

PEMERINTAH DAERAH
KABUPATEN LUWU TIMUR

LAKIP

LAPORAN AKUNTABILITAS
KINERJA INSTANSI PEMERINTAH

2023

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
I L A G A L I G O



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 2023 dapat diselesaikan, sebagai bentuk akuntabilitas penyelenggaraan pemerintahan selama Tahun 2023.

LKj RSUD I Lagaligo Tahun 2023 terdiri atas : Pendahuluan, Perencanaan Kinerja, Akuntabilitas Kinerja dan penutup. Pendahuluan memiliki muatan uraian singkat organisasi, seperti : latar belakang, maksud dan tujuan, 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 2023, termasuk atas analisa efisiensi penggunaan sumberdaya.

Melalui laporan ini diharapkan dapat diketahui sejauh mana kegagalan serta upaya-upaya untuk mengatasi dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsi RSUD I Lagaligo.

Semoga laporan ini selain dimaksudkan sebagai bentuk pertanggung jawaban juga bermanfaat untuk perbaikan kinerja pada tahun-tahun mendatang.

Terima kasih

Wotu, 11 Maret 2024

Direktur RSUD I Lagaligo



dr. BENNY, M. Kes

Nip. 19680608 200112 1 003

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	ii
DAFTAR TABEL.....	iii
DAFTAR GAMBAR	iv
DAFTAR GRAFIK.....	v
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.....	9
F. Komposisi SDM Organisasi	12
G. Inovasi Dalam Reformasi Sistem AKIP Dan Pengelolaan Kinerja.....	16
BAB II PERENCANAAN KINERJA	17
A. Rencana Strategis.....	17
1. Visi dan Misi	17
2. Tujuan dan Indikator Kinerja	18
3. Sasaran dan Indikator Kinerja.....	21
4. Program untuk Pencapaian Sasaran	22
B. Perjanjian Kinerja Tahun 2023	23
C. Indikator Kinerja Utama (IKU).....	26
D. Rencana AnggaranTahun 2023.....	27
BAB III AKUNTABILITAS KINERJA	30
A. Capaian Kinerja OPD	31
1. Capaian Indikator Kinerja Utama 2023	32
2. Analisis Capaian Kinerja	33
B. Realisasi Anggaran	50
BAB IV PENUTUP	53
LAMPIRAN.....	55

DAFTAR TABEL

Tabel	1.1	Data Pegawai Berdasarkan Gender	13
Tabel	1.2	Presentase PNS Menurut Jenjang Pendidikan	14
Tabel	1.3	Komposisi Jenis Kelamin Jabatan Struktural	14
Tabel	2.1	Tujuan dan Indikator Kinerja RSUD I lagaligo	19
Tabel	2.2	Sasaran dan Indikator Kinerja	20
Tabel	2.3	Sasaran dan Indikator Kinerja Versi Menpan No. 89 Tahun 2021.....	21
Tabel	2.4	Program Untuk Pencapaian Sasaran Tahun 2023	22
Tabel	2.5	Perjanjian Kinerja Tahun 2023	23
Tabel	2.6	Penjelasan Sasaran, Indikator Sasaran dan Target IKU	23
Tabel	2.7	Indikator Kinerja Utama (IKU) RSUD I Lagaligo	25
Tabel	2.8	Rencana Belanja RSUD I Lagaligo Tahun 2023	27
Tabel	2.9	Alokasi per Sasaran Tahun Anggaran 2023	27
Tabel	3.1	Skala Nilai Peringkat Kinerja	30
Tabel	3.2	Tujuan, Sasaran, Indikator dan Target.....	31
Tabel	3.3	Sasaran & Indikator Kinerja Utama (IKU)	32
Tabel	3.4	Capaian IKU Per Sasaran 1	33
Tabel	3.5	Perbandingan Realisasi IKU Tahun ini dan Beberapa Tahun Terakhir Sasaran 1	34
Tabel	3.6	Perbandingan Realisasi IKU Sasaran 1 dengan Target Akhir Renstra	35
Tabel	3.7	Perbandingan Capaian Indeks Kepuasan Masyarakat	36
Tabel	3.8	Capaian IKU Per Sasaran 2	41
Tabel	3.9	Perbandingan Realisasi IKU Tahun ini dan Beberapa Tahun Terakhir Sasaran 2	42
Tabel	3.10	Perbandingan Realisasi IKU Sasaran 2 dengan Target Akhir Renstra	43
Tabel	3.11	Capaian Indikator Pelayanan Rumah Sakit Tahun 2023.....	47
Tabel	3.12	Capaian Indikator Mutu Nasional Rumah Sakit	47
Tabel	3.13	Realisasi Program dan Kegiatan T.A 2023	49

DAFTAR GAMBAR

Gambar	1.1	Susunan Organisasi UPT RSUD I Lagaligo	11
--------	-----	--	----

DAFTAR GRAFIK

Grafik	1.1	Data Pegawai Berdasarkan Gender Tahun 2023	13
Grafik	1.2	Presentase PNS Menurut Jenjang Pendidikan Tahun 2023.....	15
Grafik	1.2	Presentase PNS Menurut Jenjang Pendidikan Tahun 2023.....	15
Grafik	3.1	Perbandingan Realisasi IKU Tahun ini dan Beberapa Tahun Terakhir Sasaran 1 Tahun 2021 – 2023	35
Grafik	3.2	Perbandingan Realisasi IKU Tahun ini dan Beberapa Tahun Terakhir Sasaran 2 RSUD I Lagaligo Kabupaten Luwu Timur Tahun 2021-2023.....	43
Grafik	3.3	Realisasi Program T.A 2023 RSUD I Lagaligo Kab. Luwu Timur	52
Grafik	3.3	Realisasi Kegiatan T.A 2023 RSUD I Lagaligo Kab. Luwu Timur	52

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pelaporan Kinerja merupakan bentuk akuntabilitas dari pelaksanaan tugas dan fungsi yang dipercayakan kepada setiap instansi pemerintah atas penggunaan anggaran dan atau merupakan bentuk akuntabilitas dari setiap tugas dan fungsi yang dipercayakan oleh atasan kepada bawahan sebagaimana tertuang dalam dokumen perjanjian kinerja

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. 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

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.

