaitu 84,8%, selanjutnya untuk pencapaian sasaran meningkatnya akuntabilitas kinerja dan keuangan sebesar 15,2%

BAB III

AKUNTABILITAS KINERJA

Laporan Kinerja adalah pewujudan pertanggung jawaban atas pencapaian visi dan misi organisasi yang telah ditetapkan dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah. Untuk itu, Evaluasi terhadap Kinerja melalui mekanisme pertanggungjawaban perlu dilakukan untuk mengetahui sejauh mana pelaksanaan Program/kegiatan berimplikasi terhadap kinerja atau pencapaian sasaran OPD.

Pengukuran kinerja merupakan salah satu faktor yang amat penting bagi suatu organisasi, pengukuran kinerja menurut Lynch dan Cross (1993) dalam Sony Yuwono dkk (2006:29) bermanfaat untuk: a. Menelusuri kinerja terhadap harapan pelanggan sehingga akan membawa perusahaan lebih dekat pada pelanggannya dan membuat seluruh orang dalam organisasi terlibat dalam upaya memberi kepuasan kepada pelanggan. b. Memotivasi pegawai untuk melakukan pelayanan sebagai bagian dari mata rantai pelanggan dan pemasok internal. c. Mengidentifikasi berbagai pemborosan sekaligus mendorong upaya-upaya pengurangan terhadap pemborosan tersebut. d. Membuat suatu tujuan strategis yang biasanya masih kabur menjadi lebih konkret sehingga mempercepat proses pembelajaran organisasi. e. Membangun konsensus untuk melakukan suatu perubahan dengan memberi "reward" atas perilaku yang diharapkan tersebut. RSUD I Lagaligo selaku pelaksana sebagian kebijakan Pemerintah Daerah mempunyai tugas pokok melaksanakan penyusunan dan pelaksanaan kebijakan daerah dibidang kesehatan. Dalam memberikan laporan pertanggung jawaban atas pelaksanaan tugas pokok yang diberikan, diwajibkan untuk membuat Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) dengan berpedoman pada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 53 tahun 2014 (Permenpan dan RB).

Pengukuran kinerja merupakan proses sistematis dan berkesinambungan yang digunakan sebagai dasar untuk menilai keberhasilan dan kegagalan pelaksanaan kegiatan sesuai dengan sasaran dan tujuan yang telah ditetapkan dalam rangka mewujudkan Visi dan Misi RSUD I Lagaligo Kab. Luwu Timur.

Untuk setiap pernyataan kinerja sasaran strategis tersebut dilakukan analisis capaian kinerja sebagai berikut:

1. Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini;
2. Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir;
3. Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi;
4. Membandingkan realisasi kinerja tahun ini dengan standar nasional (jika ada);
5. Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja serta alternatif solusi yang telah dilakukan;
6. Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya;
7. Analisis program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian pernyataan kinerja.

Untuk skala penilaian terhadap kinerja pemerintah, menggunakan pijakan Permendagri No. 54 tahun 2010 tentang Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2008 Tentang Tahapan, Tatacara Penyusunan, Pengendalian, Dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan Daerah, dengan kriteria sebagai berikut :

Tabel 3.1
Skala Nilai Peringkat Kinerja

NO.	INTERVAL NILAI REALISASI KINERJA	KRITERIA PENILAIAN REALISASI KINERJA	KODE
1.	$91 \leq 100 \%$	Sangat Tinggi	ST
2.	$76 \leq 90 \%$	Tinggi	T
3.	$66 \leq 75 \%$	Sedang	S
4.	$51 \leq 65 \%$	Rendah	R
5.	$\leq 50 \%$	Sangat Rendah	SR

A. Capaian Kinerja OPD

Berikut target IKU RSUD I Lagaligo, karena ada perubahan Indikator maka target yang disampaikan untuk periode 2016-2020 dengan target periode 2021-2026, sebagai berikut :

Tabel 3.1
Tujuan, Sasaran dan Targer Jangka Menengah RSUD I Lagaligo
Periode Tahun 2016-2020

NO	TUJUAN	INDIKATOR TUJUAN	SASARAN	INDIKATOR SASARAN	TARGET KINERJA SASARAN PADA TAHUN KE-				
					2016	2017	2018	2019	2020
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
1.	Mewujudkan kualitas pelayanan rumah sakit	indeks kepuasan masyarakat	Meningkatnya mutu pelayanan	1. Tingkat akreditasi rumah sakit	Perdana (1)	Perdana (1)	Paripurna (4)	Paripurna (4)	Paripurna (4)
				2. Prosentase indikator SPM yang memenuhi target	80,0%	81,64%	87,30%	88,50%	89,303%
				3. Bed Occupancy Rate (BOR)	84%	83%	86%	80%	80%
				4. Length of Stay (LOS)	2,3 hr	2,4 hr	2,3 hr	2,3 hr	2,3 hr
			Meningkatnya akuntabilitas kinerja OPD RSUD I Lagaligo	5. Nilai SAKIP	60,12	62,65	76,69	77,00	77,60

Untuk Tujuan, sasaran dan indikator (IKU) RSUD I Lagaligo tahun 2016-2020 jika disandingkan dengan IKU tahun 2021-2026 ada mengalami perubahan, dimana indikator sasaran periode sebelumnya (2016-2020) adalah ***Tingkat akreditasi Rumah Sakit*** maka pada tahun 2021 indikator tersebut menjadi ***indikator tujuan*** dan untuk ***indikator sasarnya*** sendiri menjadi ***Elemen Penilaian Standar Akreditasi yang mencapai target***. Perubahan ini dengan pertimbangan bahwa dalam kegiatan akreditasi rumah sakit memiliki 15 bab dengan 332 standar dan 1.325 Elemen Penilaian (EP), skor yang harus dicapai untuk setiap bab minimal adalah 80 (Lulus Paripurna). Status akreditasi berlaku selama 3 (tiga) tahun kecuali ditarik oleh KARS. Pada akhir tiga tahun siklus akreditasi

rumah sakit , rumah sakit harus melaksanakan survey ulang untuk perpanjangan status akreditasi. Saat ini status Akreditasi RSUD I Lagaligo adalah Tingkat Paripurna, yaitu tingkatan akreditasi yang paling tinggi dimana rumah sakit berdasarkan hasil survey KARS untuk 15 bab akreditasi ≤ 80 . Agar tetap memperoleh status akreditasi Paripurna RSUD I Lagaligo harus meningkatkan komitmen penerapan akreditasi. Berikut table tujuan, sasaran dan indikator RSUD I Lagaligo untuk tahun 2021 :

Tabel 3.2
Tujuan, Sasaran , Indikator dan target RSUD I Lagaligo
Periode Tahun 2021-2025

Periode Tahun 2021-2025									
NO	TUJUAN	INDIKATOR TUJUAN	SASARAN	INDIKATOR SASARAN	TARGET				
					2021	2022	2023	2024	2025
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
1.	Mewujudkan kualitas pelayanan rumah sakit	1. Indeks kepuasan masyarakat	Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit	1. Elemen penilaian (EP) standar akreditasi yang mencapai target	82	83	83	84	85
		2. Tingkat akreditasi rumah sakit		2. Indikator SPM yang memenuhi target	90%	93%	95%	95%	100%
		3. Kinerja mutu pelayanan sesuai target :		100%	100%	100%	100%	100%	
		➤ Bed Occupancy Rate (BOR)		60%	75%	75%	80%	80%	
		➤ Leght Of Stay (LOS)		2,6 hari	2,2 hari	2,2 hari	2,5 hari	2,5 hari	
		➤ Turn Of Interval (TOI)		4,1 hari	2,5 hari	2,5 hari	2 hari	2 hari	
		➤ Bed Turn Over (BTO)		50 kali	50 kali	50 kali	50 kali	50 kali	
		➤ Net Death Rate (NDR)		25‰	25‰	21‰	21‰	20‰	
		➤ Gross Death Rate (GDR)		45‰	43‰	43‰	40‰	40‰	
2.	Meningkatkaa akuntabilitas penyelenggaraan layanan urusan perangkat daerah	Opini audit akuntan publik	Meningkatnya akuntabilitas kinerja dan keuangan	Presentase capaian kinerja program penunjang urusan pemerintah daerah	90%	92%	94%	95%	95%

1. Capaian Indikator Kinerja Utama 2021

Berdasarkan IKU yang telah ditetapkan, baik sebelum perubahan maupun setelah perubahan, capaian yang diraih sampai dengan Tahun 2021 akan diuraikan dalam tabel dibawah:

Tabel 3.3
Capaian Indikator Kinerja Utama
RSUD I Lagaligo Kab. Luwu Timur

No.	Indikator Kinerja Utama	Satuan	Target	Realisasi	Capaian (%)
1.	Elemen Penilaian (EP) standar akreditasi yang mencapai target	Skor	82	82	100
2.	Indikator SPM yang memenuhi target	%	90	88,82	98,7
3.	Kinerja mutu pelayanan sesuai target :	%	100	16,7	16,7
	- BOR (<i>Bad Occupation Ratio</i>)	%	60	45	75
	- LOS (<i>Long Of Stay</i>)	Hari	2,6	2,7	104
	- TOI (<i>Turn Over Interval</i>)	Hari	4,1	4,8	117
	- BTO (<i>Bed Turn Over</i>)	Kali	50	41	82
	- NDR (<i>Net Death Rate</i>)	‰	25	30	120
	- GDR (<i>Gross Death Rate</i>)	‰	45	54	120
4.	Persentase capaian kinerja program penunjang urusan PD	%	90	100	111

Indikator Kinerja Utama (IKU) yang mendukung sasaran strategis dalam RENSTRA OPD Tahun 2021-2026 sebanyak 4 (empat) indikator, dan dari table diatas rata-rata capaian kinerjanya adalah 81,6 dengan kriteria capaiannya adalah **Tinggi** (capaian 79 < 90%).

