

PEMERINTAH DAERAH  
KABUPATEN LUWU TIMUR

# LAKIP

LAPORAN AKUNTABILITAS  
KINERJA INSTANSI PEMERINTAH

## 2019

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
I LAGALIGO



ALAMAT KANTOR  
JL. SANGKURWIRA NO. 01, DESA. BAWALIPU, KEC. WOTU  
Website, [www.rsudilagaligo.uwutimur.go.id](http://www.rsudilagaligo.uwutimur.go.id)

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kita panjatkan kehadirat Allah Subhanahu Wata'ala atas semua limpahan Rahmat dan Karunia-Nya, sehingga penyusunan Laporan Kinerja (LKj) OPD RSUD I Lagaligo Tahun 2019 dapat diselesaikan, sebagai bentuk akuntabilitas penyelenggaraan pemerintahan selama Tahun 2019.

Laporan Kinerja (LKj) OPD RSUD I Lagaligo Tahun 2019 merupakan pencapaian akuntabilitas kinerja pada tahun (pertama/dua/**ketiga**/keempat/kelima) dalam masa RENSTRA Tahun 2016-2021 OPD RSUD I Lagaligo. LKj Tahun 2019 disusun berdasarkan Rencana Kerja (RENJA) Tahun 2018 yang dijabarkan dari Rencana Strategis (RENSTRA Tahun 2016-2021).

LKj OPD 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 review atas laporan kinerja instansi pemerintah. Penyusunan LKj OPD RSUD I Lagaligo Tahun 2019 merupakan komitmen terhadap aspek transparansi dan akuntabilitas serta atas kinerja OPD RSUD I Lagaligo. Komitmen dalam penyusunan LKj OPD RSUD I Lagaligo bertujuan memberikan informasi kinerja yang terukur, sekaligus sebagai upaya perbaikan berkesinambungan bagi RSUD I Lagaligo untuk senantiasa meningkatkan kinerjanya.

Cakupan LKj RSUD I Lagaligo Tahun 2019 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 2019, termasuk atas analisa efisiensi penggunaan sumberdaya.

Secara keseluruhan penyelenggaraan tugas-tugas RSUD I Lagaligo Tahun 2019 telah banyak membuahkan hasil yang positif. Dari 4 (empat) indikator kinerja utama, terdapat 1 (satu) indikator yang telah memenuhi target yang ditetapkan. Masih terdapat 3 (tiga) indikator kinerja yang belum capai target, namun kategori 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 2019 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, 16 Maret 2020

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 .....	3
	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 2019 .....	15
	C. Indikator Kinerja Utama (IKU) .....	17
	D. Rencana Anggaran Tahun 2019 .....	18
BAB III	AKUNTABILITAS KINERJA .....	20
	A. Capaian Kinerja OPD .....	21
	B. Realisasi Anggaran .....	29
BAB IV	PENUTUP.....	33
LAMPIRAN		

## DAFTAR TABEL

Gambar	1.1	Struktur Organisasi RSUD I Lagaligo .....	7
Tabel	1.2	Data Pegawai Berdasarkan Gender .....	9
Tabel	1.3	Presentase PNS Menurut Jenjang Pendidikan .....	10
Tabel	1.4	Komposisi Jenis Kelamin Jabatan Struktural .....	10
Tabel	2.1	Tujuan dan Indikator Kinerja RSUD I lagaligo .....	13
Tabel	2.2	Sasaran dan Indikator Kinerja Utama (IKU) .....	14
Tabel	2.3	Program Untuk Pencapaian Sasaran Tahun 2019 .....	14
Tabel	2.4	Perjanjian Kinerja Tahun 2019 .....	16
Tabel	2.5	Indikator Kinerja Utama (IKU) RSUD I Lagaligo .....	17
Tabel	2.6	Rencana Belanja RSUD I Lagaligo Tahun 2019 .....	18
Tabel	2.7	Alokasi per Sasaran Tahun Anggaran 2019 .....	18
Tabel	3.1	Skala Nilai Peringkat Kinerja .....	21
Tabel	3.2	Capaian Indikator Kinerja Utama .....	21
Tabel	3.3	Capaian Indikator Kinerja Lainnya .....	22
Tabel	3.4-3.5	Capaian Kinerja Per Sasaran RSUD I Lagaligo .....	24
Tabel	3.6	Capaian Kinerja Mutu Pelayanan Secara Umum .....	29
Tabel	3.7	Realisasi Program dan Kegiatan T.A 2019.....	30

# **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 OPD 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**

LKj OPD merupakan salah satu bentuk pertanggungjawaban pelaksanaan tugas dan fungsi pemerintah daerah selama kurun waktu 1 (satu) tahun dalam mencapai tujuan/ sasaran strategis instansi. Penyusunan LKj juga menjadi alat kendali untuk mendorong peningkatan kinerja setiap unit organisasi.

Selain itu, LKj menjadi salah satu alat untuk mendapatkan masukan stakeholders demi perbaikan kinerja OPD Identifikasi keberhasilan, permasalahan dan solusi yang tertuang dalam LKj, menjadi sumber untuk perbaikan perencanaan dan pelaksanaan program dan kegiatan yang akan datang. Dengan pendekatan ini, LKj sebagai proses evaluasi menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari perbaikan yang berkelanjutan di pemerintah untuk meningkatkan kinerja pemerintahan melalui perbaikan pelayanan publik.

## **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 m<sup>2</sup>, dan luas bangunan ± 16,027 m<sup>2</sup>.

RSUD I Lagaligo Kabupaten Luwu Timur mulai dioperasionalkan 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 tahun 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 disurvei verifikasi pertama oleh KARS dengan 1 orang surveior, selanjutnya sisa menunggu rekomendasi dari hasil survey yang dilakukan KARS.