Hasil analisa dan evaluasi atas capaian kinerja secara komprehensif dapat digunakan sebagai pijakan untuk melakukan perbaikan pelayanan dan mendukung tercapainya good governance pada masa mendatang. Berkenaan dengan itu, LKj 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

B. Maksud Dan Tujuan

Maksud disusunnya LAKIP RSUD I Lagaligo Tahun 2023 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 2023 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 beroperasi pada tanggal 1 Desember 2008 berdasarkan SK Bupati Luwu Timur No. 284 Tahun 2008 tentang Izin Pemanfaatan RSUD I Lagaligo, diikuti izin penyelenggaraan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan No.08633/DK-I/Yan-I/XI/2008. RSUD I Lagaligo Kabupaten Luwu Timur awal beroperasi 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. Saat ini izin operasional rumah sakit yang masih berlaku sesuai Keputusan Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kab. Luwu Timur Nomor 433/01/DPMPSTSP/II/2022 tentang Izin Operasional Rumah Sakit, Tanggal 20 Januari 2022.

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 terakhir diperbaharui dengan SK Bupati Luwu Timur No. 32 Tahun 2021 tentang Organisasi dan Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis RSUD I Lagaligo pada Dinas Kesehatan Kab.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 dirumah 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.

Selain itu RSUD I Lagaligo dalam menjaga mutu pelayanan rumah sakit mendapatkan pengakuan mutu oleh lembaga yang diakui pemerintah dengan memperoleh sertifikat akreditasi yang berlaku selama 3 tahun dan diperbaharui setiap 3 tahun. Pada tanggal 24 Pebruari 2010 RSUD I Lagaligo Kabupaten Luwu Timur telah berhasil memperoleh sertifikat akreditasi penuh tingkat dasar. Tahun 2015 RSUD I Lagaligo disurvei oleh Tim Survei Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) dengan akreditasi baru versi 2012, dan dinyatakan berhasil Lulus Tingkat Perdana berdasarkan surat KARS No. 2203/KARS/VIII/2015 tanggal 20 Agustus 2015 (sertifikat akreditasi berlaku sampai 11 Agustus 2018). Selanjutnya RSUD I Lagaligo pada bulan Desember 2018 telah disurvei akreditasi oleh KARS dengan

survei 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. Untuk menjaga komitmen pelaksanaan akreditasi, 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 surveior.

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 sertifikat akreditasinya 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. Selanjutnya tahun 2023 pada bulan pebruari, RSUD I Lagaligo kembali melaksanakan survei akreditasi dan oleh KARS sesuai Sertifikat Akreditasi Nomor : KARS-SERT/1013/III/2023 ditanyakan Tingkat Kelulusan "Paripurna" dengan berlaku s/d 19 Pebruari 2027.

D. Isu Strategis

Ada 4 (empat) isu strategis bidang kesehatan pemerintah pusat, yaitu penurunan angka stunting, angka kematian ibu dan bayi, perbaikan pengelolaan jaminan Kesehatan Nasional, Penguatan pelayanan kesehatan serta isu terkait obat dan alat kesehatan. Penguatan pelayanan kesehatan dilakukan melalui peningkatan

akses dan mutu pelayanan kesehatan salah satunya dengan akreditasi rumah sakit (rumah sakit).

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

Dalam menjalankan tugas pokok dan fungsinya untuk mencapai target kinerja pada Tahun 2023 Rumah Sakit Umum Daerah I Lagaligo mengalami berbagai macam hambatan. Permasalahan yang dihadapi rumah sakit pada tahun 2023 adalah antara lain :

1. Adanya utang belanja tahun 2022 yang terdiri atas utang jasa pelayanan, utang belanja bahan pelayanan dan utang belanja operasional rumah sakit sehingga menjadi beban biaya pada tahun 2023, kondisi ini mempengaruhi pelayanan karena kemampuan anggaran yang terbatas.
2. Masih adanya piutang pelayanan rumah sakit setiap tahun berasal dari utang klaim BPJS yang mempengaruhi pendapatan, belanja kebutuhan pelayanan dan operasional rumah sakit. Tahun 2023 rumah sakit memiliki 1 bulan piutang pelayanan pada BPJS Kesehatan yang penerimaannya akan diterima ke tahun 2024.
3. Telah ada system rujukan berjenjang yang dilaksanakan (sisrute), namun sebagian masyarakat masih belum memahami bahwa pelaksanaan rujukan pasien baru bisa dilaksanakan jika rumah sakit yang dituju telah memberikan respon persetujuan rujuk (Rujukan berjenjang tersebut menunggu dari rumah sakit yang dituju yang baru memberikan konfirmasi jika tersedia tempat dan ada konfirmasi dari dokter yang dibutuhkan sehingga waktu untuk pasien dirujuk ke rumah sakit berjenjang membutuhkan waktu yang agak lama). Kondisi ini kadang menimbulkan kesalah pahaman pasien dan keluarga yang berdampak berkurangnya kepuasan pasien.
4. Sudah mulai terbangun sebuah komitmen di semua stakeholder internal rumah sakit untuk bersama-sama melaksanakan dan mengoptimalkan pelayanan, namun masih ada sebagian yang belum menjalankan dengan baik sehingga dapat berdampak pada kepuasan pasien/ masyarakat.