Selain itu dirumah sakit juga memiliki beberapa indicator mutu lainnya yang dapat meningkatkan mutu pelayanan, yaitu sebagai berikut :

Tabel 3.4
Capaian Indikator Mutu Tahun 2021
RSUD I Lagaligo Kab. Luwu Timur

No	Indikator Kinerja	Standar	Capaian
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	Indikator Area Klinis : ➤ Asesmen awal < 24 jam ➤ Angka kejadian pulang paksa ➤ Kematian pasien ≥ 48 jam ➤ Kematian pasien ≤ 48 jam ➤ Presentase kejadian pasien jatuh ➤ Kejadian kematian ibu melahirkan karena pre eklamsi/ eklamsi ➤ Kejadian kematian ibu melahirkan karena perdarahan ➤ Kejadian kematian ibu melahirkan karena sepsis ➤ Pemberi pelayanan persalinan normal ➤ Angka kepatuhan melakukan time out dalam prosedur pembedahan ➤ Presentase pasien yang kembali ke ICU dengan kasus yang sama < 72 jam ➤ Adekuasi hemodialisis ➤ Kejadian reaksi transfuse ➤ Kemampuan menangani BBL dengan asfiksia	100% ≤ 5% 0,24% 0,24% 3% ≤ 30% ≤ 1% ≤ 0,2% 100% 100% ≤ 3% 100% < 0,01% 100%	100% 0,03% 0,01% 0,005% 0% 1,19% 0,12% 0% 100% 100% 0,02% 100% 0,01% 88,29%
2.	Indikator Area Manajemen : ➤ Waktu penyediaan dokumen rekam medik rawat jalan ➤ Angka pengembalian rekam medik 2 x 24 jam ➤ Kelengkapan informed consent tindakan medik	<10 menit > 80% 100%	5,53 menit 88% 87%

	➤ Kelengkapan TT dengan pengaman ➤ Kelengkapan kamar mandi dengan pengaman ➤ Waktu tunggu pelayanan dokter di poliklinik ➤ Angka staf yang mendapat pelatihan 20 jam/ orang ➤ Waktu tunggu pelayanan laboratorium ➤ Angka ketersediaan APD ➤ Angka kegagalan pelayanan rontgen ➤ Waktu tunggu pelayanan obat jadi ➤ Waktu tunggu pelayanan obat racikan ➤ Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat ➤ Tidak adanya kejadian linen hilang	100% 100% ≤ 60 menit > 40% ≤ 120 menit 100% 2% ≤ 30 menit ≤ 60 menit > 80% 100%	100% 91,4% 13,01 menit 53,9% 57,92 menit 100% 0% 10,88 menit 35,01 menit 92% 100%
3.	Indikator Sasaran Keselamatan Pasien ➤ Komunikasi efektif ➤ Angka KNC/ KTD akibat kesalahan pemberian obat ➤ Angka kejadian sentinel akibat kesalahan pemberian obat ➤ Angka kesalahan lokasi (salah sisi) ➤ Angka kesalahan identitas pasien operasi ➤ Angka kesalahan tindakan pasien operasi ➤ Angka infeksi saluran kencing (ISK) ➤ Angka infeksi daerah operasi (IDO)	80% 0% 0% 0% 0% 0% < 4,7% < 2%	100% 0% 0% 0% 0% 0% 1,35% 0%

Analisis keberhasilan dan kegagalan pencapaian IKU dan indikator mutu lainnya RSUD I Lagaligo Tahun 2021 akan dijelaskan pada analisis capaian kinerja sasaran strategis di bawah ini.

2. Analisis Capaian Kinerja

Dari hasil pengukuran dan evaluasi kinerja Secara umum RSUD I Lagaligo tahun 2021 dapat disampaikan bahwa sasaran strategis yang telah ditargetkan belum semua dapat dicapai 100% yang disebabkan berbagai kendala. Rincian analisis capaian sasaran strategis dapat diuraikan sebagai berikut:

1) Analisis Perbandingan antara target dan realisasi kinerja tahun ini;

Tabel 3.5

Capaian Kinerja Per Sasaran RSUD I Lagaligo

“Sasaran : Meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit”

Sasaran	Indikator		2021		TINGKAT REALISASI (%)
		SAT	TARGET	REALISASI	
Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit	1. Elemen Penilaian standar akreditasi yang mencapai target	skor	82	82	100
	2. Indikator SPM yang memenuhi target	%	90	88,8	98,7
	3. Kinerja Mutu Pelayanan sesuai Target :	%	100	16,7	16,7
	➤ Bed Occupancy Rate (BOR)	%	60	45	75
	➤ Length of Stay (LOS)	Hari	2,6	2,7	104
	➤ Turn of Interval (TOI)	Hari	4,1	4,8	117
	➤ Bed Turn Over (BTO)	kali	50	41	82
	➤ Net Deat Rate (NDR)	‰	25	30	120
	➤ Gross Death Rate (GDR)	‰	45	54	120

Dari 3 indikator kinerja yang mendukung sasaran strategis ini, ada 1 (satu) indikator kinerja sasaran yang mencapai target dan 2 (dua) indikator kinerja sasaran yang belum mencapai target. Tetapi secara tingkat capaian kinerja 3 (tiga) inidkator ini rata-rata memperoleh nilai 71,6% dan ini masuk katagori **Sedang ($66 \leq 75\%$)**.

Tabel 3.6

Capaian Kinerja RSUD I Lagaligo

“Sasaran : Meningkatnya akuntabilitas kinerja dan Keuangan”

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Satuan	Target	Realisasi	Capaian (%)
Meningkatnya akuntabilitas kinerja dan Keuangan	1. Presentase capaian kinerja program penunjang urusan PD	%i	90	100	111

Dari table diatas dapat dilihat bahwa indicator sasaran strategis kedua, yaitu Presentase capaian kinerja program penunjang urusan PD Tahun 2021 realisasi 100% dari target 90%, dengan tingkat capaian 111% dan secara tingkat capaian kinerja masuk katagori **Sangat Tinggi (91 ≤ 100%)**.

2) **Analisis Perbandingan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir**

Indikator sasaran RSUD I Lagaligo untuk periode 2016-2020 ke periode 2021-2026 ada mengalami perubahan, sehingga disini penjelasan untuk perbandingan tahun-tahun sebelumnya dijelaskan secara 2 (dua) table yaitu periode 2016-2020 dan periode 2021-2026. Berikut penjelasannya :

“Sasaran : Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit”

Tabel. 3.7
Realisasi IKU RSUD I Lagaligo Kab Luwu Timur
Periode 2016-2020

Sasaran	Indikator	Realisasi							
		2017		2018		2019		2020	
		Realisasi	% Capaian	Realisasi	% Capaian	Realisasi	% Capaian	Realisasi	% Capaian
Meningkatnya mutu pelayanan	Tingkat akreditasi rumah sakit	Perdana (1)	100	Paripurna (4)	187,5	Paripurna (4)	100	Paripurna (4)	100%
	Prosentase indikator SPM yang memenuhi target	81,6%	90,7	87,3%	95	90%	97	90,9%	101,8%
	Bed Occupancy Rate (BOR)	83%	110,7	86%	110,2	77%	96	50%	62,5%
	Length of Stay (LOS)	2,4 hr	80	2,3 hr	57,5	2,1 hr	91	2,2 hr	95,6%
Rata-rata capaian			95%		112%		96%		90%

Jika dilihat capaian kinerja tahun 2020 dengan beberapa tahun terakhir, maka secara umum rata-rata capaian kinerja pada sasaran **Meningkatnya Mutu Pelayanan** ini mengalami **Penurunan Tingkat capaian** dari tahun sebelumnya 96% dan tahun 2020 menjadi 90%. Penyebab turunnya tingkat capaian tersebut pada indikator pelayanan yang tidak capai target, terutama pada indikator BOR dari target 80% terealisasi hanya 50% atau tingkat capaian 62,5%. Tidak tercapai target tersebut karena tahun 2020 adanya penambahan jumlah tempat tidur (TT) untuk perawatan pasien COVID-19 sebanyak 8 TT sehingga jumlah menjadi 213 TT dimana sebelumnya pada tahun 2019 jumlah TT pasien 205.

Capaian BOR tahun 2020 mengalami penurunan selain karena penambahan jumlah TT juga merupakan dampak dari adanya Pandemi Covid-19 dan ini merata ke seluruh rumah sakit di Indonesia. Akibat adanya Covid-19 minat masyarakat untuk datang ke rumah sakit sangat rendah, baik untuk kunjungan poliklinik/ rawat jalan maupun rawat inap. Secara keseluruhan penurunan kunjungan terjadi pada kasus pengobatan umum, untuk kasus kebidanan hamper tidak ada penurunan kasus kunjungan, mengingat pada awal kasus Pandemi COVID-19 banyak Praktik Mandiri Bidan (PMB) yang tidak memberikan pelayanan sehingga kasus kebidanan banyak yang dirujuk ke rumah sakit.

Selain itu pada masa Pandemi CoVID-19 banyak tenaga kesehatan yang terkonfirmasi COVID-19 sehingga beberapa ruang perawatan ada yang ditutup karena kekurangannya jumlah petugas untuk bertugas. Juga untuk mengantisipasi kebutuhan perawatan kasus COVID-19, Pimpinan RSUD I Lagaligo melakukan kebijakan pengalih fungsian ruang perawatan biasa menjadi ruang perawatan covid-19 sehingga ketersediaan ruang perawatan pasien umum (Non Covid-19) sangat terbatas.

Berikut ini realisasi sasaran untuk tahun 2021-2026 :

Tabel 3.8
Realisasi IKU RSUD I Lagaligo Kab Luwu Timur
Periode 2021-2025

Sasaran	Indikator	2021		TINGKAT REALISASI
		TARGET	REALISASI	
Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit	1. Elemen Penilaian standar akreditasi yang mencapai target	82	82	100%
	2. Indikator SPM yang memenuhi target	90%	88,82%	98,7%
	3. Kinerja Mutu Pelayanan sesuai Target :	100%	16,7 %	16,7%
	➤ Bed Occupancy Rate (BOR)	60%	45%	75%
	➤ Length of Stay (LOS)	2,6 hari	2,7 hari	104%
	➤ Turn of Interval (TOI)	4,1 hari	4,8 hari	117%
	➤ Bed Turn Over (BTO)	50 kali	41 kali	82%
	➤ Net Deat Rate (NDR)	25‰	30‰	120%
	➤ Gross Death Rate (GDR)	45‰	54‰	120%
Rata-rata capaian				71,8%

Berdasarkan table 3.7 tentang capaian IKU periode 2021 pada sasaran peningkatan mutu pelayanan rumah sakit didukung oleh 3 (tiga) indikator dan ada 1 (satu) indikator yang capai target, 2 (dua) indikator lainnya masih belum capai. Jika dibandingkan dengan tahun 2020, Capaian tahun 2021 lebih rendah dimana capaian indicator kinerja mutu pelayanan dari 6 indikator hanya 1 (satu) yang memenuhi standar, 5 (lima) indicator lainnya masih berada dibawah standar. Capaian indicator BOR lebih turun dari tahun 2020, hal ini disebabkan kasus COVID-19 pada tahun 2021 masih cukup tinggi bahkan angka kematian kasus covid-19 lebih tinggi dari tahun 2020. Selain itu adanya pembangunan gedung perawatan baru yang berjalan berdampak pada kenyamanan pasien/ pelanggan rumah sakit khususnya pada ruang perawatan yang dekat dengan pembangunan gedung perawatan baru.