#### **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 spesialisnya.
2. Aspek Sarana Prasarana.
  - a. BOR kelas khusus, VIP dan kelas III yang kurang ideal karena masih terbatas jumlah tempat tidur yang tersedia.
  - 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:

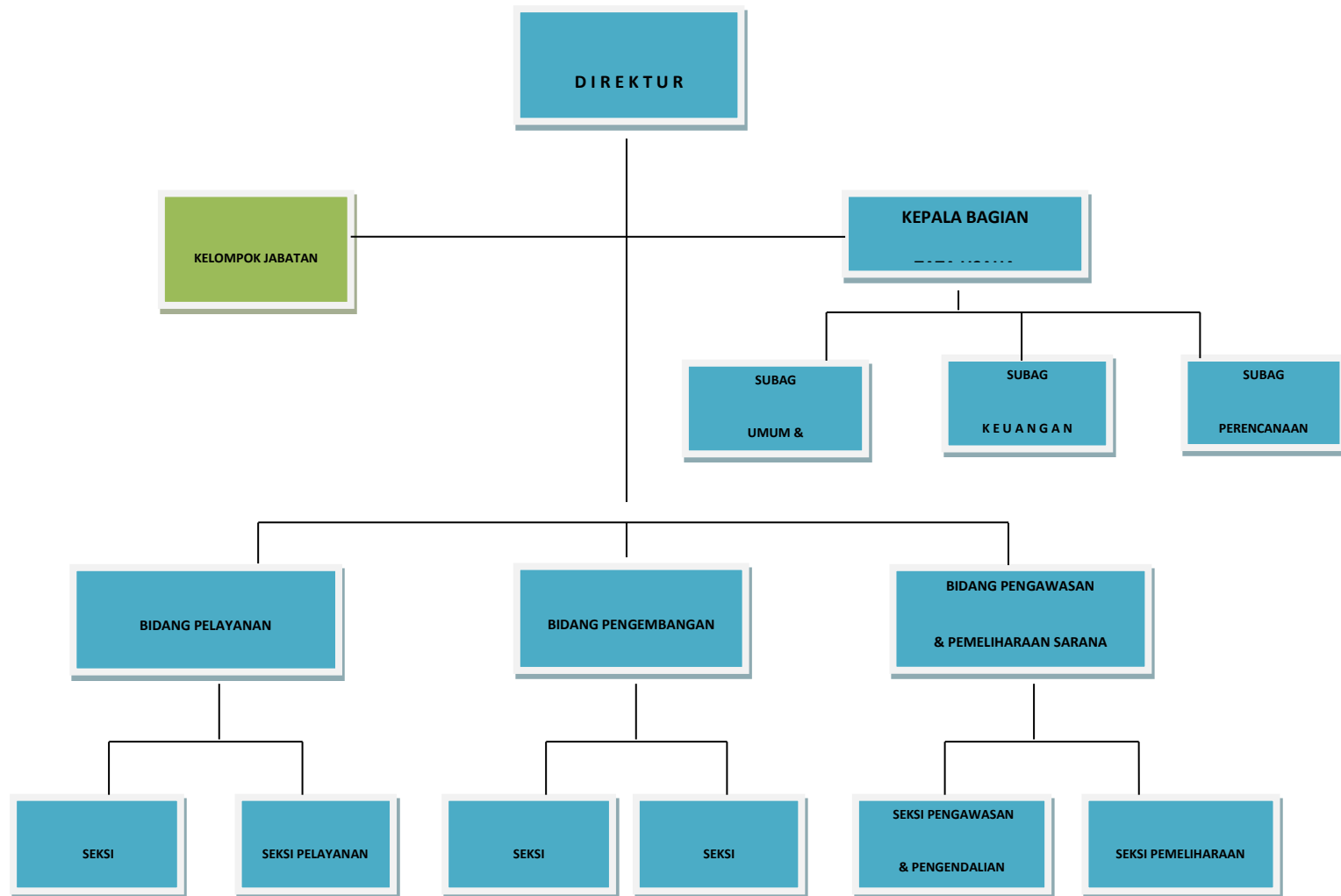
1. Kedudukan RSUD I Lagaligo sebagai berikut :
  - a. Rumah Sakit Umum Daerah adalah unsur pelaksana Pemerintah Kabupaten di bidang Rumah Sakit Umum Daerah
  - b. Rumah Sakit Umum Daerah dipimpin oleh seorang Direktur yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah
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 Lagaligo tahun 2019 adalah 656 orang yang terdiri atas tenaga PNS berjumlah 217 orang dan tenaga upah jasa 307 orang. RSUD I Lagaligo juga dibantu oleh 132 orang tenaga sukarela namun kami tidak memasukkan dalam tabel ketenagaan. RSUD I Lagaligo dalam pemberian pelayanan kesehatan didukung oleh 37 orang tenaga medis yang terdiri dari 25 (dua puluh lima) orang dokter spesialis dimana 6 diantaranya adalah dokter spesialis dengan melakukan MOU, rumah sakit juga memiliki 10 (sepuluh) orang dokter umum, 2 (dua) orang dokter gigi umum. Saat ini ada 4 (empat) orang dokter umum rumah sakit yang mengikuti pendidikan spesialis (PPDS).

Berdasarkan Permenkes No. 56 tahun 2014 bahwa untuk ketersediaan dokter spesialis dasar seharusnya masing-masing minimal 2 (dua) orang dokter untuk pelayanan spesialis interna, spesialis anak dan spesialis bedah, khusus untuk pelayanan spesialis obgyn standar 6 (enam) orang dokter, sedangkan untuk 3 (tiga) penunjang dasar (pelayanan Patologi Klinik, Anastesi, Radiologi) masing-masing 1 spesialis dan ada 7 (tujuh) jenis pelayanan spesialis gigi dan mulut dengan minimal 1 (satu) spesialis. Saat ini ketersediaan dokter spesialis dasar di RSUD I Lagaligo masih ada yang belum memenuhi standar yaitu untuk pelayanan spesialis bedah masih kurang 1 (satu) orang dokter, pelayanan obstetri dan gynekologi masih kurang 3 (tiga) dokter dan pelayanan spesialis anak masih kurang 1 dokter. Sedangkan untuk pelayanan medic dasar standar ketersediaan dokter umum 9 orang dan 2 orang dokter gigi. Kondisi ini telah terpenuhi saat ini.