5. RSUD I Lagaligo memiliki jumlah tenaga yang cukup besar (PNS, P3K, Upah Jasa, Sukarela) namun belum semua jenis dan jumlah tenaga yang dibutuhkan tersedia sesuai standar (ada jenis tenaga tertentu yang berlebih dan ada yang kurang).
6. Jumlah dan jenis tenaga dirumah sakit cukup banyak sehingga dalam kegiatan pengembangan dan peningkatan kompetensi SDM dirumah sakit membutuhkan anggaran yang cukup besar, saat ini biaya pengembangan SDM masih minim sedangkan pemenuhan mutu pelayanan merupakan hal mutlak bagi rumah sakit dimana salah satunya dengan peningkatan SDM baik melalui diklat atau pelatihan sehingga kebutuhan kegiatan pengembangan SDM-RS sesuai standar sangat dibutuhkan.
7. Dalam memberikan pelayanan kepada pasien, berpotensi resiko peningkatan biaya operasional yang ditimbulkan dari belum optimalnya penerapan efisiensi pelayanan (biaya operasional yang dikeluarkan rumah sakit lebih besar dari pendapatan yang dihasilkan / deficit).
8. Jenis pelayanan spesialis dirumah sakit ada 19 jenis, namun pelayanan belum optimalnya karena ketersediaan alat kesehatan/ kedokteran, sarana dan prasarana masih belum terpenuhi sesuai standar. Seperti alat kedokteran untuk pelayanan bayi (NICU) sangat membutuhkan alat kesehatan bantu nafas namun jika dibandingkan dengan jumlah pasien maka alat yang ada sangat kurang, selain itu ada beberapa fasilitas standar belum dimiliki rumah sakit seperti hidrant pemadam kebakaran, nurse call dll.
9. Terbatasnya jumlah alat kesehatan/ kedokteran yang dimiliki sehingga frekuensi penggunaan alat cukup tinggi, kondisi ini berpotensi alat cepat rusak sehingga dibutuhkan pemeliharaan alat tepat waktu namun kendalanya selain butuh biaya yang cukup besar.
10. Belum optimalnya Sistem Informasi Rumah Sakit (SIM-RS) sehingga butuh pengembangan sesuai kebutuhan & perkembangan layanan.
11. Adanya perbedaan persepsi dengan stakeholder tentang ditetapkannya RSUD I Lagaligo sebagai PPK-BLUD, sehingga berdampak subsidi berkurang setiap tahun.
12. Masih belum optimalnya promosi kesehatan (marketing) rumah sakit.

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

1. Aspek Pelayanan

- a. Sudah mulai terbangun sebuah komitmen di semua stakeholder internal rumah sakit untuk bersama-sama melaksanakan dan mengoptimalkan pelayanan, namun masih ada sebagian yang belum menjalankan dengan baik sehingga dapat berdampak pada kepuasan pasien/ masyarakat.
- b. Telah ada system rujukan berjenjang yang dilaksanakan (sirsute), namun sebagian masyarakat masih belum memahami bahwa respon rujukan tersebut menunggu dari rumah sakit yang dituju yang baru akan memberikan konfirmasi jika tersedia tempat dan ada konfirmasi dari dokter yang dibutuhkan sehingga untuk proses pasien dirujuk ke rumah sakit berjenjang membutuhkan waktu yang agak lama. Kondisi ini kadang menimbulkan kesalah pahaman pasien dan keluarga yang berdampak berkurangnya kepuasan pasien.

2. Aspek Sarana Prasarana.

- a. Jenis pelayanan spesialis dirumah sakit ada 19 jenis, namun pelayanan belum optimalnya karena ketersediaan alat kesehatan/ kedokteran , sarana dan prasarana masih belum terpenuhi sesuai standar. Seperti alat kedokteran untuk pelayanan bayi (NICU) sangat membutuhkan alat kesehatan bantu nafas namun jika dibandingkan dengan jumlah pasien maka alat yang ada sangat kurang, selain itu ada beberapa fasilitas standar belum dimiliki rumah sakit seperti hidrant pemadam kebakaran, nurse call dll.
- b. Terbatasnya jumlah alat kesehatan/ kedokteran yang dimiliki sehingga frekuensi penggunaan alat cukup tinggi, kondisi ini berpotensi alat cepat rusak sehingga dibutuhkan pemeliharaan alat yang tepat waktu namun kendalanya dibutuhkan biaya yang cukup besar.
- c. Belum optimalnya Sistem Informasi Rumah Sakit (SIM-RS) sehingga butuh pengembangan sesuai perkembangan pelayanan.

3. Aspek Ketenagaan & Pengembangan SDM.

- a. RSUD I Lagaligo memiliki jumlah tenaga yang cukup besar (PNS, P3K, Upah Jasa, Sukarela) namun belum semua jenis dan jumlah tenaga yang dibutuhkan tersedia sesuai standar (ada jenis tenaga tertentu yang berlebih dan ada yang kurang).
- b. Jumlah dan jenis tenaga dirumah sakit cukup banyak, dalam kegiatan pengembangan dan peningkatan kompetensi SDM dirumah sakit membutuhkan anggaran yang cukup besar sedangkan anggaran yang tersedia sangat terbatas sehingga pengembangan SDM dirumah sakit masih sangat kurang sedangkan pemenuhan mutu pelayanan merupakan hal mutlak bagi rumah sakit dimana salah satunya melalui upaya peningkatan SDM baik melalui diklat atau pelatihan.