Untuk indicator kinerja mutu pelayanan ada 3 (tiga) indikator yang kinerjanya akan lebih baik jika tingkat capaian semakin turun, justru jika tingkat capaian makin tinggi itu bermakna semakin tidak baik. Indikator tersebut adalah :

- a. BTO, semakin sedikit frekuensi penggunaan (standar ideal 40-50 kali) maka bermakna tidak baik, karena jika penggunaan 1 (satu) TT lebih sering berarti kerusakan TT semakin besar dan potensi terjadi infeksi nosocomial semakin tinggi, hal ini disebabkan pemeliharaan dan proses desinfektan TT tidak maksimal akibat TT selalu digunakan oleh pasien rumah sakit.
- b. NDR dan GDR , semakin besar realisasi berarti jumlah kematian dirumah sakit semakin tinggi. Kondisi ini menggambarkan bahwa mutu pelayanan rumah sakit kurang baik, hal ini bisa disebabkan dari beberapa hal seperti SDM, prasarana , peralatan kesehatan/ kedokteran yang kurang memadai, atau ada hal lain yang tidak bisa dilakukan karena kondisi pasien/ keluarga yang tidak memungkinkan.

Berikut ini gambaran akreditasi rumah sakit yang ada di tingkat nasional dan provinsi :

Uraian	Jumlah Rumah Sakit		
	Nasional	Provinsi Sulawesi Selatan	Keterangan
1. Jumlah Rumah Sakit	2.430	93	
2. Rumah Sakit Terakreditasi	2100	93	
3. Rumah Sakit dengan Akreditasi :			
1) Tingkat Paripurna	890	32	RSUD I Lagaligo Akreditasi Tk. Paripurna
2) Tingkat Utama	328	19	
3) Tingkat Madya	376	14	
4) Tingkat Dasar	208	7	
5) Perdana	628	21	
4. Rumah Sakit Belum Akreditasi	0	0	

Sedangkan untuk perbandingan Kinerja mutu pelayanan secara standar nasional, provinsi dan kabupaten lain dapat digambarkan sebagai berikut :

Kinerja Mutu Pelayanan	Standar	Provinsi (RS Haji Makassar 2019)	Kab, Lain (Luwu Utara)	RSUD I Lagaligo
- BOR	60-85%	55,67	37,03	45
- LOS	6-9 hari	3	4,04	2,7
- TOI	1-3 hari	3	6,84	4,8

- BTO	40-50 kali	49,74	34	41
- NDR	25‰	4,23	15	30
- GDR	45‰	8,56	34	54

“Sasaran : Meningkatnya akuntabilitas kinerja dan keuangan”

Sama seperti pada indicator sasaran Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit, indicator meningkatnya akuntabilitas juga pada tahun 2021 (periode 2021-2026) mengalami perubahan, semula indicator Nilai Sakip menjadi presentase capaian kinerja program urusan PD. Berikut capaian yang ditampilkan dalam 2 (dua) table yang menyajikan indicator sebelum perubahan dan setelah perubahan.

Tabel 3.9
Realisasi IKU RSUD I Lagaligo Kab Luwu Timur
Periode 2017-2020

Indikator Kinerja	Realisasi dan Capaian (%)							
	2017		2018		2019		2020	
	Realisasi	% Capaian	Realisasi	% Capaian	Realisasi	% Capaian	Realisasi	% Capaian
Nilai Sakip	62,65	100	76,69	100	67,85	88,1	63,25	81,5

Dari data diatas dapat dilihat bahwa hasil evaluasi atas akuntabilitas kinerja pada RSUD I Lagaligo Tahun 2020 dengan target adalah 77, 60 dan realisasi 63,25 (81,5%), capaian ini mengalami penurunan bila dibandingkan realisasi tahun 2019 yaitu nilai 67,85 meskipun tetap predikat B. Untuk nilai Sakip tahun 2021 masih belum ada, masih menunggu evaluasi dari inspektorat dan ada perubahan indicator. Penurunan nilai Nilai Lakip RSUD I Lagaligo disebabkan monitoring yang dilaksanakan dirumah sakit masih belum dan hasil monitoring tidak sepenuhnya digunakan untuk perbaikan dan pemberian rewards / punishment terhadap tenaga/ pegawai yang berkinerja atau kurang

berkinerja, dan laporan evaluasi prog/ kegiatan belum menyimpulkan keberhasilan atau kegagalan dan memberikan rekomendasi peningkatan kinerja.

Berikut dibawah ini adalah realisasi IKU rumah sakit untuk periode 2021-2026 .

Tabel 3.10
Realisasi IKU RSUD I Lagaligo Kab Luwu Timur
Tahun 2021

Indikator Kinerja	Satuan	Target	Realisasi	Capaian (%)
1. Presentase capaian kinerja program penunjang urusan PD	%i	90	100	111

Indikator Presentase capaian kinerja program penunjang PD pada RSUD I Lagaligo adalah indicator yang baru diterapkan pada tahun 2021 sehingga belum ada pembandingan yang bisa diberikan. Pada indicator ini program yang mendukung ada 1 (satu) dengan 3 (tiga) kegiatan dan

3) Analisis Perbandingan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi;

Berikut ini table realisasi IKU RSUD I Lagaligo sampai dengan tahun 2020 yang dibandingkan dengan target renstra periode 2016-2020.

Tabel 3.11
Realisasi IKU RSUD I Lagaligo Dibandingkan Target Renstra

Indikator Kinerja	Satuan	Target jangka menengah	Realiasasi s.d Tahun ini	Capaian (%)
1. Tingkat akreditasi rumah sakit	Tingkat	Paripurna (4)	Paripurna (4)	100
2. Presentase indikator SPM yang memenuhi target	%	89,30	90,9	101,8

3. BOR	%	80	50	62,5
4. LOS	Hari	2,3	2,2	95,7
5. Nilai Sakip	Nilai	77,60	63,25	81,5

Jika melihat tabel perbandingan diatas, RSUD I Lagaligo menetapkan 5 (lima) indikator, ada 4 (empat) yang menjadi indikator utama (Tingkat akreditasi rumah saki, Presentase indikator SPM yang memenuhi target, BOR, LOS) dan 1 indikator penunjang (Nilai Sakip).

Dari 5 indikator tersebut realisasi indikator kinerja sampai dengan tahun 2020 terhadap target kinerja jangka menengah yang terdapat dalam Rencana Strategis (Renstra), terdapat 2 indikator yang telah mencapai target jangka menengah dan 3 indikator yang belum mencapai target jangka menengah.

Tabel 3.12

Realisasi IKU RSUD I Lagaligo Dibandingkan Target Renstra
Tahun 2021

Indikator	TARGET JANGKA MENENGAH	REALISASI S/D THN INI	TINGKAT CAPAIAN
1. Elemen Penilaian standar akreditasi yang mencapai target	85	82	96,5%
2. Indikator SPM yang memenuhi target	100%	88,82%	88,82
3. Kinerja Mutu Pelayanan sesuai Target :	100%	16,7%	16,7
➤ Bed Occupancy Rate (BOR)	80%	45%	56,25
➤ Length of Stay (LOS)	2,5 hari	2,7 hari	108%
➤ Turn of Interval (TOI)	2 hari	4,8 hari	240%
➤ Bed Turn Over (BTO)	50 kali	41 kali	82%
➤ Net Deat Rate (NDR)	20‰	30‰	150%
➤ Gross Death Rate (GDR)	40‰	54‰	135%
4. Presentase capaian kinerja program penunjang urusan PD	95%	100%	105,3%

Berdasarkan data pada table diatas dapat dilihat bahwa IKU RSUD I Lagaligo tahun 2021-2026 memiliki 4 indikator. Realisasi jika

dibandingkan kondisi realisasi sampai tahun ini (2021) dengan renstra, rumah sakit harus bekerja keras untuk mencapai target yang telah ditetapkan, hanya ada 1 (satu) indikator yang telah mencapai target.

4) **Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja serta alternatif solusi yang telah dilakukan;**

Dalam pemenuhan standar mutu RSUD I Lagaligo telah **memperoleh pengakuan** dari KARS dan **tertinggi** tingkatannya yaitu **Akreditasi Tingkat Paripurna**. Ini merupakan modal awal untuk memperoleh kepercayaan dari masyarakat. Tingkat efisiensi dan mutu pengelolaan RSUD I Lagaligo dapat diindikasikan oleh BOR, TOI, BTO, ALOS, GDR, dan NDR. BOR, NDR dan GDR RSUD I Lagaligo Kabupaten Luwu Timur **sudah mencapai** angka ideal, dan meningkat setiap tahunnya kecuali tahun 2020 dan 2021.

Faktor penyebab keberhasilan capaian kinerja **Meningkatnya Mutu pelayanan rumah sakit dan Meningkatnya Akuntabilitas Kinerja keuangan** antara lain adalah :

- Telah tersentralnya pelayanan rawat jalan dalam 1 (satu) lokasi bangunan, ini memudahkan dan kecepatan pelayanan kepada pasien dapat terpenuhi.
- Telah bekerjasama dengan BPJS sehingga ada jaminan pembiayaan.
- Penyempurnaan tempat pelayanan poliklinik termasuk pengaduan masyarakat/layanan informasi berupa penyediaan : spanduk center, nomor telepon pengaduan, Pengaktifan akun social media rumah sakit dan kotak pengaduan
- Alat kesehatan dan sarana prasarana sudah memadai
- Telah ada pengembangan SIM-RS
- Pembangunan ruangan khusus pasien covid-19 sesuai standar
- Penerapan PPK-BLUD pada RSUD I Lagaligo sejak tahun 2013,
- Memiliki jumlah tenaga kesehatan yang produktif.

Faktor hambatan untuk saat ini adalah :

- Kekhawatiran medis dan paramedic dalam melaksanakan pelayanan selama pandemic covid-19.
- Pasien takut melakukan kunjungan ke rumah sakit
- Kesulitan mendapatkan dokter spesialis
- Terbatasnya tenaga dirumah sakit baik tenaga fungsional maupun administrasi
- Adanya himbauan dari persatuan-persatuan profesi yang membatasi tindakan-tindakan medis/ paramedic/ paramedic lainnya yang dilakukan selama pandemic Covid-19.
- Belum optimalnya SIM-RS
- Belum adanya kesamaan persepsi dengan ditetapkannya RSUD I Lagaligo sebagai PPK-BLUD, sehingga subsidi setiap tahun berkurang

Solusi :

- Peningkatan promosi kesehatan dan perluasan *market*.
- Penyediaan fasilitas dipelayanan untuk pencegahan dan pengendalian covid-19 di rumah sakit.
- Dukungan pemerintah lebih meningkat lagi di tahun-tahun mendatang karena adanya pengembangan-pengembangan pelayanan yang di rencanakan oleh RSUD I Lagaligo
- Perkembangan teknologi informatika yang sangat pesat. agar dapat mengikuti perkembangan teknologi kedokteran maupun teknologi informatika.
- Pemenuhan SDM dan peningkatan kompetensi, performance SDM.
- Dibuatnya inovasi-inovasi pelayanan kesehatan.