Untuk tenaga keperawatan (perawat dan bidan) untuk dipelayanan rawat inap secara standar 1:1 dengan 2/3 tenaga tetap, sesuai standar tersebut saat ini RSUD I Lagaligo memiliki 205 TT berarti dibutuhkan 205 tenaga keperawatan. Saat ini tenaga keperawatan yang ada dirumah sakit berjumlah 308 (tiga ratus delapan) orang. Kondisi ini menggambarkan bahwa secara standar jumlah tenaga telah terpenuhi. Kebutuhan tenaga pada unit rawat jalan (poliklinik) berdasarkan rata-rata kunjungan 259 (dua ratus lima puluh sembilan) orang, standar kebutuhan

tenaga paramedis 10 (sepuluh) 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 (tidak termasuk tenaga sukarela) lebih banya pegawai perempuan yaitu 404 orang (77%) dibandingkan dengan pegawai laki-laki sebanyak 120 orang (23%). 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 1.2  
Data Pegawai Berdasarkan Gender  
Tahun 2019

JENIS TENAGA	JUMLAH		TOTAL
	PEREMPUAN	LAKI-LAKI	
1. Golongan IV	7	8	15
2. Golongan III	147	35	182
3. Golongan II	13	7	20
4. Upah Jasa	237	70	307
<b>JUMLAH</b>	<b>404</b>	<b>120</b>	<b>524</b>

#### 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 272 orang (51,9%), hal ini dapat dimaklumi karena untuk jabatan fungsional dipelayanan dipersyaratkan pendidikan terendah adalah D3. Kemudian terbanyak berikutnya adalah jenjang pendidikan S1/D4 yaitu berjumlah 191 orang (36,4%), Selanjutnya adalah jenjang pendidikan SLTA/ Sederajat yaitu 38 orang (7,3%). Di RSUD I Lagaligo tenaga yang berikutnya adalah jenjang S2 yaitu 23 orang (4,4%). Secara jumlah pendidikan

berdasarkan jenis kelamin masih perempuan yang lebih banyak, ini dapat dilihat dari table dibawah dimana perempuan dengan pendidikan D3 berjumlah 396 orang (75%) dan laki-laki 128 orang (25%). Berikut untuk lebih rinci dapat dilihat pada table dibawah ini :

Tabel 1.3  
Presentase PNS Menurut Jenjang Pendidikan  
Tahun 2019

JENIS TENAGA	JUMLAH		TOTAL	%
	PEREMPUAN	LAKI-LAKI		
S3/S2	13	10	23	4,4
S1/ D4	147	44	191	36,4
D3/ SEDERAJAT	228	44	272	51,9
SLTA/ SEDERAJATI	8	30	38	7,3
<b>JUMLAH</b>	<b>396</b>	<b>128</b>	<b>524</b>	<b>100</b>

### 3. Komposisi PNS Menurut Jejang Eselon

Saat ini untuk pejabat Direktur RSUD I Lagaligo masih dirangkap oleh Kabag Tata Usaha, sementara itu secara struktur organisasi terdiri atas 3 (tiga) bidang dengan masing-masing 2 (dua) kepala seksi dan 1 (satu) kabang dengan 3 (tiga) kasubag dengan total jumlah terisi 13 (tiga belas) orang. Berdasarkan jenis kelamin untuk jabatan eselon III perempuan berjumlah 2 orang (50%), laki-laki berjumlah 2 orang (50%). 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 7 orang atau 54% dan perempuan 6 orang atau 46%. Untuk lebih jelas dapat dilihat dari table dibawah ini.

Tabel 1.4  
Komposisi Jenis Kelamin Jabatan Struktural  
Tahun 2019

JENIS TENAGA	JUMLAH		TOTAL	%
	PEREMPUAN	LAKI-LAKI		
1. Eselon III	2	2	4	31
2. Eselon IV	4	5	9	69
<b>JUMLAH</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>100</b>
<b>%</b>	<b>46</b>	<b>54</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

## **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 serta dibukanya akses pendaftaran untuk berobat kerumah sakit melalui sms. Inovasi ini merupakan salah satu upaya yang dilakukan rumah sakit untuk mengantisipasi adanya keluhan lama waktu tunggu pelayanan rekam medic dirumah sakit. Saat ini rumah sakit sedang mengembangkan pendaftaran online melalui system informasi rumah sakit (SIM-RS) agar seluruh masyarakat yang akan berobat ke rumah sakit dapat lebih mudah karena tanpa harus menunggu lama untuk mendapatkan pelayanan. 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, selain itu dokter dapat lebih mudah untuk melihat riwayat pengobatan yang telah diberikan ke pasien dan masih banyak hal positif lainnya.



## **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 Nomor 4 Tahun 2016.

Rencana Strategi RSUD I Lagaligo Kabupaten Luwu Timur tahun 2016-2021 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 2016 – 2021 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.

##### **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 2016-2021 adalah "**Luwu Timur Terkemuka 2021**".

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 ke depan, dan memperhitungkan peluang yang dimiliki, maka ditetapkan 8 (Delapan) misi sebagai berikut:

- a. Meningkatkan pertumbuhan ekonomi daerah dan kesejahteraan sosial masyarakat yang berbasis sumber daya dan didukung oleh stabilitas keamanan wilayah dan nilai nilai budaya,
- b. Mendorong peningkatan investasi daerah
- c. Memanfaatkan ruang sesuai dengan tata ruang wilayah untuk menjamin kelestarian sumber daya alam dan lingkungan hidup.
- d. Meningkatkan kualitas layanan pendidikan dan kesehatan dalam mencapai kualitas manusia yang tinggi
- e. Meningkatkan kapasitas infrastruktur serta sarana dan prasarana wilayah untuk menunjang percepatan pembangunan daerah
- f. Mendorong reformasi birokrasi untuk tata kelola pemerintahan yang baik
- g. Mendorong berkembangnya masyarakat yang religius dan kerukunan intra dan antar umat beragama
- h. Meningkatkan koordinasi dan kerja sama antar daerah

## 2. Tujuan dan Indikator Kinerja

Mengacu kepada misi yang telah ditetapkan, maka dibuatlah 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 Igaligo

TUJUAN	INDIKATOR	SAT	KONDISI AWAL	TARGET AKHIR RENSTRA
Mewujudkan kualitas pelayanan rumah sakit	Prosentase indeks kepuasan masyarakat	%	83%	85%

### 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 Igaligo Kab. Luwu Timur

SASARAN	INDIKATOR	SATUAN	KONDISI AWAL	TARGET AKHIR RENSTRA
Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit	Tingkat akreditasi rumah sakit	Tingkat	Paripurna	Paripurna
	Presentase indikator SPM yang memenuhi target	%	90,7	93
	BOR	%	75	80
	LOS	Hari	3	4