4. Aspek Keuangan.

- a. Adanya utang belanja tahun 2022 yang menjadi beban biaya pada tahun 2023 (utang belanja bahan pelayanan dan utang belanja operasional) sehingga mempengaruhi pelayanan karena kemampuan anggaran yang terbatas.
- b. Masih adanya piutang pelayanan rumah sakit setiap tahun berasal dari utang klaim BPJS yang mempengaruhi pendapatan, belanja kebutuhan pelayanan dan operasional rumah sakit. Tahun 2023 rumah sakit memiliki 1 bulan piutang pelayanan pada BPJS kesehatan.
- c. Dalam memberikan pelayanan kepada pasien, berpotensi resiko peningkatan biaya operasional yang ditimbulkan dari belum optimalnya penerapan efisiensi pelayanan (biaya operasional yang dikeluarkan rumah sakit lebih besar dari pendapatan yang dihasilkan / deficit).
- d. Adanya perbedaan persepsi stakeholder dengan ditetapkannya RSUD I Lagaligo sebagai PPK-BLUD, sehingga subsidi berkurang setiap tahun.
- e. Masih belum optimalnya promosi kesehatan (marketing) 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. Belum semua stakeholder internal rumah sakit melaksanakan komitmen pelayanan (Aspek Pelayanan).
2. Belum semua kebutuhan tenaga terpenuhi sesuai standar, dan peningkatan kompetensi SDM yang masih kurang (Aspek Ketenagaan dan Pengembangan SDM)
3. Belum terpenuhinya sarana, prasarana dan alat kesehatan dirumah sakit sesuai standar dan kebutuhan pelayanan (Aspek Ketenagaan dan Pengembangan SDM)
4. Besarnya kebutuhan anggaran pemeliharaan sarana, prasaranan dan alat kesehatan (Aspek Sarana, Prasarana dan Alkes).
5. Pendapatan BLUD belum mampu membiayai seluruh biaya operasional blud (Aspek Keuangan).

E. Struktur Organisasi

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

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

Berdasarkan Peraturan Bupati Luwu Timur No. 32 Tahun 2021 tentang Organisasi dan Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis RSUD I Lagaligo pada Dinas Kesehatan Kab.Luwu Timur, RSUD I Lagaligo sebagai unit organisasi bersifat khusus yang memberikan pelayanan secara profesional. Selain itu dengan peraturan baru ini Direktur dalam pengelolaan keuangan, dan barang milik daerah

serta bidang kepegawaian bertanggung jawab kepada Kepala Dinas melalui penyampaian laporan pelaksanaan pengelolaan keuangan, dan barang milik daerah serta bidang kepegawaian .

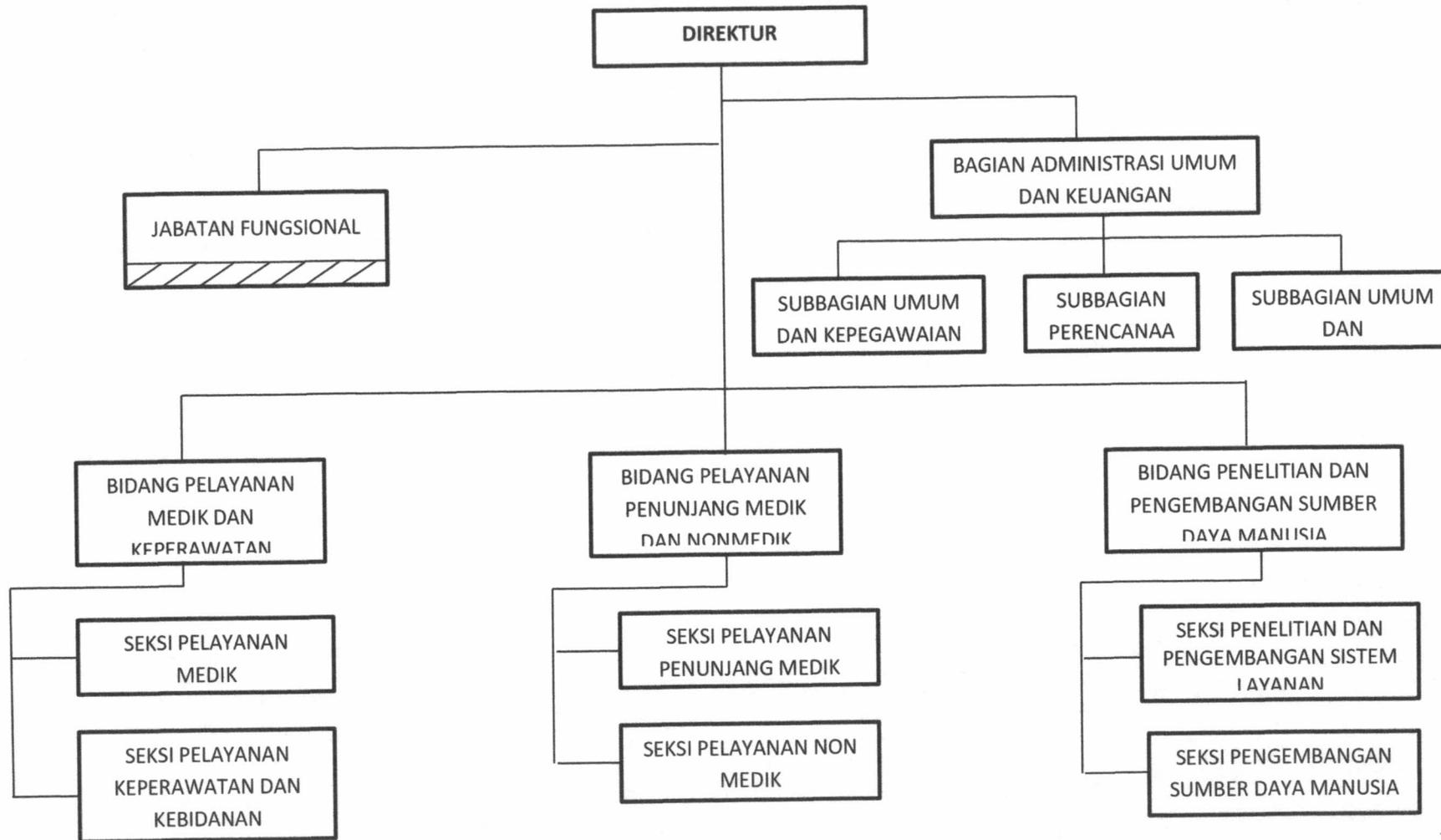
Berdasarkan Peraturan Daerah Kab.Luwu Timur Nomor 8 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah dan Berdasarkan Peraturan Bupati Luwu Timur Nomor 55 Tahun 2016 tentang Susunan Organisasi, Kedudukan, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja RSUD I Lagaligo Kab. Luwu Timur, yang telah diperaharui dengan Peraturan Bupati Luwu Timur No. 32 Tahun 2021 tentang Organisasi dan Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis RSUD I Lagaligo pada Dinas Kesehatan Kab.Luwu Timur, susunan struktur organisasi RSUD I Lagaligo adalah sebagai berikut :