5) **Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya;**

Total anggaran RSUD tahun 2021 adalah Rp.,-. Anggaran yang direncanakan pada penetapan kinerja/ perjanjian kinerja tahun 2021 untuk pencapaian sasaran ***Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit dan Meningkatkan akuntabilitas kinerja dan keuangan*** ini sebelum

perubahan adalah sebesar Rp. 166.896.375.694,- dan setelah perubahan anggaran meningkat menjadi Rp.185.599.891.778,- dimana ada penambahan belanja sebesar Rp. 18.703.516.084,- dan dari anggaran tersebut terealisasi sebesar Rp.181.227.438.133,- atau 97,64% dengan **tingkat efisiensi sebesar 2,36% (Rp. 4.372.453.645,-).**

6) Analisis program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian pernyataan kinerja

Program dan kegiatan yang menunjang keberhasilan pencapaian sasaran ***Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit dan Meningkatnya akuntabilitas kinerja dan keuangan*** ini adalah sebanyak 2 (dua) program dengan 5 (lima) kegiatan dan 9 (Sembilan) sub kegiatan, yaitu Program Pemenuhan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat dengan 2 Kegiatan dan 5 sub kegiatan, Program penunjang urusan pemerintah daerah kabupaten / kota 3 kegiatan dan 4 sub kegiatan.

Berikut program/ kegiatan yang mendukung pencapaian sasaran berdasarkan masing-masing indikator :

Tabel 3.13
Tabel Program, Kegiatan RSUD I Lagaligo

SASARAN	INDIKATOR	PROGRAM / KEGIATAN PENDUKUNG
Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit	1. Elemen Penilaian (EP) standar akreditasi yang mencapai target 2. Indikator SPM yang memenuhi target 3. Kinerja mutu pelayanan sesuai target : - BOR - LOS - TOI - BTO	4. Program pemenuhan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat : 1) Penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan untuk UKM dan UKP kewenangan daerah kab/ kota 2) Penyediaan layanan kesehatan untuk UKM dan UKP rujukan tingkat daerah kab/ kota 5. Program penunjang urusan

	- NDR - GDR	pemerintah daerah kab/ kota : 3) Peningkatan Pelayanan BLUD
Meningkatnya akuntabilitas kinerja dan Keuangan	4. Presentase capaian kinerja program penunjang urusan PD	6. Program penunjang urusan pemerintah daerah kab/ kota : 4) Perencanaan, penganggaran dan evaluasi kinerja PD 5) Administrasi keuangan PD

E. Realisasi Anggaran

Pendapatan BLUD RSUD I Lagaligo pada tahun 2021 ditargetkan Rp. 82.000.000.000,- dengan realisasi pendapatan sebesar Rp. 80.333.938.433,- atau sebesar 97,96%. Pendapatan tidak capai target disebabkan adanya klaim pelayanan Covid-19 rumah sakit belum dibayarkan dan klaim pelayanan pasien BPJS bulan desember 2021 juga belum dibayarkan.

Belanja tahun 2021 adalah Rp. 185.599.891.778,- dengan realisasi senilai Rp. 181.227.438.133,- atau sebesar 97,64%.

Secara rinci dapat diuraikan realisasi program dan kegiatan RSUD I Lagaligo tahun 2021 sebagai berikut:

Tabel 3.14
Realisasi Program dan Kegiatan
RSUD I Lagaligo T.A 2021

No	Program	Target/ Anggaran	Realisasi	%	+/-
I	PENDAPATAN BLUD	82.000.000.000	80.333.938.433	97,96	1.666.061.567,-
II	BELANJA	185.599.891.778	181.227.438.133	99,9	4.372.453.645,-
1	Program pemenuhan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat :	60.351.410.880	59.510.159.000	98,7	841.251.880,-
	1) Penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan untuk UKM dan UKP kewenangan daerah kab/ kota	44.828.963.699	44.743.315.861	98,61	85.647.838
	- Pengembangan				

	Rumah Sakit	36.069.344.712	35.988.749.800	99,78	80.594.912
	- Pengadaan Prasarana dan Pendukung Fasilitas Pelayanan Kesehatan	932.720.000	932.720.000	100	0
	- Pengadaan Alat Kesehatan/ Alat Penunjang Medik Fasilitas Pelayanan Kesehatan	7.826.898.987	7.821.846.061	99,94	5.052.926
	2) Penyediaan layanan kesehatan untuk UKM dan UKP rujukan tingkat daerah kab/ kota	15.522.447.181	14.766.843.130	95,13	755.604.042
	- Operasional Pelayanan Rumah Sakit	8.883.322.000	8.139.021.412	91,62	744.300.588
	- Pengelolaan Pelayanan Kesehatan bagi Penduduk terdampak Krisis Kesehatan Akibat Bencana dan/ atau Berpotensi	6.639.125.181	6.627.821.727	99,83	11.303.454
2	Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/ Kota	125.248.480.898	121.717.279.133	97,18	3.531.201.765,-
	1) Administrasi Keuangan Perangkat Daerah	26.488.788.025	25.814.282.287	93	674.505.738,-
	- Penyediaan Gaji dan Tunjangan ASN				
	2) Perencanaan, Penganggaran, dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah	1.759.692.873	1.755.651.313	99,77	4.041.560
	- Penyusunan Dokumen Perencanaan Perangkat Daerah	1.755.152.873	1.751.111.313	99,77	4.041.560
	- Koordinasi dan Penyusunan Laporan Capaian Kinerja dan Ikhtisar Realisasi Kinerja SKPD	4.540.000	4.540.000	100	0,-
	3) Peningkatan Pelayanan BLUD	97.000.000.000	94.147.345.533	97,06	2.852.654.467,-
	- Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	97.000.000.000	94.147.345.533	97,06	2.852.654.467,-

BAB IV

P E N U T U P

Pengukuran kinerja dapat dijadikan sebagai ukuran keberhasilan suatu organisasi dalam kurun waktu tertentu dan hasil pengukuran kinerja dapat dijadikan sebagai masukan untuk perbaikan dan peningkatan organisasi di masa yang akan datang.

Dalam manajemen pembangunan berbasis kinerja dan perbaikan pelayanan publik, setiap organisasi pemerintah melakukan pengukuran dan pelaporan atas kinerja institusi dengan menggunakan indikator yang jelas dan terukur. Bagi Satuan Kerja Perangkat Daerah, LKj menjadi bagian dari upaya pertanggungjawaban dan mendorong akuntabilitas publik. Sementara bagi publik sendiri, LKj akan menjadi ukuran akan penilaian dan juga keterlibatan publik untuk menilai kualitas kinerja pelayanan dan mendorong tata kelola pemerintahan yang baik.

LKj bagi OPD juga menjadi punya makna strategis, sebagai bagian dari penerjemahan tugas dan fungsi. Pengukuran-pengukuran kinerja telah dilakukan, dan dikuatkan dengan data pendukung yang mengurai bukan hanya pencapaian tahun pelaporan 2021, namun juga melihat trend pencapaiannya dari tahun ke tahun, dan kontribusinya untuk pencapaian target akhir RENSTRA. Secara umum, nampak bahwa kinerja RSUD I Lagaligo pada Tahun 2021 adalah **sangat tinggi** baik pada capaian kinerja (91,4%), anggaran/ program (100%)

Dari evaluasi dan analisis atas pencapaian sasaran dan IKU yang sudah diuraikan dalam bab III, terlihat bahwa kerja keras telah dilakukan oleh RSUD I Lagaligo untuk memastikan pencapaian kinerja sebagai prioritas dalam pembangunan daerah. Upaya ini telah mencakup perumusan dan penetapan kinerja tahunan dan juga menengah sebagai bagian dari kebijakan strategis maupun tahunan daerah, khususnya dalam RENSTRA dan RENCANA KERJA (RENJA) 2021, yang mencakup juga penentuan program/kegiatan dan alokasi anggarannya. Juga mencakup bukan hanya sekedar pelaksanaan program/kegiatan yang rutin dilakukan, namun juga pengembangan inovasi dalam berbagai bentuk.

Namun demikian, beberapa tantangan perlu menjadi fokus bagi perbaikan

kinerja RSUD I Lagaligo ke depan. Tantangan dalam Pelayanan Kesehatan sehubungan dengan masih berlangsungnya Pandemi COvid-19, rumah sakit dituntut untuk lebih professional dalam pengelolaan manajemen dan pelayanan agar tercapai mutu pelayanan yang berfokus pada pasien dan keselamatan pasien juga petugas. Selain itu di era JKN dan MEA ini rumah sakit diharapkan dapat mengembangkan layanan dan meningkatkan mutu layanan, ini bisa berarti perlunya peningkatan efektivitas dan pencapaian kinerja sehingga beberapa tantangan ini bisa dijawab.

Sebagai bagian dari perbaikan kinerja pemerintah daerah yang menjadi tujuan dari penyusunan LKj, hasil evaluasi capaian kinerja ini juga penting dipergunakan oleh instansi di lingkungan RSUD I Lagaligo untuk perbaikan perencanaan dan pelaksanaan program/kegiatan di tahun yang akan datang. Beberapa permasalahan dan solusi yang sudah dirumuskan akan menjadi tidak punya makna jika hanya berhenti menjadi laporan saja, namun harus ada rencana dan upaya konkret untuk menerapkannya dalam siklus perencanaan dan pelaksanaannya. Hal ini akan menjadikan LKj benar-benar menjadi bagian dari sistem monitoring dan evaluasi untuk pijakan peningkatan kinerja pemerintahan dan perbaikan layanan publik yang semakin baik.

Demikian laporan akuntabilitas ini kami buat, semoga bisa memberikan informasi untuk penetapan kebijakan selanjutnya.

Wotu, 23 Pebruari 2022

Plt. Direktur,



dr.BENNY, M.Kes

Pangkat : Pembina Utama Muda

NIP. 196806082001121003

LAMPIRAN

PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM) RUMAH SAKIT TAHUN 2019

1. Pelayanan Gawat Darurat

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian 2019
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1	Kemampuan menangan life saving anak dan dewasa	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Pemberipelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS	100%	83,33%	81,81%	87,87%	87,87%	90,32%	90,30%	90,63%	90,63%	90,63%	90,63%	90,63%	90,63%	90.63%
3	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	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	24 Jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 Jam
5	Waktu tanggap pelayanan dokter digawat darurat	≤ 5 menit	16,3 Detik	16,3 Detik	16,3 Detik	16,3 Detik	16,3 Detik	16,3 Detik	14,3 Detik	14,9 Detik	14,4 Detik	13.2 Detik	15.6 Detik	17.1 Detik	15.6 Detik
6	Tidak adanya keharusan membayar Uang muka	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
7	Kematian pasien di IGD (≤ 8 jam)	≤ 2/1000	0,37 /1000	0,49 /1000	0,12 /1000	0,24 /1000	0/1000	0,21 /1000	0,40 /1000	1/1000	0,68/1000	0,48 /1000	0,36 /1000	0,53 /1000	0,40/1000
8	Kepuasan pelanggan pada gawat darurat	≥ 70%	80,61%	80,61%	80,61%	80,61%	80,61%	80,61%	87,27%	91,78%	92,74%	84,16%	79,14%	83,87%	83,55%