### 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 2019 adalah sebagai berikut:

Tabel 2.3  
Program Untuk Pencapaian Sasaran Tahun 2019

SASARAN	PROGRAM PENDUKUNG
Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit	1. Program Upaya Kesehatan Perorangan Rumah Sakit
	2. Program Pengadaan, Peningkatan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit/ Rumah Sakit Jiwa/ Rumah Sakit Paru-Paru/ Rumah Sakit Mata

	3. Program Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit/ Rumah Sakit Jiwa/ Rumah Sakit Paru-Paru/ Rumah Sakit Mata
	4. Program Badan Layanan Umum Daerah
	5. Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Aparatur Rumah Sakit
	6. Program Peningkatan Pengelolaan Data Rumah Sakit
Meningkatnya akuntabilitas kinerja OPD RSUD I Lagaligo	7. Program Pelayanan Administrasi Perkantoran
	8. Program Peningkatan Pengembangan Sistem Pelaporan Capaian Kinerja dan Keuangan
	9. Program Perencanaan dan Penganggaran SKPD

## B. Perjanjian Kinerja Tahun 2019

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 2019 dilakukan dengan mengacu kepada RENSTRA, RENCANA KERJA (RENJA) 2019, IKU dan APBD. OPD RSUD I Lagaligo telah menetapkan PK sebagai berikut :

Tabel 2.4  
**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2019**  
**TINGKAT SATUAN KERJA PERANGKAT DAERAH**

Satuan Kerja Perangkat Daerah : RSUD I Lagaligo  
 Tahun Anggaran : 2019

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	Meningkatnya mutu pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Tingkat akreditasi rumah sakit</li> <li>➤ Prosentase capaian indikator SPM yang memenuhi target</li> <li>➤ BOR (Bad Occupation Ratio) (Persentasi pemakaian TT pada satuan waktu tertentu)</li> <li>➤ LOS (Long Of Stay) (Rata-rata lama rawat seorang pasien)</li> </ul>	4 (Paripurna) 92% 80% 2,3 hari
2.	Meningkatnya akuntabilitas kinerja OPD RSUD I Lgaligo	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Nilai Sakip</li> </ul>	77,00

Program	Anggaran	Ket
1. Pelayanan administrasi perkantoran	Rp. 3.385.375.217,-	APBD
2. Peningkatan Pengembangan Sistem Pelaporan Capaian Kinerja dan Keuangan	Rp. 4.000.000,-	APBD
3. Perencanaan dan penganggaran SKPD	Rp. 10.000.000,-	APBD
4. Badan Layanan Umum Daerah (BLUD)	Rp.85.719.876.797,-	BLUD
5. Pengadaan, peningkatan sarana dan prasarana rumah sakit/ rumah sakit jiwa/ rumah sakit paru-paru/ rumah sakit mata	Rp. 5.731.513.252,-	APBD

6. Pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit/ rumah sakit jiwa/ rumah sakit paru-paru/ rumah sakit mata	Rp. 351.415.517,-	APBD
7. Upaya kesehatan perorangan rumah sakit	Rp. 986.444.336,-	APBD
8. Peningkatan kapasitas SDA rumah sakit	Rp. 834.619.412,-	APBD
9. Peningkatan pengelolaan data rumah sakit	Rp. 10.000.000,-	APBD
<b>Total Pagu</b>	<b>Rp. 97.033.244.531,-</b>	

### 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 sebagai berikut:

Tabel 2.5

Indikator Kinerja Utama (IKU) RSUD I Lagaligo

SASARAN	INDIKATOR KINERJA UTAMA	SAT	FORMULASI PERHITUNGAN	SUMBER DATA
Meningkatnya mutu pelayanan	1. Tingkat akreditasi rumah sakit	Tingkat	Jumlah BAB yang memenuhi nilai minimal kelulusan dari hasil penilaian Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS)  Jenis Kelulusan Akreditasi Rumah Sakit : - Pertama = 4 Bab - Madya = 8 Bab - Utama = 12 Bab - Paripurna = 15/16 Bab : ( RS Non Pendidikan = 15 bab ) ( RS Pendidikan = 16 Bab )	Lap. Tahunan (Self Assesment) Lap. Pra Survei KARS Lap. Hasil Survei KARS
	2. Persentase indikator SPM yang memenuhi target	%	Jumlah indikator SPM yang mencapai target $\frac{\text{Jumlah indikator SPM yang mencapai target}}{\text{Jumlah seluruh indikator SPM}} \times 100\%$  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. BOR	%	$\frac{\text{Jumlah hari perawatan RS}}{\text{Jumlah TT} \times \text{Jumlah hari dalam periode}} \times 100\%$ <p>BOR = Adalah persentase pemakaian tempat tidur (TT) rumah sakit pada satu satuan waktu tertentu, idealnya 60-85%.</p>	Lap pelayanan rawat inap rumah sakit
	4. LOS	Hari	$\frac{\text{Jumlah lama dirawat (dalam periode)}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}} \times 100\%$	Lap pelayanan rawat inap rumah sakit

#### D. Rencana Anggaran Tahun 2019.

Berdasarkan Dokumen Pelaksanaan Anggaran Perubahan RSUD I Lagaligo maka jumlah pendanaan yang dapat dibelanjakan pada Tahun Anggaran 2019 adalah sebesar Rp.119.093.695.683,- yang digunakan untuk membiayai Belanja Tidak Langsung dan Belanja Langsung. Secara rinci rencana anggaran Belanja Tidak Langsung dan Belanja Langsung dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 2.6  
Rencana Belanja RSUD I Lagaligo  
Tahun Anggaran 2019

No	Uraian	Rencana(Rp)	%
1	Belanja Tidak Langsung	22.060.451.152,-	14
2	Belanja Langsung	97.033.244.531,-	86
<b>Jumlah</b>		<b>119.093.693.683,-</b>	<b>100</b>

Alokasi anggaran belanja langsung Tahun 2019 yang dialokasikan untuk membiayai program-program yang langsung mendukung pencapaian sasaran pembangunan adalah sebagai berikut :

Tabel 2.7  
Alokasi per Sasaran Tahun Anggaran 2019

SASARAN	INDIKATOR	ANGGARAN (Rp)	PERSENTASE ANGGARAN
Meningkatnya mutu pelayanan	1. Tingkat akreditasi rumah sakit	93.633.869.314,-	96%