1. Direktur
2. Bagian Administrasi Umum & Keuangan, membawahi :
 - a. Sub Bagian Umum dan Kepegawaian
 - b. Sub Bagian Perencanaan
 - c. Sub Bagian Keuangan
3. Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan, membawahi :
 - a. Seksi Pelayanan Medik
 - b. Seksi Keperawatan dan Kebidanan
4. Bidang Pelayanan Penunjang Medik & Non Medik, membawahi :
 - a. Seksi Pelayanan Penunjang Medik
 - b. Seksi Pelayanan Non Medik
5. Bidang Penelitian dan Pengembangan SDM, membawahi:
 - a. Seksi Penelitian dan Pengembangan Sistem Layanan
 - b. Seksi Pengembangan SDM

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

Gambar. 1. SUSUNAN ORGANISASI UPT RSUD I LAGALIGO

(Perbup No. 32 Tahun 2021)



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 2022 adalah 834 orang yang terdiri atas tenaga PNS berjumlah 229 orang dan tenaga upah jasa 382 orang. Selain itu RSUD I Lagaligo juga dibantu oleh 223 orang tenaga sukarela. RSUD I Lagaligo dalam pemberian pelayanan kesehatan didukung oleh 32 orang tenaga medis spesialis dimana 5 diantaranya adalah dokter spesialis dengan MOU. Selain itu rumah sakit juga memiliki 16 (enam belas) orang dokter umum yang terdiri dari 7 (tujuh) orang dokter umum PNS 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 218 TT berarti dibutuhkan 218 tenaga keperawatan. Saat ini tenaga keperawatan dan Kebidanan (PNS dan Upah Jasa) yang ada dirumah sakit berjumlah 297 (dua ratus Sembilan puluh tujuh) orang, dengan tenaga PNS berjumlah 91 (Sembilan puluh satu) orang. Kondisi ini menggambarkan bahwa secara standar jumlah tenaga paramedic di rawat inap masih sangat kurang. Kebutuhan tenaga pada unit rawat jalan (poliklinik) berdasarkan kunjungan dalam 5 tahun terakhir rata-rata kunjungan perhari adalah 220 (dua ratus dua puluh) orang, standar kebutuhan tenaga paramedis 17 (tujuh belas) orang sedangkan kondisi dilapangan jumlah tenaga yang ada 17 (tujuh belas) orang diluar tenaga administrasi, dan secara standar tenaga keperawatan untuk rawat jalan sudah terpenuhi.

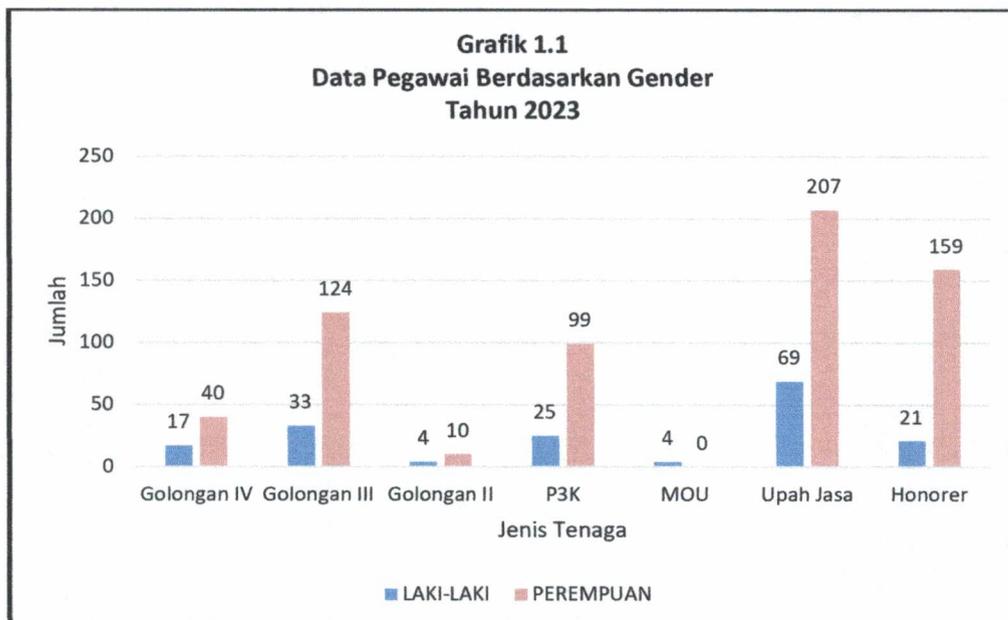
Berikut ini gambaran komposisi ketenagaan dirumah sakit berdasarkan jenis kelamin, pendidikan dan eselon.