2. Pelayanan Rawat Jalan

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian 2019
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1	Ketersediaan pelayanan rawat jalan	Minimal sesuai dengan jenis dan klasifikasi RS	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai
2	Dokter Pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis	100 % Dokter	87,79 %	94,54 %	93,81 %	89,61%	92%	94,07 %	92%	94,07 %	87,07 %	89,50 %	89,66 %	84,37 %	90,70%
3	Jam buka pelayanan dengan ketentuan	(08.00-13.00) setiap hari kerja	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4	Waktu tunggu dirawat jalan	≤ 60 Menit	19,38 Menit	72,90 Menit	23,66 Menit	17,55 Menit	17,42 Menit	23,66 Menit	23,33 Menit	22,75 Menit	23,34 Menit	22,75 Menit	25,6 Menit	22,74 Menit	25,59 Menit
5	Penegakan diagnosa TB dengan menggunakan melalui pemeriksaan mikroskopik	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
6	Pasien rawat jalan TB yang ditangani dengan Strategi DOTS	100 %	Triwulan	Triwulan	100%	Triwulan	Triwulan	100%	Triwulan	Triwulan	100%	Triwulan	Triwulan	100%	100%
7	Ketersediaan pelayanan VCT (HIV)	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
8	Peresepan obat sesuai Formularium	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
9	Pencatatan dan Pelaporan TB di RS	≥ 60 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
10	Kepuasan Pasien	≥ 90 %	80,76%	92,60%	80,76%	80,76%	80,76%	92,60%	81,06%	81,21%	92,60%	80,76%	92,60%	81,21%	84,80%

3. Pelayanan Rawat Inap

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian tahunan 2019
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1	Ketersediaan pelayanan rawat inap	Sesuai jenis dan kelas RS	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai
2	Pemberi pelayanan rawat inap	Sesuai pola ketenagaan, jenis dan kelas RS	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai
3	Tempat tidur dengan pengaman	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4	Kamar mandi dengan Pengaman pegangan tangan	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100 %
6	Jam Visite Dokter Spesialis	100%	94,75%	95,63%	92,63%	92,81%	86,84%	91,95%	85,04%	86,83%	82,54%	86,73%	90,16%	92,95%	90,13%
7	Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %	0,01%	0,01%	0%	0%	0,01%	0%	0%	0,02%	0%	0%	0%	0%	0,004%
8	Kejadian infeksi Nosokomial	≤ 9 %	0,016%	0,015%	0,012%	0,014%	0,019%	0,015%	0,006%	0,011%	0,012%	0,010%	0,013%	0,004%	0,01%
9	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
10	Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan Strategi DOTS	100%	Triwulan	Triwulan	100%	Triwulan	Triwulan	100%	Triwulan	Triwulan	100%	Triwulan	Triwulan	100%	100%
11	Pelaporan dan pencatatan TB di RS	≥ 60 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
12	Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh	≤ 5%	0,02%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,02%	0,01%	0,01%	0,01%
13	Kematian pasien ≥ 48 jam	≤ 0,24 %	0,004%	0,007%	0,010%	0,008%	0,005%	0,009%	0,005%	0,005%	0,005%	0,003%	0,009%	0,010%	0,01%
14	Kepuasan Pasien	≥ 90%	89,86%	90,17%	90,16%	90,84%	90,94%	81,52%	90,70%	91,86%	93,01%	91,14%	90,79%	90,02%	90,04%

4. Bedah Sentral

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2019
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1.	Ketersediaan tim bedah	Sesuai dengan kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2.	Ketersediaan fasilitas dan peralatan operasi	Sesuai dengan kelas RS 100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3.	Kemampuan melakukan tindakan operasi	Sesuai dengan kelas RS	triwulan	triwulan	87,4%	triwulan	triwulan	87,4%	triwulan	Triwulan	87,4%	Triwulan	Triwulan	87,4%	87,4%
4.	Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	1 hari	1 hari	1 hari	1 hari	1 hari	1 hari	1 hari	1 hari	1 hari	1,1 hari	1,1 hari	1,1 hari	1,025 hari
5.	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100%	100%	100%	100%	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%	100%	100%	100%	100%	100%
7.	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
8.	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
9.	Komplikasi anastesi karena overdosis, reaksi anastesi dan salah penempatan Endotracheal Tube	≤ 6%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
10.	Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
11.	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	75,73%	77,95%	79,88%	76,18%	80,65%	75,73%	78,25%	79,28%	88,45%	84,02%	86,36%	84,61%	80,59%

5.Persalinan dan Perinatologi

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2019
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1.	Pemberi pelayanan persalinan normal	Standar Sp.OG/ Dokter umum/ Bidan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2.	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK terlatih	2 Tim	2 Tim	2 Tim	2 Tim	2 Tim	2 Tim	2 Tim	2 Tim	2 Tim	2 Tim	2 Tim	2 Tim	Tersedia
3.	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan Operasi	Dokter SpOG, Dokter SPA, Dokter	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	Tersedia
4.	Kemampuan menangani BBLR 1500gr-2500gr	100%	88,46%	100%	95%	100%	100%	91%	94%	90%	88%	100%	100%	100%	95,53%
5.	Kemampuan menangani bayi lahir dengan asfiksia	100 %	100%	100%	85%	100%	95%	88%	94%	92%	100%	100%	100%	100%	96,16%
6.	Pertolongan persalinan melalui <i>sectio caesaria</i>	≤ 20 %	41,33%	23,71%	25,68%	27,46%	18,38%	18%	12,08%	17,04%	17,80%	28,94%	33,50%	33,16%	24,75%
7.	Pelayanan Kontrasepsi Mantap Dilakukan oleh SpOG atau SpB, atau SpU, atau dokter umum terlatih	100 %	100 %	100 %	100%	100%	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%	100%	100%	100%	100%	100%
9.	Kejadian Kematian ibu karena Persalinan														
	a. Perdarahan	≤ 1%	0%	0%	0,002%	0,006%	0%	0%	0%	0,003%	0%	0%	0,006%	0%	0,001%
	b. Pre-Eklampsia	≤ 30%	0%	0%	0,002%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0,000%
	c. Sepsis	≤ 0,2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
10.	Kepuasan pelanggan	> 80%	78,62%	78,39%	80,24%	83,57%	85,42%	86,97%	86,24%	87,34%	88,12%	87,2%	86,01%	82,98%	84,25%

6.Pelayanan Intensif

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian tahun 2019
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1.	Pemberi pelayanan intensif														
	a. Dokter Sp. Anastesi&Dokter Sp. Yg sesuai dgn kasus	Sesuai dengan Ketentuan Kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	b. Perawat D3 dengansertifikatmahir ICU	Sesuai dengan Ketentuan Kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2.	Ketersediaan peralatan dan perlengkapan di ruang ICU	Sesuai dengan Ketentuan Kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3.	Ketersediaan tempat tidur dengan monitor dan ventilator	Sesuai dengan Ketentuan Kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4.	Kepatuhan terhadap hand hygiene	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5.	Kejadian infeksi nasokomial di Ruang ICU	≤ 21 %	0,09%	0,07%	0,06%	0,12%	0,10%	0%	0,02%	0,06%	0,09%	0,04%	0,06%	0%	0,05%
6.	Rta-rata pasien yang kembali dengan kasus yang sama < 72 Jam	≤ 3 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1,85%	0%	0%	0%	0%	0%	0,1%
7.	Kepuasan pelanggan	≥ 70 %	82,09%	82,26%	81,21%	81,65%	82,09%	81,65%	81,95%	81,8%	81,06%	81,35%	82,95%	81,80%	81,82%

7.Pelayanan Radiologi

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian tahun 2019
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1.	Pemberi Pelayanan Radiologi	Dr.Sp.Rad, Radiografer	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2.	Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiografi	Sesuai dengan kelas RS	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3.	Waktu Tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam	37,54 Menit	36,38 Menit	32,74 Menit	34,4 Menit	35,48 Menit	34,88 Menit	34,08 Menit	34,72 Menit	33,78 Menit	33,48 Menit	34,86 Menit	37,76 Menit	35 Menit
4.	Kerusakan foto	≤ 2 %	0,3%	0,1%	0,1%	0,3%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,5%	0,2%	0,3%	0,2%
5.	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian label	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
6.	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan Rontgen	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
7.	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	76,92%	77,80%	77,06%	80,17%	80,91%	81,80%	81,35%	83,72%	83,72%	81,80%	82,09%	82,54%	80,76%

8.Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2019
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1.	Pemberi Pelayanan Patologi Klinik	Dr.Sp.PK, Analis	100%	100%	100%	100%	100%	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%	100%	100%	100%	100%	100%
3.	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 120 Menit	52,46 Menit	66,5 Menit	62,7 Menit	56,22 Menit	59,34 Menit	61,52 Menit	53,78 Menit	62,08 Menit	62,1 Menit	63,08 Menit	62,56 Menit	62,5 Menit	60,40 Menit
4.	Tidak adanya kejadian tertukar spesimen pemeriksaan Laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5.	Kemampuan memeriksa HIV/AIDS	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
6.	Kemampuan memeriksa microscopi TB paru	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
7.	Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan Laboratorium	100%	0,8%	0,8%	0,7%	0,6%	0,6%	0,7%	0,7%	0,6%	0,7%	0,6%	0,5%	0,8%	0,6%
8.	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
9.	Kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu eksternal	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
10.	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	77,06%	81,21%	83,43%	82,68%	83,28%	83,86%	84,31%	84,61%	85,05%	86,68%	84,61%	84,31%	83,42%

9.Rehabilitasi Medik

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2019
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1.	Pemberi Pelayanan Rehabilitasi medik	Sesuai dengan ketentuan kelas RS	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai
2.	Ketersediaan Fasilitas dan peralatan rehabilitasi medik	Sesuai dengan ketentuan kelas RS	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	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%	100%	100%	100%	100%	100%
4	Kejadian Drop Out Pasien terhadap Pelayanan Rehabilitasi yang direncanakan	≤ 50%	Triwulan	Triwulan	0%	Triwulan	Triwulan	0%	Triwulan	Triwulan	0%	Triwulan	Triwulan	0%	0%
5	Kepuasan pelanggan	≥80%	79,73%	78,99%	77,51%	81,06%	89,19%	97,33%	86,74%	98,51%	99,40%	92,15%	82,24%	80,61%	86,95%

10.Pelayanan Farmasi

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2019
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1.	Pemberi pelayanan Farmasi														
	a. Apoteker	Sesuai dengan ketentuan kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	b. Teknik kefarmasian	Sesuai dengan ketentuan kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	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%	100%	100%	100%	100%	100%
3.	Ketersediaan formularium	Tersedia dan update paling lama 3 Thn.	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
4	Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 menit	21,2 Mneit	18,8 Menit	21,4 Menit	18,4 Menit	14,44 Mneit	10,90 Menit	10,88 Menit	14,01 Menit	16,51 Menit	15,88 Menit	14,36 Menit	20,08 Menit	16,40 Menit
5	Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit	56,62 Menit	56,04 Menit	52,44%	54,74%	54,58 Menit	40,44 Menit	36,26 Menit	55,54 Menit	33,12 Menit	30,56 Menit	31,55 Menit	44,66 Menit	45,54 Menit
6	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	99,98%	100%	99,98%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99,98%	100%	99,99%
7	Kepuasan pelanggan	≥80%	67,30%	73,96%	67,89%	66,86%	67,89%	78,10%	76,77%	78,10%	79,28%	82,09%	83,13%	82,39%	75,31%