	2. Prosentase indicator SPM yang memenuhi target		
	3. BOR		
	4. LOS		
Meningkatnya akuntabilitas kinerja OPD RSUD I Lgaligo	5. Nilai SAKIP	3.399.375.217,-	4%

RSUD I Lagaligo memiliki 1 (satu) tujuan dengan 2 (dua) sasaran, dan untuk mengukur keberhasilan dari sasaran tersebut rumah sakit menetapkan 5 (lima) indikator. Untuk mendukung keberhasilan tujuan yang telah ditetapkan rumah sakit telah menetapkan 9 (sembilan) program untuk kegiatan belanja langsung. Pada tabel di atas dapat dilihat bahwa seluruh anggaran belanja langsung yang ada yaitu sebesar Rp 119.093.695.683,- digunakan untuk sepenuhnya mendukung sasaran **“Meningkatnya mutu pelayanan dan Meningkatkan akuntabilitas kinerja OPD RSUD I Lagaligo”**. Tertinggi anggaran untuk mencapai sasaran meningkatnya mutu pelayanan yaitu 96%, selanjutnya untuk pencapaian sasaran meningkatnya akuntabilitas kinerja OPD RSUD I Lagaligo sebesar 4%



### **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.

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**

<b>NO.</b>	<b>INTERVAL NILAI REALISASI KINERJA</b>	<b>KRITERIA PENILAIAN REALISASI KINERJA</b>	<b>KODE</b>
1.	91 <	Sangat Tinggi	ST
2.	76 < 90	Tinggi	T
3.	66 < 75	Sedang	S
4.	51 < 65	Rendah	R
5.	< 50	Sangat Rendah	SR

#### **A. Capaian Kinerja OPD**

##### **1. Capaian Indikator Kinerja Utama 2019**

Berdasarkan IKU yang telah ditetapkan, baik sebelum perubahan maupun setelah perubahan, capaian yang diraih sampai dengan Tahun 2019 akan diuraikan dalam tabel dibawah:

**Tabel 3.2**  
**Capaian Indikator Kinerja Utama**  
**RSUD I Lagaligo Kab. Luwu Timur**

<b>No.</b>	<b>Indikator Kinerja Utama</b>	<b>Satuan</b>	<b>Target</b>	<b>Realisasi</b>	<b>Capaian (%)</b>
1.	Tingkat akreditasi rumah saki	Tingkat	4	4	<b>100</b>
2.	Presentase indikator SPM yang memenuhi target	%	92	90	<b>97</b>
3.	BOR (Bad Occupation Ratio)	%	80	77	<b>96</b>
4	LOS (Long Of Stay)	Hari	2,3	2,1	<b>91</b>

Indikator Kinerja Utama (IKU) yang mendukung sasaran strategis dalam RENSTRA OPD Tahun 2016-2020 sebanyak 3 (tiga) indikator, dan dari table diatas kriteria capaiannya adalah **Sangat Tinggi** (capaian 91 <).

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

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

No	Indikator Kinerja	Target	Realisasi	Capaian (%)
(1)	(3)	(4)	(5)	(6)
1.	➤ Indeks kepuasan masyarakat/pasien	85	81,6	96
	➤ Prosentase capaian indikator mutu rumah sakit			
	➤ Indikator mutu klinik	85%	86,6%	99,2
	➤ Indikator mutu manajemen	87%	94,4%	87,1
	➤ Indikator mutu keselamatan pasien	95%	87,5%	112,9
	➤ Angka cakupan pelayanan :			
	➤ TOI (Turn Over Interval)	2 hr	0,6 hr	60,0
	➤ BTO (Bad Turn Over	50 k	91 kl	182
	➤ NDR (Angka kematian bersih rumah sakit)	17‰	16‰	88,9
	➤ Prosentase elemen akreditasi pelayanan yang memenuhi standar akreditasi rs	100%	90,0 %	90,0
2.	➤ Opini laporan keuangan	WTP	WTP	100
	➤ Kelengkapan pelaporan akuntabilitas kinerja	100%	100%	100
	➤ Persentase Kontribusi pendapatan terhadap biaya	75%		

	operasional RS (CRR)			
3.	➤ Prosentase pegawai yang mengikuti bimtek/ pelatihan	80%	46%	57,0
	➤ Prosentase peningkatan kualitas SDM rumah sakit	70%	100%	142,0
	➤ Prosentase pemenuhan pelatihan yang diikuti	90%	95%	105,0
	➤ Prosentase tenaga kesehatan yang memenuhi standar kompetensi	95%	100%	105,0
4.	➤ Terpenuhinya sarana prasarana sesuai standar :			
	• Terpenuhinya prasarana (pembangunan baru) rumah sakit	100%	100%	100
	• Terlaksananya pengadaan alat-alat kesehatan rumah sakit	100%	95%	95
	➤ Ketepatan waktu dikalibrasi	100%	100%	100

Analisis keberhasilan dan kegagalan pencapaian IKU OPD RSUD I Lagaligo Tahun 2019 akan dijelaskan pada analisis capaian kinerja sasaran strategis di bawah ini.

## 2. Analisis Capaian Kinerja

Dari hasil pengukuran dan evaluasi kinerja Secara umum OPD tahun 2019 dapat disampaikan bahwa sasaran strategis yang telah ditargetkan belum semua dapat dicapai 100% dengan disebabkan berbagai kendala. Rincian analisis capaian sasaran strategis dapat diuraikan sebagai berikut:

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

Tabel 3.4

Capaian Kinerja Per Sasaran RSUD I Lagaligo

**“Sasaran : Meningkatnya mutu pelayanan”**

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Satuan	Target	Realisasi	Capaian (%)
Meningkatnya mutu pelayanan	1. Tingkat akreditasi rumah saki	Tingkat	4	4	100
	2. Presentase indikator SPM yang memenuhi target	%	92	90	97
	3. BOR (Bad Occupation Ratio)	%	80	77	96
	4. LOS (Long Of Stay)	Hari	2,3	2,1	91

Dari 4 indikator kinerja yang mendukung sasaran strategis ini, 1 (satu) indikator kinerja sasaran mencapai target dan 3 (tiga) indikator kinerja sasaran yang tidak mencapai target. Tetapi secara tingkat capaian kinerja masuk katagori **Sangat Tinggi ( 91 < )**.