1. Komposisi SDM Berdasarkan Gender

Jumlah seluruh tenaga dirumah sakit pada tahun 2023 (PNS, Upah Jsa dan Tenaga Sukarela) adalah 812 pegawai. Gambaran jumlah pegawai di RSUD I Lagaligo berdasarkan jenis kelamin saat ini lebih banyak pegawai perempuan yaitu 639 orang (78,7%) dibandingkan dengan pegawai laki-laki sebanyak 173 orang (21,3%). 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 2023

JENIS TENAGA	JUMLAH		TOTAL
	LAKI-LAKI	PEREMPUAN	
1. Golongan IV	17	40	57
2. Golongan III	33	124	157
3. Golongan II	4	10	14
4. P3K	25	99	124
5. MOU	4	0	4
6. Upah Jasa	69	207	276
7. Honorer	21	159	180
JUMLAH	173	639	812
%	21,3	78,7	100

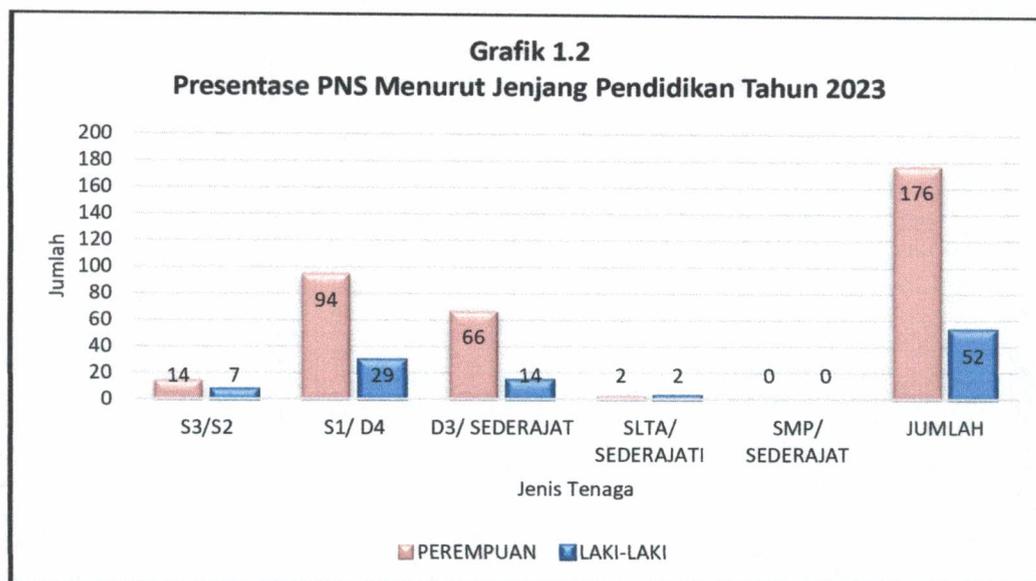


2. Komposisi PNS Menurut Jenjang Pendidikan

Jumlah total tenaga PNS di RSUD I Lagaligo pada tahun 2023 adalah 228 pegawai. Berdasarkan jenjang pendidikan, pegawai (PNS) yang ada di RSUD I Lagaligo saat ini adalah terdiri atas pendidikan S2, S1/D4, D3/ Sederajat dan SLTA/ Sederajat. Pegawai rumah sakit yang terbanyak adalah jenjang pendidikan S1/ D4 yaitu berjumlah 123 orang (54%), hal ini dapat dimaklumi karena saat ini banyak pegawai yang memilih meningkatkan jenjang pendidikan ke jenjang S1 atau profesi. Kemudian terbanyak berikutnya adalah jenjang pendidikan D3 yaitu berjumlah 80 orang (35,1%), Selanjutnya adalah jenjang S2 yaitu 21 orang (9,2%), dan terakhir tenaga dengan pendidikan SLTA sederajat ada 4 orang (1,7%). Secara jumlah menurut jenis pendidikan, perempuan masih yang terbanyak, dimana perempuan berjumlah 176 orang (77,2%) dan laki-laki 52 orang (22,8%). Berikut untuk lebih rinci dapat dilihat pada table dibawah ini :

Tabel 1.2
Presentase PNS Menurut Jenjang Pendidikan
Tahun 2023

JENIS TENAGA	JUMLAH		TOTAL	%
	PEREMPUAN	LAKI-LAKI		
S3/S2	14	7	21	9,2
S1/ D4	94	29	123	54,0
D3/ SEDERAJAT	66	14	80	35,1
SLTA/ SEDERAJATI	2	2	4	1,7
SMP/ SEDERAJAT	0	0	0	0
JUMLAH	176	52	228	100