11. Gizi

No	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2019
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1.	Pemberi Pelayanan gizi	Sesuai dengan ketentuan kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	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	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
3.	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90%	90%	94%	94%	90%	90%	95%	90%	96%	90%	96%	92%	96%	92,75%
4.	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5.	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤20 %	10%	2%	12%	8%	12%	14%	10%	12%	10%	12%	10%	8%	10%
6.	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	73,96%	73,96%	73,96%	73,96%	73,96%	73,96%	73,96%	73,96%	73,96%	73,22%	73,96%	73,96%	73,89%

12. Transfusi Darah

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2019
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1.	Tenaga Penyedia Pelayanan Bank Darah	Sesuai dengan ketentuan Pedoman Bank Darah RS	100%	100%	100%	100%	100%	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%	80%	80%	80%	80%	80%
3.	Kejadian reaksi transfusi	≤ 0,01 %	0%	0%	0%	0%	0,01%	0,01%	0,01%	0,06%	0,01%	0,01%	0%	0%	0,009%
4.	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5.	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	82,24%	77,06%	80,76%	83,13%	78,54%	79,73%	82,69%	77,80%	79,73%	75,59%	79,28%	78,25%	79,56%

14.Rekam Medik

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2019
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1.	Pemberi Pelayanan rekam medik	Sesuai persyaratan	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai
2.	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelaynan rawat jalan	≤ 10 Menit	7,11 Menit	7,02 Menit	7 Menit	3,16 Menit	3,19 Menit	3,35 Menit	1,62 Menit	1,69 Menit	1,7 Menit	1,84 Menit	3,73 Menit	2,97 Menit	3,69 Menit
3.	Waktu penyediaan dokumen rekam medic pelayanan rawat inap	≤ 15 Menit	12,20 Menit	12,33 Menit	12,06 Menit	11,31 Menit	10,77 Menit	11,2 Menit	9,81 Menit	9,49 Menit	9,25 Menit	9,54 Menit	9,83 Menit	9,92 Menit	10,64 Menit
4.	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	90%	100%	100%	80%	90%	90%	80%	90%	90%	90%	80%	80%	88,83 %
5.	Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100 %	80%	90%	90%	90%	80%	90%	90%	80%	90%	90%	80%	80%	85,83 %
6.	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	82,26%	84,70%	85,40%	78,91%	80,17%	80,69%	79,95%	81,06%	80,09%	80,17%	82,24%	81,50%	81,42%

15. Pengolahan Limbah

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2019
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1.	Adanya Penanggung jawab pengelolaan limbah Rumah Sakt	Adanya SK Direktur sesuai kelas RS (Permenkes No 1204 thn 2004)	ada	ada	ada	ada	ada	ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada
2.	Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pengelolaan pengelolaan limba rumah sakit	Sesuai peraturan perundangan	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai
3.	Pengelolaan limbah cair	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4.	Pengelolaan limbah padat	100%	100%	100%	100%	100%	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	Per 6 Bulan	Per 6 Bulan	Per 6 Bulan	Per 6 Bulan	Per 6 Bulan	TSS 4 mg/l PH 4 mg/l	Per 6 Bulan	Per 6 Bulan	Per 6 Bulan	Per 6 Bulan	Per 6 Bulan	BOD 29,40 mg/l COD 93,00 mg/l TSS 10 mg/l PH 7,25	BOD 29,40 mg/l COD 93,00 mg/l TSS 10 mg/l PH 7,25

16. Administrasi dan Manajemen

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2019
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1.	Kelengkapan pengisian jabatan	≥ 90 %	100%	100%	100%	100%	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	Ada	Ada	Ada	Ada
3.	Adanya peraturan karyawan rumah sakit	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada
4.	Adanya daftar urutan kepangkatan rumah sakit	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada
5.	Adanya perencana strategi bisnis rumah	Ada	Ada	Ada	Ada	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	Ada	Ada	Ada	Ada
7.	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%	96,55%	90,48%	89,55%	84,38%	86,36%	92%	73,81%	85,11%	50%	80,95%	100%	100%	85,76%
8.	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
9.	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
10.	Pelaksanaan rencana pengembangan SDM	≥ 90 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
11.	Ketepatan waktu penyusunan laporan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
12.	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam	6,42 Menit	6,34 Menit	5,76 Menit	61 Menit	5,96 Menit	5,98 Menit	6,04 Menit	5,78 Menit	5,8 Menit	5,9 Menit	5,68 Mneit	5,84 Menit	10,54 Menit
13.	Cost Recovery	≥ 60 %													
14.	Kelengkapan pelaporan akuntabilitas Kierja	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
15.	Karyawan mendapat pelatihan 20 jam pertahun	≥ 60 %	3,2%	4,6%	11,4%	17,8%	17,8%	18,7%	30,1%	32,4%	34,2%	37%	42,9%	44,3%	44,3%
16.	Ketepatan waktu pemberian intensif sesuai kesepakatan waktu	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

17.Ambulans

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2019
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
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	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	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	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
4.	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/mobil jenazah di rumah	≤ 30 Menit	24 Menit	30 Menit	27 Menit	27 Menit	21 Menit	24 Menit	30 Menit	23 Menit	21 Menit	28 Menit	20 Menit	27 Menit	25,16 Menit
5.	Waktu tanggap pelayanan ambulance kepada masyarakat yang membutuhkan	≤ 30 Menit	29 Menit	20 Menit	25 Menit	23 Menit	22 Menit	27 Menit	21 Menit	21 Menit	29 Menit	30 Menit	27 Menit	22 Menit	24,66 Menit
6.	Tidak terjadinya kecelakaan ambulance/mobil jenazah yang menyebabkan kecacatan atau kematian	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100%
7.	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	80,52%	80,08%	78,90%	80,08%	82,89%	81,11%	80,23%	79,19%	79,04%	81,26%	80,08%	82,30%	80,47%

18. Pemulasaraan Jenazah

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2019
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1.	Ketersediaan pelayanan pemulasaran jenazah	24 jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	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%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%
3.	Ketersediaan tenaga di instalasi perawatan jenazah	Ada SK Direktur	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada
4.	Waktu tanggap (respon time) pelayanan pemulasaran jenazah	≤ 15 Menit	83 Menit	115 Menit	134 Menit	87 Menit	61 Menit	115 Menit	97 Menit	119 menit	112 Menit	87 Menit	112 Menit	112 Menit	102 Menit
5.	Perawatan jenazah sesuai dengan standar <i>universal precaution</i>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
6.	Tidak terjadinya kesalahan identifikasi jenazah	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
7.	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	80,08%	79,93%	79,93%	80,08%	79,93%	80,03%	81,11%	80,82%	81,56%	82,30%	80,23%	80,97%	80,58 %

19.Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2019
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1.	Adanya penanggung jawab IPSRS	Ada SK Direktur	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada
2.	Ketersediaan bengkel kerja	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
3.	Waktu tanggap kerusakan alat ≤ 15 menit	≥ 80 %	90%	90%	80%	96%	75%	94%	99%	80%	90%	90%	100%	100%	90,33%
4.	Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai jadwal pemeliharaan	100 %	10%	13%	10%	15%	15%	15%	19%	16%	17%	27%	32%	28%	18,08%
5.	Ketepatan waktu kalibrasi alat	100%	Tahunan	Tahunan	Tahunan	Tahunan	Tahunan	Tahunan	Tahunan	Tahunan	Tahunan	Tahunan	Tahunan	Tahunan	100%
6.	Alat ukur dan alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu	100 %	Tahunan	Tahunan	Tahunan	Tahunan	Tahunan	Tahunan	Tahunan	Tahunan	Tahunan	Tahunan	Tahunan	Tahunan	100%

20. Pelayanan Laundry

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2019
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1.	Ketersediaan pelayanan laundry	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	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	Ada	Ada	Ada	Ada
3.	Ketersediaan fasilitas dan peralatan laundry	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	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%	100%	100%	100%	100%
5.	Ketepatan pengelolaan linen infeksius	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
6.	Ketersediaan linen	2,5-3 Set x jumlah tempat	100%	100%	100%	100%	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%	100%	100%	100%	100%

21.Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

No.	Indikator	Standart	Pencapaian												Capaian Tahun 2019
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1.	Adanya anggota Tim PPI yang terlatih	75%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2.	Ketersediaan APD disetiap instalasi/departemen	≥ 60%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3	Rencana Program PPI	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada
4	Pelaksanaan Program PPI sesuai rencana	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5	Penggunaan APD saat melaksanakan tugas	100%	100%	100%	100%	100%	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%	100%	100%	100%	100%	100%

22. Pelayanan Keamanan

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2019
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1.	Petugas keamanan bersertifikat pengamanan	100%	16,66%	16,66%	16,66%	16,66%	16,66%	16,66%	16,66%	16,66%	16,66%	16,66%	16,66%	91,66%	91,66%
2.	Sistem pengamanan	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	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%	75%	75%	75%	75%	75%
4.	Evaluasi terhadap system pengamanan	Setiap 3 bulan	Triwulan	Triwulan	Tersedia	Triwulan	Triwulan	Tersedia	Triwulan	Triwulan	Tersedia	Triwulan	Triwulan	Tersedia	Tersedia
5.	Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang	100 %	100%	100%	99,70%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99,97%
6.	Kepuasan Pelanggan	≥ 90 %	89,09%	90,13%	90,28%	88,50%	91,31%	91,46%	90,14%	92,05%	91,76%	91,31%	90,13%	90,28%	90,53%

Plt. Direktur RSUD I Lagaligo



dr. Benny, M. Kes

NIP. 19680608 200112 1 003

Wotu, 05 Januari 2020

Kabid. Pelayanan Medik & Keperawatan

Suhelmi, S. Si. Apt. M. Kes

NIP. 19800313 200502 2 005

**PENCAPAIAN
STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM)
PERIODE TAHUN 2021**



RSUD I LAGALIGO

**PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM) RUMAH SAKIT
TAHUN 2021**

1. Pelayanan Gawat Darurat

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian 2021
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1	Kemampuan menangan life saving anak dan dewasa	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Pemberipelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS	100%	83,80%	83,80%	83,80%	80,64%	83,80%	80,64%	80,64%	80,64%	80,64%	81,25%	81,25%	81,25%	81,25%
3	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	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	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam
5	Waktu tanggap pelayanan dokter digawat darurat	≤ 5 menit	18,4 Detik	18,7 Detik	19,3 Detik	20,1 Detik	20 Detik	20,6 Detik	21,8 Detik	21,6 Detik	20,6 Detik	20,9 Detik	21,1 Detik	21,8 Detik	18,69 Detik
6	Tidak adanya keharusan membayar Uang muka	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
7	Kematian pasien di IGD (≤ 8 jam)	≤ 2/1000	8,74‰	3,31‰	5,79‰	3,05‰	5,12‰	3,74‰	3,73‰	12,9‰	9,48‰	3,17‰	7,30‰	6,45‰	6,06‰
8	Kepuasan pelanggan pada gawat darurat	≥ 70%	83,87%	83,87%	83,87%	85,05%	83,72%	86,53%	86,53%	83,72%	82,69%	82,69%	88,90%	85,94%	84,78%