Tabel 3.5

Capaian Kinerja RSUD I Lagaligo

**“Sasaran : Meningkatnya Meningkatnya akuntabilitas kinerja OPD RSUD I Lgaligo”**

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Satuan	Target	Realisasi	Capaian (%)
Meningkatnya akuntabilitas kinerja OPD RSUD I Lgaligo	1. Nilai SAKIP	Nilai	67	76,7	114,5

Dari table diatas dapat dilihat bahwa indicator sasaran strategis kedua, yaitu Nilai Sakip dari evaluasi inspektorat terhadap Lakip RSUD I Lagaligo Tahun 2018 mendapat nilai evaluasi 76,7 (114,5%) dan secara tingkat capaian kinerja masuk katagori **Sangat Tinggi ( 91 <)**.

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

**“Sasaran : Meningkatnya mutu pelayanan”**

Indikator Kinerja	Realisasi dan Capaian (%)							
	2016		2017		2018		2019	
	Realisasi	% Capaian	Realisasi	% Capaian	Realisasi	% Capaian	Realisasi	% Capaian
1. Tingkat akreditasi rumah sakit	1 (Perdana)	100	1 (Perdana)	100	4 (Paripurna)	(187,5)	4 (Paripurna)	100
2. Presentase indikator SPM yang memenuhi target	90,6%	100,6	81,6%	90,7	87,3%	95	90%	97
3. BOR	84%	112	83%	110,7	86%	110,2	77%	96
4. LOS	2,3 hr	76,6	2,4 hr	80	2,3 hr	57,5	2,1 hr	91
<b>Rata-rata capaian</b>		<b>97%</b>		<b>95%</b>		<b>112%</b>		<b>96%</b>

Jika dilihat capaian kinerja tahun ini dengan beberapa tahun terakhir, maka secara umum rata-rata capaian kinerja pada sasaran **Meningkatnya Mutu Pelayanan** ini mengalami penurunan capaian, namun penyebab turunnya tingkat capaian tersebut disebabkan pada indicator pelayanan yang tidak capai target, tidak tercapai target tersebut karena tahun 2019 adanya penambahan jumlah tempat tidur (TT) yang cukup besar yaitu 16% (29 TT) sehingga menjadi 205 TT dimana sebelumnya pada tahun 2018 jumlah TT pasien 176 TT.

**“Sasaran : Meningkatkan Meningkatnya akuntabilitas kinerja OPD RSUD I Lgaligo”**

Indikator Kinerja	Realisasi dan Capaian (%)							
	2016		2017		2018		2019	
	Realisasi	% Capaian	Realisasi	% Capaian	Realisasi	% Capaian	Realisasi	% Capaian
Nilai Sakip	60,12	100	62,65	102,7	76,69	117,9	-	-

Dari data diatas dapat dilihat bahwa hasil evaluasi atas akuntabilitas kinerja pada RSUD I Lagaligo Tahun 2018 adalah 76,69 (BB), mengalami peningkatan bila dibandingkan tahun 2017 dengan nilai 62,65 (B). Untuk nilai Sakip tahun 2019 masih belum ada, masih sementara evaluasi berlangsung oleh inspektorat.

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

Indikator Kinerja	Satuan	Target jangka menengah	Realisasi s.d Tahun ini	Capaian (%)
1. Tingkat akreditasi rumah sakit	Tingkat	4 (Paripurna)	4 (Paripurna)	100
2. Presentase indikator SPM yang memenuhi target	%	93	90%	97
3. BOR	%	80	77%	96
4. LOS	Hari	4	2,1 hr	91
5. Nilai Sakip	Nilai	77,60	76,69	114,5

Jika melihat perbandingan rata-rata realisasi indikator kinerja sampai dengan tahun 2019 terhadap target kinerja jangka menengah yang terdapat dalam RPJMD Kabupaten Luwu Timur, terdapat 2 indikator yang telah mencapai target jangka menengah dan 3 indikator yang belum mencapai target jangka menengah namun ketiga indikator yang belum

mencapai target tersebut dioptimalkan agar ditahun 2020 (tahun terakhir periode RPJMD Kabupaten Luwu Timur) target tersebut dapat dicapai.

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

Faktor penyebab keberhasilan capaian kinerja ***Meningkatnya Mutu pelayanan dan Meningkatnya Akuntabilitas Kinerja OPD RSUD I Lagaligo*** antara lain adalah :

- Adanya program Universal Health Coverige (UHC) di Kabupaten Luwu Timur, dimana BPJS menetapkan aturan yang ketat untuk standar pelayanan yang harus disediakan oleh rumah sakit.
- Terpenuhinya alokasi anggaran baik bersumber APBD maupun APBN (DAK).
- Diterapkannya Akreditasi rumah sakit yang berfokus pada keselamatan pasien dan mutu pelayanan rumah sakit.
- Penerapan PPK-BLUD pada RSUD I Lagaligo sejak tahun 2013
- Terpenuhinya kebutuhan pengembangan SDM yang memadai.

Faktor hambatan untuk saat ini adalah :

- Besarnya biaya yang dibutuhkan dalam penerapan standar akreditasi
- Terbatasnya ketersediaan tenaga spesialis dasar khususnya spesialis obgyn
- Terbatasnya tenaga dirumah sakit baik tenaga fungsional maupun administrasi
- Belum optimalnya SIM-RS

Solusi :

- Dibutuhkan dukungan pemerintah daerah dan legislative baik dalam kebijakan penyediaan anggaran, pemenuhan SDM dan sarana prasarana rumah sakit
- Penyediaan anggaran untuk kegiatan yang berkelanjutan.



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

Total anggaran RSUD tahun 2019 adalah Rp. 119.093.695.683,-. Anggaran yang direncanakan pada penetapan kinerja/ perjanjian kinerja tahun 2019 untuk pencapaian sasaran ***Meningkatnya mutu pelayanan dan Meningkatnya akuntabilitas kinerja OPD RSUD I Lagaligo*** ini sebelum perubahan adalah sebesar Rp. 104.390.469.133,- dan setelah perubahan anggaran meningkat menjadi Rp.119.093.695.683,- dimana ada penambahan belanja sebesar Rp. 14.703.226.550,- dan dari anggaran tersebut terealisasi sebesar Rp.117.502.431.629,- atau 98% dengan **tingkat efisiensi sebesar 2% (Rp. 1.591.264.054,-)**.