3. Komposisi PNS Menurut Jejang Eselon

Secara struktur organisasi RSUD I Lagaligo, pengelola yang bertanggung jawab utama adalah Direktur yang dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh 1 (satu) Bagian yang membawahi 3 (tiga) sub bagian dan 3 (tiga) Bidang yang masing-masing membawahi 2 (dua) kepala seksi dengan total jumlah struktural adalah 14 (empat belas) orang. Berdasarkan jenis kelamin untuk jabatan eselon III berjumlah 5 orang dengan jumlah perempuan 2 orang (40%), dan laki-laki berjumlah 3 orang (60%). Sedangkan untuk jabatan eselon IV berjumlah 9 orang dengan perempuannya berjumlah 2 orang (22,3%) dan laki-laki 7 orang (77,7%). Secara umum komposisi jabatan truktural masih lebih banyak diisi oleh laki-laki yaitu 10 orang 71% dan perempuan 4 orang atau 29%. Untuk lebih jelas dapat dilihat dari table dibawah ini.

Tabel 1.3
Komposisi Jenis Kelamin Jabatan Struktural
Tahun 2022

JENIS TENAGA	JUMLAH		TOTAL	%
	PEREMPUAN	LAKI-LAKI		
1. Eselon III	2	3	5	35,7
2. Eselon IV	2	7	9	64,3
JUMLAH	4	10	14	100
%	29	71	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. Inovasi Pelayanan yang telah dijalankan rumah sakit saat ini diantaranya adalah Pelayanan 1 kamar 1 pasien, Pengantaran Pasien Pulang Pasca Rawat Inap. Inovasi lain yang dikembangkan rumah sakit adalah pengembangan pada SIM-RS berupa penerapan E-RM (Elektronik Rekam Medik). Inovasi ini merupakan salah satu upaya yang dilakukan rumah sakit untuk mengantisipasi adanya keluhan lama waktu tunggu pelayanan rekam medic dan pengambilan obat. Dengan dilakukan pengembang SIM-RS yang terintegrasi, rumah sakit mengarah ke paperless (tanpa menggunakan kertas). 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 yang akan diperoleh dari penerapan E-RM ini. Pengembangan IT lainnya yang sedang dilaksanakan rumah sakit adalah E-Klaim. Dengan dijalankannya E-Klaim, pengajuan klaim ke BPJS saat ini menjadi lebih cepat dan sudah minim penggunaan kertas (Dokumen Pengajuan Klaim). Dengan E-Klaim ini rumah sakit tidak perlu lagi mengajukan tagihan ke BPJS dengan menyerahkan dokumen tagihan yang cukup banyak seperti yang sebelumnya dilaksanakan karena sudah terintegrasi dengan BPJS dan kedepan dengan penyempurnaan pengembangan IT (E-Klaim) diharapkan dalam proses penyusunan ajuan klaim dan proses pengajuan klaim ke BPJS cukup dengan menyampaikan SEP (Surat Elektabilitas Peserta). Selain itu rumah sakit juga telah mengembangkan layanan dengan menerapkan resep digital (E-Resep) dan saat ini masih terus dikembangkan untuk kesempurnaan pelayanan resep digital.

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.

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. RSUD I Lagaligo menetapkan Tujuan 5 tahun yang ingin dicapai yaitu :

- 1). Mewujudkan Kualitas Pelayanan Rumah Sakit yang memiliki makna bahwa dalam menjalankan peran dan fungsi sebagai OPD pelayanan public dibidang kesehatan, rumah sakit selalu mengupayakan pemenuhan segala sesuatu yang berhubungan dengan produksi, jasa, manusia, proses, lingkungan, dan yang menjadi kebutuhan serta keinginan konsumen baik itu berupa barang dan jasa yang diharapkan dapat memenuhi harapan dan kepuasan masyarakat.

Alat ukur untuk menilai bahwa telah terwujud kualitas/ mutu pelayanan, RSUD I Lagaligo menetapkan 2 indikator tujuan, yaitu 1). Indeks kepuasan, dan 2). Tingkat akreditasi rumah sakit.

Pelayanan yang bermutu/ berkualitas merupakan salah satu tolak ukurnya kepuasan yang berefek terhadap keinginan pasien untuk kembali datang ke rumah sakit. Semakin baik kualitas pelayanan yang diberikan maka semakin tinggi pula tingkat kepuasan yang diterima masyarakat. Kualitas pelayanan menjadi faktor kepuasan pelanggan karena, dengan memberikan pelayanan yang baik maka pelanggan pun akan merasa nyaman. Tingkat kepuasan masyarakat diperoleh dari hasil pengukuran secara kuantitatif pendapat masyarakat dalam memperoleh pelayanan dari aparaturnya penyelenggara pelayanan public (rumah sakit) dengan pengisian kuesioner