2. Pelayanan Rawat Jalan

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian 2021
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1	Ketersediaan pelayanan rawat jalan	Minimal sesuai dengan jenis dan klasifikasi RS	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai
2	Dokter Pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis	100 % Dokter	87,11%	87,11%	87,11%	84,12%	87,11%	93,75%	100%	100%	100%	98,95 %	96,81%	94,90%	93,08%
3	Jam buka pelayanan dengan ketentuan	(08.00-13.00) setiap hari kerja	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4	Waktu tunggu dirawat jalan	≤ 60 Menit	13,46 Menit	13,58 Menit	13 Menit	13,84 Menit	13,32 Menit	12,96 Menit	12,3 Menit	13,28 Menit	13,66 Menit	10,02 Menit	11,66 Menit	15,12 Menit	13,01 Menit
5	Penegakan diagnosa TB dengan menggunakan melalui pemeriksaan mikroskopik	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
6	Pasien rawat jalan TB yang ditangani dengan Strategi DOTS	100 %	Triwulan	Triwulan	100%	Triwulan	Triwulan	100%	Triwulan	Triwulan	100%	Triwulan	Triwulan	100%	100%
7	Ketersediaan pelayanan VCT (HIV)	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
8	Peresepan obat sesuai Formularium	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
9	Pencatatan dan Pelaporan TB di RS	≥ 60 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	64%	67%	94%	93,75%
10	Kepuasan Pasien	≥ 90 %	95,3%	95,5%	95,5%	95,05%	96,05%	98,10%	96,10%	99,10%	98,08%	95,10%	98,8%	98,80%	97,54%

3. Pelayanan Rawat Inap

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian tahunan 2021
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1	Ketersediaan pelayanan rawat inap	Sesuai jenis dan kelas RS	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai
2	Pemberi pelayanan rawat inap	Sesuai pola ketenagaan, jenis dan kelas RS	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai
3	Tempat tidur dengan pengaman	100 %	93,01%	93,01%	93,01%	93,01%	91,94%	93,01%	95,16%	95,26%	95,26%	100 %	100 %	100 %	100 %
4	Kamar mandi dengan Pengaman pegangan tangan	100 %	92,94%	92,94%	92,94%	92,94%	92,94%	92,94%	92,94%	89,16%	89,16%	89,29%	89,29%	89,29%	91,40%
5	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
6	Jam Visite Dokter Spesialis	100%	87,84%	87,63%	80,54%	94,39%	86,36%	91,21%	93,14%	93,01%	83,63%	89,13%	81,55%	89,22%	88,14%
7	Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
8	Kejadian infeksi Nosokomial	≤ 9 %	0,007%	0,005%	0,007%	0,004%	0,004%	0,002%	0,004%	0,014%	0,017%	0,008%	0,013%	0,008%	0,01%
9	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
10	Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan Strategi DOTS	100%	Triwulan	Triwulan	100%	Triwulan	Triwulan	100%	Triwulan	Triwulan	100%	Triwulan	Triwulan	100%	100%
11	Pelaporan dan pencatatan TB di RS	≥ 60 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
12	Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh	≤ 5%	0,03%	0,05%	0,04%	0,03%	0,02%	0,02%	0,04%	0,08%	0,03%	0,01%	0,01%	0,01%	0,03%
13	Kematian pasien ≥ 48 jam	≤ 0,24 %	0,013%	0,015%	0,005%	0,001%	0,005%	0,005%	0,012%	0,028%	0,020%	0,004%	0,004%	0,002%	0,01%
14	Kepuasan Pasien	≥ 90%	85,33%	85,50%	87,22%	85,33%	85,50%	87,22%	83,40%	83,09%	84,61%	75,81%	83,52%	77,85%	83,65%

4. Bedah Sentral

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2021
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1	Ketersediaan tim bedah	Sesuai dengan kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan operasi	Sesuai dengan kelas RS 100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3.	Kemampuan melakukan tindakan operasi	Sesuai dengan kelas RS	Triwulan	Triwulan	87,4%	Triwulan	Triwulan	87,4%	Triwulan	Triwulan	87,4%	Triwulan	Triwulan	87,4%	87,4%
4.	Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	1 hari	1 hari	1 hari	1 hari	1 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%	100%	100%	100%	100%	100%
6.	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%	100%	100%	100%	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%	100%	100%	100%	100%	100%
8.	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
9.	Komplikasi anastesi karena overdosis, reaksi anastesi dan salah penempatan Endotracheal Tube	≤ 6%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
10.	Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
11.	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	84,31%	84,31%	84,46%	84,61%	84,31%	84,31%	84,46%	84,61%	84,90%	83,43%	84,76%	84,61%	84,42%

5.Persalinan dan Perinatologi

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2021
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1.	Pemberi pelayanan persalinan normal	Standar Sp.OG/ Dokter umum/ Bidan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2.	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK terlatih	0 Tim	0 Tim	0 Tim	0 Tim	0 Tim	0 Tim	0 Tim	0 Tim	0 Tim	0 Tim	0 Tim	0 Tim	0 Tim
3.	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan Operasi	Dokter SpOG, Dokter SPA, Dokter	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
4.	Kemampuan menangani BBLR 1500gr-2500gr	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5.	Kemampuan menangani bayi lahir dengan asfiksia	100 %	100%	100%	81%	83%	100%	100%	50%	77%	66%	100%	100%	100%	88,29%
6.	Pertolongan persalinan melalui <i>sectio caesaria</i>	≤ 20 %	13,06%	15,72%	29,67%	17,64%	20,80%	26,45%	38,92%	33,53%	22,08%	29,23%	28,22%	30,97%	25,52%
7.	Pelayanan Kontrasepsi Mantap Dilakukan oleh SpOG atau SpB, atau SpU, atau dokter umum terlatih	100 %	100%	100%	100%	100%	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%	100%	100%	100%	100%	100%
9.	Kejadian Kematian ibu karena Persalinan														
	a. Perdarahan	≤ 1%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0,5%	0,12%
	b. Pre-Eklampsia	≤ 30%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	14,28%	0%	0%	0%	1,19%
	c. Sepsis	≤ 0,2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
10.	Kepuasan pelanggan	> 80%	80,24%	79,35%	81,94%	82,61%	85,89%	86,38%	83,94%	81,74%	83,24%	77,51%	80,17%	80,47%	81,95%

6.Pelayanan Intensif

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2021
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1.	Pemberi pelayanan intensif														
	a. Dokter Sp. Anastesi&Dokter Sp. Yg sesuai dgn kasus	Sesuai dengan Ketentuan Kelas RS	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	b. Perawat D3 dengansertifikatmahir ICU	Sesuai dengan Ketentuan Kelas RS	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
2.	Ketersediaan peralatan dan perlengkapan di ruang ICU	Sesuai dengan Ketentuan Kelas RS	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
3.	Ketersediaan tempat tidur dengan monitor dan ventilator	Sesuai dengan Ketentuan Kelas RS	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
4.	Kepatuhan terhadap hand hygiene	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100%	100 %	100 %
5.	Kejadian infeksi nasokomial di Ruang ICU	≤ 21 %	0,03%	0,04%	0,03%	0,05%	0,05%	0,06%	0,06%	0,06%	0,10%	0,10%	0,13%	0,05%	0,06%
6.	Rata-rata pasien yang kembali dengan kasus yang sama < 72 Jam	≤ 3 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0,09%	0,10%	0,05%	0,02%
7.	Kepuasan pelanggan	≥ 70 %	92,98%	81,50%	82,83%	92,98%	81,50%	82,83%	81,95%	82,69%	82,24%	83,87%	86,09%	87,42%	84.07%

7.Pelayanan Radiologi

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2021
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1.	Pemberi Pelayanan Radiologi	Dr.Sp.Rad, Radiografer	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2.	Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiografi	Sesuai dengan kelas RS	83,33%	83,33%	83,33%	83,33%	83,33%	83,33%	83,33%	83,33%	83,33%	83,33%	83,33%	100%	100%
3.	Waktu Tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam	36,02 Menit	37,54 Menit	35,3 Menit	36 Menit	36,16 Menit	34,72 Menit	34,68 Menit	34,92 Menit	34,6 Menit	35,48 Menit	36,5 Menit	35,2 Menit	35,61 Menit
4.	Kerusakan foto	≤ 2 %	0,3%	0,1%	0,1%	0%	0%	0,1%	0,1%	0,3%	0%	0,07%	0,2%	0,1%	0,01%
5.	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian label	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
6.	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan Rontgen	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
7.	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	81,80%	85,35%	81,95%	80,91%	78,69%	83,28%	84,02%	81,06%	74,99%	81,65%	81,80%	81,35%	81,40%

8.Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2021
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1.	Pemberi Pelayanan Patologi Klinik	Dr.Sp.PK, Analis	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2.	Ketersediaan Fasilitas dan peralatan Laboratorium Patologi Klinik	100 %	97,14%	97,14%	97,14%	97,14%	97,14%	97,14%	97,14%	100%	100%	97,14%	97,14%	97,14%	97,14%
3.	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 120 Menit	52,46 Menit	51,5 Menit	58,26 Menit	57,02 Menit	56,44 Menit	56,26 Menit	61,48 Menit	58,02 Menit	60,2 Menit	64,2 Menit	59,2 Menit	60,1 Menit	57,92 Menit
4.	Tidak adanya kejadian tertukar spesimen pemeriksaan Laboratorium	100%	99,96%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99,93%	100%	100%	100%	100%	99,99%
5.	Kemampuan memeriksa HIV/AIDS	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
6.	Kemampuan memeriksa microscopi TB paru	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
7.	Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan Laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
8.	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99,93%	100%	99,96%	100%	99,97%	99,98%
9.	Kesuaian hasil pemeriksaan baku mutu eksternal	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
10.	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	81,6%	83,4%	83,1%	80,6%	82,6%	82,1%	83,2%	84,4%	84,3%	83,1%	84,4%	84,20%	83,08%

9.Rehabilitasi Medik

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2021
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1.	Pemberi Pelayanan Rehabilitasi medik	Sesuai dengan ketentuan kelas RS	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai
2.	Ketersediaan Fasilitas dan peralatan rehabilitasi medik	Sesuai dengan ketentuan kelas RS	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	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%	100%	100%	100%	100%	100%
4	Kejadian Drop Out Pasien terhadap Pelayanan Rehabilitasi yang direncanakan	≤ 50%	Triwulan	Triwulan	0%	Triwulan	Triwulan	0%	Triwulan	Triwulan	0%	Triwulan	Triwulan	0%	0%
5	Kepuasan pelanggan	≥80%	79,73%	78,99%	77,95%	77,80%	83,43%	78,99%	91,41%	93,78%	96,59%	90,97%	82,39%	84,61%	84,72%