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

Program dan kegiatan yang menunjang keberhasilan pencapaian sasaran ***Meningkatnya mutu pelayanan dan Meningkatnya akuntabilitas kinerja OPD RSUD I Lagaligo*** ini adalah sebanyak 9 (sembilan) program dengan 22 (dua puluh dua) kegiatan, yaitu Program Upaya Kesehatan Masyarakat dengan 3 kegiatan, Program Pengadaan Peningkatan Sarana Prasarana Rumah Sakit/ Rumah Sakit Jiwa/ Rumah Sakit Paru-Paru/ Rumah Sakit Mata dengan 4 kegiatan, Program Pengadaan Pemeliharaan Sarana Prasarana Rumah Sakit/ Rumah Sakit Jiwa/ Rumah Sakit Paru-Paru/ Rumah Sakit Mata dengan 2 kegiatan, Program Badan Layanan Umum Daerah dengan 1 Kegiatan, Program Peningkatan Pengelolaan Data Rumah Sakit dengan 1 (satu) kegiatan serta 3 (tiga) program rutin lain dengan 7 kegiatan.

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

<b>Sasaran</b>	<b>Indikator</b>	<b>Program</b>
Meningkatnya mutu pelayanan	1. Tingkat Akreditasi Rumah Sakit	1. Badan Layanan Umum Daerah 2. Upaya Kesehatan Perorangan Rumah Sakit 3. Pengadaan Peningkatan Sarana

	2. Presentase indikator SPM yang memenuhi target 3. BOR 4. LOS	dan Prasarana Rumah Sakit/ RS Jiwa/RS Paru-paru/RS Mata 4. Pemeliharaan Sarana & Prasarana RS/ / RS Jiwa/RS Paru-paru/RS Mata 5. Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Aparatur Rumah Sakit 6. Peningkatan Pengelolaan Data Rumah Sakit
Meningkatnya Akuntabilitas Kinerja OPD RSUD I Lagaligo	5. Nilai SAKIP	7. Pelayanan Administrasi Perkantoran 8. Peningkatan Pengembangan Sistem Pelaporan Capaian Kinerja & Keuangan 9. Perencanaan dan Penganggaran SKPD

### 3. Pencapaian Kinerja Lainnya

RSUD I Lagaligo selain memiliki IKU juga masih ada beberapa indikator lain yang digunakan untuk melihat kinerja rumah sakit yaitu Indikator mutu rumah sakit dan indikator pelayanan rumah sakit, yang dapat dijelaskan sebagai berikut :

#### 1) Indikator Pelayanan Umum Rumah Sakit

Tabel 3.6

#### Capaian Kinerja Mutu Pelayanan Secara Umum

#### RSUD I Lagaligo Kab. Luwu Timur

No	Parameter	Standar	2016		2017		2018		2019	
			Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi
1	TOI	1-3 hr	1 hr	0.7 hr	1 hr	0.7 hr	1 hr	0,6 hr	2 hr	1,2 hr
2	BTO	40-50 kl	50 kl	89 kl	50 kl	86 kl	50 kl	91 kl	50 kl	73 kl
3	NDR	≤ 25 ‰	20‰	17 ‰	20‰	18 ‰	18‰	16‰	18‰	21‰
4	GDR	≤ 45 ‰	40‰	37‰	40‰	36‰	35‰	30‰	40‰	41‰

## B. Realisasi Anggaran

Pendapatan BLUD RSUD I Lagaligo pada tahun 2019 ditargetkan Rp. 81.270.076.797,- dengan realisasi pendapatan sebesar Rp. 83.834.471.036,- atau sebesar 103,2%. Pendapatan melampaui 100% disebabkan adanya klaim utang pelayanan 2018 rumah sakit sebanyak 4 bulan ( bulan September s/d desember 2018) dibayarkan oleh BPJS Kesehatan pada tahun 2019.

Belanja tidak langsung tahun 2019 adalah Rp. 22.060.451.152,- dengan realisasi senilai Rp. 21.549.906.093,- atau sebesar 97,69%.

Belanja Langsung tahun 2019 setelah perubahan adalah Rp. 97.033.244.531,- dengan realisasi senilai Rp. 95.952.525.536 atau sebesar 98.9%. Secara rinci dapat diuraikan realisasi program dan kegiatan RSUD I Lagaligo tahun 2019 sebagai berikut:

Tabel 3.7  
Realisasi Program dan Kegiatan  
RSUD I Lagaligo T.A 2019

No	Program	Target/ Anggaran	Realisasi	%	+/-
I	<b>PENDAPATAN BLUD</b>	<b>81.270.076.797</b>	<b>83.834.471.036</b>	<b>103,2</b>	<b>2.564.394.239</b>
II	<b>BELANJA TIDAK LANGSUNG</b>	<b>22.060.451.152</b>	<b>21.549.906.093</b>	<b>99,9</b>	<b>- 510.545.059</b>
III.	<b>BELANJA LANGSUNG :</b>	<b>97.033.244.531</b>	<b>95.952.525.537</b>	<b>98,7</b>	<b>- 1.080.718.995</b>
1	<b>Prog.Pelayanan Administrasi Perkantoran :</b>	<b>3.385.375.217</b>	<b>3.171.825.850</b>	<b>97,9</b>	<b>- 213.549.367</b>
	1) Penyediaan jasa surat menyurat	12.080.000	11.584.200	95,9	
	2) Penyediaan jasa peralatan dan perlengkapan kantor	245.680.000	164.327.850	66,9	
	3) Penyediaan barang cetakan dan penggandaan	309.452.717	263.046.000	85,0	
	4) Penyediaan makanan dan minuman	182.562.500	159.267.800	87,2	
	5) Penyediaan jasa tenaga pendukung administrasi/teknis	2.635.600.000	2.573.600.000	97,7	
2	<b>Prog. Peningkatan</b>	<b>4.000.000</b>	<b>3.720.000</b>	<b>93</b>	<b>- 280.000</b>

	<b>Pengembangan Sistem Pelaporan Capaian Kinerja &amp; Keuangan</b> 1) Penyusunan pelaporan akuntabilitas kinerja instansi pemerintah	4.000.000	3.720.000	93	
3	<b>Prog. Perencanaan dan Penganggaran SKPD</b> 1) Penyusunan dokumen perencanaan dan penganggaran SKPD	<b>10.000.000</b> 10.000.000	<b>9.958.108</b> 9.958.108	<b>99,6</b> 99,6	<b>- 41.892</b>
4	<b>Prog.Upaya Kesehatan Perorangan Rumah Sakit</b> 1) Pemeliharaan dan pemulihan pelayanan kesehatan rumah sakit  2) Peningkatan pelayanan kesehatan rujukan rumah sakit  3) Pelayanan transfusi darah	<b>986.444.336</b> 169.030.000  733.084.336  84.330.000	<b>959.522.084</b> 163.354.200  731.738.684  64.429.200	<b>97,3</b> 96,6  99,8  76,4	<b>- 7.021.452</b>
5	<b>Prog.Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Aparatur Rumah Sakit:</b> 1) Pendidikan & pelatihan formal rumah sakit 2) Peningkatan kompetensi tenaga kesehatan rumah sakit 3) Peningkatan kapasitas tenaga non medis rumah sakit 4) Bimbingan teknis implementasi peraturan perundang-undangan	<b>834.619.412</b> 17.280.000 31.907.200 219.402.098 566.030.114	<b>769.113.816</b> 17.280.000 26.550.000 177.599.311 547.684.505	<b>92,2</b> 100,0 83,2 80,9 96,8	<b>- 65.505.596</b>
6	<b>Prog. Pengadaan, Peningkatan Sarana dan Prasarana RS/ RS Jiwa/ RS Paru-Paru/ RSMata</b> 1) Pembangunan dan pengembangan bangunan rumah sakit 2) Pengadaan alat-alat kesehatan rumah sakit 3) Pengadaan bahan-bahan logistik rumah sakit	<b>5.731.513.252</b> 857.871.752 3.548.889.500 246.252.000	<b>5.603.808.998</b> 826.474.592 3.506.060.906 193.076.500	<b>97,8</b> 96,3 98,8 78,4	<b>- 127.704.254</b>

	4) Pengadaan kendaraan dinas/ operasional pelayanan rumah sakit	1.078.500.000	1.078.197.000	100,0	
7	<b>Prog.Pemeliharaan Sarana &amp; Prasarana RS/ RS Jiwa/ RS Paru-Paru/ RSMata</b> 1) Pemeliharaan rutin/ berkala kendaraan dinas/ operasional pelayanan rumah sakit 2) Pemeliharaan rutin/ berkala rumah jabatan/ dinas rumah sakit	<b>351.415.517</b> 291.415.517 60.000.000	<b>342.926.086</b> 283.445.758 59.480.328	<b>97,6</b> 97,2 99,1	<b>- 8.489.431</b>
8	<b>Prog. Peningkatan Pengelolaan Data Rumah Sakit</b> 1) Penyusunan profil RS	<b>10.000.000</b> 10.000.000	<b>10.000.000</b> 10.000.000	<b>100</b> 100,0	<b>0</b>
9	<b>Prog.Badan Layanan Umum Daerah</b> 1) Peningkatan kinerja rumah sakit	<b>85.719.876.797</b> 85.719.876.797	<b>85.081.650.594</b> 85.081.650.594	<b>99,2</b> 99,2	<b>- 638.226.203</b>
	<b>Total II + III</b>	<b>119.093.695.683</b>	<b>117.502.431.629</b>	<b>98,9</b>	<b>1.591.264.054</b>

## **BAB IV**

### **P E N U T U P**

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 2018, namun juga melihat tren pencapaiannya dari tahun ke tahun, dan kontribusinya untuk pencapaian target akhir RENSTRA. Secara umum, nampak bahwa kinerja RSUD I Lagaligo pada Tahun 2019 adalah sangat baik, karena 5 (lima) indikator sasaran memenuhi kriteria sangat tinggi .

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) 2019, 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 menuju Cakupan Kesehatan Semesta (UHC), rumah sakit dituntut untuk lebih profesional dalam pengelolaan manajemen dan pelayanan agar tercapai mutu pelayanan yang berfokus pada pasien dan keselamatan pasien dan keselamatan petugas kesehatan. Selain itu

diera 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, 15 Maret 2020

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%	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%	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	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	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	15.6 Detik
6	Tidak adanya keharusan membayar Uang muka	100%	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	0,40/1000
8	Kepuasan pelanggan pada gawat darurat	≥ 70%	80,61%	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	<b>Tersedia</b>
8	Peresepan obat sesuai Formalarium	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%	<b>84,80%</b>

### 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%	0,01%	0,02%	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%	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%	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%	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%	0,000%
	c. Sepsis	≤ 0,2%	0%	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%	100%
2.	Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiografi	Sesuai dengan kelas RS	100 %	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%	100%
6.	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan Rontgen	100%	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 medk	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%	Trwiulan	Trwiulan	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. Tehnik 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%	100%
2.	Ketersediaan pelayanan konsultasi gizi	Sesuai dengan ketentuan kelas RS	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
3.	Ketepatan waktu pemberian makanar 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	Sesuai
2.	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayan 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	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	Sesuai
3.	Pengelolaan limbah cair	100%	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%	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	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	Per 6 Bulan	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%	100%
2.	Adanya peraturan internal rumah sakit	Ada	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	Ada
4.	Adanya daftar urutan kepangkatan rumah sakit	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada
5.	Adanya perencanaan strategi bisnis rumah	Ada	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	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%	100%	85,76%
8.	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100 %	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%	100%
10.	Pelaksanaan rencana pengembangan SDM	≥ 90 %	100%	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%	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	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%	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%	44,3%
16.	Ketepatan waktu pemberian intensif sesuai kesepakatan waktu	100 %	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	24 jam
2.	Ketersediaan fasilitas kamar jenazah	Sesuai kelas RS	50%	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	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	112 Menit	102 Menit
5.	Perawata jenazah sesuai dengan standar <i>universal precaution</i>	100%	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%	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 nasokomial/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%	16,66%	91,66%	91,66%
2.	Sistem pengamanan	Ada	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%	75%
4.	Evaluasi terhadap system pengamanan	Setiap 3 bulan	Triwulan	Triwulan	Tersedia	Triwulan	Triwulan	Tersedia	Triwulan	Triwulan	Tersedia	Triwulan	Triwulan	Tersedia	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%	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