10.Pelayanan Farmasi

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2021
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1.	Pemberi pelayanan Farmasi														
	a. Apoteker	Sesuai dengan ketentuan kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	b. Tehnik kefarmasian		100%	100%	100%	100%	100%	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%	100%	100%	100%	100%	100%
3.	Ketersediaan formularium	Tersedia dan update paling lama 3 Thn.	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
4	Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 menit	11,3 Menit	10,1 Menit	9,61 Menit	10,5 Menit	12,49 Menit	11,55 Menit	11,5 Menit	11 Menit	9,25 Menit	10,55 Menit	11,38 Menit	11,4 Menit	10,88 Menit
5	Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit	39,66 Menit	32,74 Menit	28,60 Menit	30,61 Menit	39,57 Menit	36,64 Menit	31,74 Menit	40,58 Menit	31,13 Menit	33,08 Menit	33,10 Menit	42,75 Menit	35,01 Menit
6	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
7	Kepuasan pelanggan	≥80%	77,66%	78,10%	79,14%	79,73%	80,17%	80,61%	81,06%	81,50%	82,09%	83,13%	84,76%	85,05%	87,75%

11. Gizi

No	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2021
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1.	Pemberi Pelayanan gizi	Sesuai dengan ketentuan kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	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	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
3.	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90%	96%	98%	98%	96%	98%	96%	96%	94%	94%	94%	94%	94%	95,66%
4.	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5.	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤20 %	10%	8%	8%	12%	10%	8%	10%	6%	8%	6%	10%	8%	8,6%
6.	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	88,6%	88,5%	89,8%	87,6%	89,4%	89,8%	88,5%	89,7%	90,5%	90,1%	90,2%	90,8%	89,45%

12. Transfusi Darah

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2021
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1.	Tenaga Penyedia Pelayanan Bank Darah	Sesuai dengan ketentuan Pedoman Bank Darah RS	80%	80%	80%	72%	72%	63%	72%	72%	72%	63%	63%	63%	71%
2.	Ketersediaan fasilitas dan peralatan Bank Darah	Sesuai dengan ketentuan Pedoman Bank Darah RS	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
3.	Kejadian reaksi transfusi	≤ 0,01 %	0,02%	0%	0%	0%	0%	0,04%	0,02%	0,02%	0%	0,02%	0%	0%	0,01%
4.	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5.	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	81,06%	82,54%	79,43%	82,39%	81,06%	83,28%	84,31%	83,43%	83,13%	80,32%	83,43%	86,83%	82,60%

14.Rekam Medik

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2021
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1.	Pemberi Pelayanan rekam medik	Sesuai persyaratan	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai
2.	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelaynan rawat jalan	≤ 10 Menit	5,64 Menit	5,68 Menit	5,84 Menit	5,6 Menit	5,31 Menit	5,37 Menit	5,41 Menit	5,65 Menit	5,62 Menit	5,58 Menit	5,51 Menit	5,17 Menit	5,53 Menit
3.	Waktu penyediaan dokumen rekam medic pelayanan rawat inap	≤ 15 Menit	11,74 Menit	12,33 Menit	12,08 Menit	11,79 Menit	11,48 Menit	11,75 Menit	11,83 Menit	12,13 Menit	12 Menit	11,77 Menit	12,07 Menit	11,79 Menit	11,89 Menit
4.	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	90%	80%	90%	90%	90%	80%	90%	80%	90%	90%	90%	90%	88%
5.	Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100 %	90%	90%	80%	80%	90%	90%	80%	90%	90%	80%	90%	90%	87%
6.	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	81,21%	80,91%	80,17%	84,82%	82,01%	81,72%	82,91%	82,61%	81,50%	81,50%	81,65%	81,72%	81,89%

15. Pengolahan Limbah

[illegible]

16. Administrasi dan Manajemen

[illegible]

17.Ambulans

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2021
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
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	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	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	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
4.	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/mobil jenazah di rumah	≤ 30 Menit	20 Menit	30 Menit	27 Menit	27 Menit	21 Menit	24 Menit	30 Menit	23 Menit	21 Menit	28 Menit	20 Menit	27 Menit	24,83 Menit
5.	Waktu tanggap pelayanan ambulance kepada masyarakat yang membutuhkan	≤ 30 Menit	29 Menit	20 Menit	25 Menit	23 Menit	22 Menit	27 Menit	21 Menit	21 Menit	29 Menit	30 Menit	27 Menit	22 Menit	24,66 Menit
6.	Tidak terjadinya kecelakaan ambulance/mobil jenazah yang menyebabkan kecacatan atau kematian	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
7.	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	80,52%	80,08%	78,90%	80,08%	82,89%	81,11%	80,23%	79,19%	79,04%	81,26%	80,08%	82,30%	80,55%

18. Pemulasaraan Jenazah

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2021
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1.	Ketersediaan pelayanan pemulasaran jenazah	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	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	62,5%	62,5%	62,5%	62,5%	62,5%	62,5%	62,5%	62,5%	62,5%	62,5%	62,5%	62,5%	62,5%
3.	Ketersediaan tenaga di instalasi perawatan jenazah	Ada SK Direktur	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada
4.	Waktu tanggap (respon time) pelayanan pemulasaran jenazah	≤ 15 Menit	96 Menit	99 Menit	79 Menit	77 Menit	140 Menit	67 Menit	122 Menit	148 Menit	105 Menit	80 Menit	82 Menit	97 Menit	99,33 Menit
5.	Perawatan jenazah sesuai dengan standar <i>universal precaution</i>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
6.	Tidak terjadinya kesalahan identifikasi jenazah	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
7.	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	67,30%	77,80%	71,44%	78,10%	78,84%	81,35%	81,50%	80,17%	84,16%	81,35%	79,43%	81,35%	78,56%

19. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

[illegible]

20. Pelayanan Laundry

[illegible]

21.Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

No.	Indikator	Standart	Pencapaian												Capaian Tahun 2021
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1.	Adanya anggota Tim PPI yang terlatih	75%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %	75 %
2.	Ketersediaan APD disetiap instalasi/departemen	≥ 60%	90 %	90 %	90 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	97,5 %
3	Rencana Program PPI	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada
4	Pelaksanaan Program PPI sesuai rencana	100%	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %
5	Penggunaan APD saat melaksanakan tugas	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
6	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nasokomial/HAI(Health Care Associated Infection) di Rs	≥ 75%	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %	90 %	90 %	90%	90%	90%	85 %

22. Pelayanan Keamanan

No.	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2021
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1.	Petugas keamanan bersertifikat pengamanan	100%	83,33%	83,33%	83,33%	83,33%	83,33%	83,33%	71,42%	71,42%	71,42%	71,42%	71,42%	71,42%	71,42%
2.	Sistem pengamanan	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	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%	75%	75%	75%	75%	75%
4.	Evaluasi terhadap system pengamanan	Setiap 3 bulan	Triwulan	Triwulan	Tersedia	Triwulan	Triwulan	Tersedia	Triwulan	Triwulan	Tersedia	Triwulan	Triwulan	Tersedia	Tersedia
5.	Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	99,70%	100 %	99,70%	100 %	100 %	100 %	100 %	99,95%
6.	Kepuasan Pelanggan	≥ 90 %	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%

Wotu, 05 Januari 2022

Direktur RSUD I Lagaligo

Kabid. Pelayanan Medik & Keperawatan

dr. Benny. M. Kes

NIP. 19680608 200112 1 003

Suhelmi. S. Si. Apt. M. Kes

NIP. 19800313 200502 2 005

CATATAN JUMLAH INDIKATOR : 170

YG TIDAK MENCAPAI STANDAR :18

Capain spm : 89,41%

Kepuasan : 79%

**PENCAPAIAN
INDIKATOR MUTU
PERIODE TAHUN 2021**



RSUD I LAGALIGO

1. Indikator Area Klinis

No	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2021
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1	Asesmen awal < 24 Jam	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Angka kejadian pulang paksa	≤ 5 %	0,03%	0,05%	0,04%	0,03%	0,02%	0,02%	0,04%	0,08%	0,03%	0,01%	0,01%	0,01%	0,03%
3	Kematian pasien ≥ 48 Jam	0,24%	0,013%	0,015 %	0,005 %	0,001 %	0,005 %	0,005 %	0,012 %	0,028 %	0,020 %	0,004 %	0,004 %	0,002 %	0,01%
4	Kematian pasien ≤ 48 jam	0,24%	0,005%	0,005 %	0,005 %	0,006%	0,007%	0,010%	0,004%	0,004 %	0,004 %	0,003%	0,003%	0,002%	0,005%
5	Persentase kejadian pasien jatuh	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
6	Kejadian kematian ibu melahirkan karena preeklamsia/eklamsia	≤ 30%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	14,28 %	0%	0%	0%	1,19%
7	Kejadian kematian ibu melahirkan karena perdarahan	≤ 1%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0,5%	0,12%
8	Kejadian kematian ibu melahirkan karena sepsis	≤ 0,2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
9	Pemberi pelayanan persalinan normal	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
10	Angka kepatuhan melakukan time out dalam prosedur pembedahan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
11	Persentase pasien yang kembali ke ICU dengan kasus yang sama < 72 jam	≤3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0,09%	0,10%	0,05%	0,02%
12	Adekuasi hemodialisis	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
13	Kejadian reaksi transfusi	< 0,01%	0,02%	0%	0%	0%	0%	0,04%	0,02%	0,02%	0%	0,02%	0%	0%	0,01%
14	Kemampuan menangani bayi baru lahir dengan asfiksia	100%	100%	100%	81%	83%	100%	100%	50%	77%	66%	100%	100%	100%	88,29%

2. Indikator Area Manajemen

[illegible]

3. Indikator Sasaran Keselamatan Pasien

No	Indikator	Standar	Pencapaian												Capaian Tahun 2020
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1	Komunikasi efektif	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Angka KNC/KTD akibat kesalahan pemberian obat	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
3	Angka kejadian sentinel akibat kesalahan pemberian obat	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
4	Angka kesalahan lokasi (salah sisi)	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
5	Angka kesalahan identitas pasien operasi	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
6	Angka kesalahan tindakan pasien operasi	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
7	Angka infeksi saluran kencing (ISK)	< 4,7 %	0,90%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	15,38 %	0%	0%	0%	1,35%
8	Angka infeksi daerah operasi (IDO)	<2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Wotu, 05 Januari 2022

Direktur RSUD I Lagaligo

Kabid.Pelayanan Medik & Keperawatan

dr.Benny,M.Kes

NIP. 19680608 200112 1 003

Suhelmi,S.Si.Apt,M.Kes

NIP.19800313 200502 2 005

Indikator : 36

Tidak mencapai : 4

Capaian Indikator : 88,89%