Akreditasi Rumah Sakit merupakan salah satu cara untuk menilai mutu pelayanan rumah sakit. Peningkatan mutu pelayanan rumah sakit merupakan hal yang sangat penting karena rumah sakit memberikan pelayanan yang paling kritis dan berbahaya dalam sistem pelayanan dan sasaran kegiatan adalah jiwa manusia. Akreditasi Rumah Sakit sebagai pengakuan terhadap mutu pelayanan rumah sakit setelah dilakukan penilaian oleh lembaga independen penyelenggara Akreditasi yang ditetapkan oleh Pemerintah, pengakuan bahwa rumah sakit telah memenuhi standar yang ditetapkan pemerintah. Akreditasi rumah sakit merupakan sebuah proses penilaian dan penetapan kelayakan rumah sakit berdasarkan standar pelayanan yang telah ditetapkan. Terdapat 5 (lima) tingkatan Akreditasi Rumah Sakit sesuai Standar Akreditasi Nasional Rumah Sakit (SNARS) yaitu: tidak lulus akreditasi, akreditasi tingkat dasar, akreditasi tingkat madya, akreditasi tingkat utama dan akreditasi tingkat paripurna. Semakin tinggi tingkat kelulusan akreditasinya menggambarkan semakin banyak standar yang terpenuhi sehingga semakin baik kualitas/ mutu rumah sakit. Akreditasi Paripurna bermakna bahwa seluruh Bab (15 Bab) mendapat nilai minimal 80%, Akreditasi Utama maka 12 Bab terpenuhi minimal 80% (SKP minimal 80%) dan 3 Bab lainnya tidak ada yang mendapat nilai dibawah 20%, Akreditasi tingkat Madya bila dari 15 bab ada 8 bab yang mendapat nilai minimal 80 % dan 7 bab lainnya tidak ada yang mendapat nilai dibawah 20%, Akreditasi tingkat dasar bila dari 15 bab hanya 4 bab

yang mendapat nilai minimal 80 % dan 11 bab lainnya tidak ada yang mendapat nilai dibawah 20%, Tidak lulus akreditasi bila 15 bab semua mendapat nilai kurang dari 60%.

2). Meningkatkan Akuntabilitas Penyelenggaraan Layanan Urusan PD yang memiliki maksud bahwa RSUD I Lagaligo sebagai Perangkat Daerah dalam penyelenggaraan pelayanan harus dapat dipertanggung jawabkan, baik kepada publik maupun kepada atasan/pimpinan unit pelayanan instansi pemerintah, baik mengenai proses pelayanan, biaya pelayanan maupun produk pelayanan. Akuntabilitas adalah perwujudan kewajiban suatu instansi pemerintah untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan / kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan-tujuan dan sasaran-sasaran yang telah ditetapkan melalui alat pertanggungwaban secara periodic untuk mendorong terciptanya pemerintahan yang bersih dan terpercaya. RSUD I Lagaligo telah menerapkan PPK-BLUD sehingga secara rutin dilakukan pemeriksaan/ audit oleh audit eksternal, berdasarkan hal itu maka rumah sakit menetapkan indikator tujuan untuk mengukur tujuan Meningkatkan Akuntabilitas Penyelenggaraan Layanan Urusan PD adalah Opini audit Akuntan Publik.

Berikut Indikator kinerja dan target kinerja untuk tujuan strategis rumah sakit diuraikan dalam tabel dibawah ini :

Tabel 2.1
Tujuan dan Indikator Kinerja RSUD I lagaligo

TUJUAN	INDIKATOR	SAT	KONDISI AWAL (2021)	TARGET AKHIR RENSTRA
1. Mewujudkan kualitas pelayanan rumah sakit	1. Indeks kepuasan masyarakat	Nilai	92,75	94%
	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

Berdasarkan hasil pendampingan dari Menpan, dimana dalam menyusun kinerja mengacu pada PerrmenPAN-RB Nomor 89 Tahun 2021 tentang Penjenjangan Kinerja Instansi Pemerintah, maka rumah sakit melakukan revisi/ perbaikan pada sasaran dan indicator sasaran. Mengacu kepada tujuan yang telah ditetapkan, maka sasaran yang hendak dicapai atau dihasilkan oleh RSUD I Lagaligo ada 2 yaitu 1). Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit dengan indicator Indeks Kepuasan Masyarakat 2). Meningkatnya Akuntabilitas Kinerja RSUD I Lagaligo dengan indicator Nilai Sakip hasil evaluasi internal inspektorat.

Berikut ini adalah sasaran dan indicator sasaran rumah sakit sesuai dokumen renstra periode 2021-2026 (sebelum dilakukan perubahan mengacu PermenPAN-RB Nomor 89 Tahun 2021).

Tabel 2.2
Sasaran dan Indikator Kinerja
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	Persentase capaian kinerja program	%	-	96

Kinerja dan Keuangan	penunjang urusan PD			
----------------------	---------------------	--	--	--

Berikut perubahan/ perbaiki sasaran dan indikator sasaran sesuai hasil pendampingan dari Menpan, mengacu pada PermenPAN-RB Nomor 89 Tahun 2021 .

Tabel 2.3
Sasaran dan Indikator Kinerja
RSUD I Lagaligo Kab. Luwu Timur
(Versi PermenPAN-RB No. 89 Tahun 2021)

SASARAN	INDIKATOR	SATUAN	KONDISI AWAL	TARGET AKHIR RENSTRA
Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit	Indeks Kepuasan Masyarakat	Nilai	92,75	94
Meningkatnya kualitas dan pencapaian kinerja penyelenggaraan urusan PD	Nilai SAKIP Hasil Evaluasi Internal Inspektorat	Nilai	63,25	72

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 2023 adalah sebagai berikut :

Tabel 2.4
Program Untuk Pencapaian Sasaran Tahun 2023

SASARAN	PROGRAM / KEGIATAN PENDUKUNG
Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit	1. Program pemenuhan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat : <ol style="list-style-type: none"> 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 2. Program penunjang urusan pemerintah daerah kab/ kota : <ol style="list-style-type: none"> 3) Peningkatan Pelayanan BLUD
Meningkatnya kualitas dan pencapaian kinerja penyelenggaraan urusan PD	3. Program penunjang urusan pemerintah daerah kab/ kota : <ol style="list-style-type: none"> 1) Perencanaan, penganggaran dan evaluasi kinerja PD 2) Administrasi keuangan PD 3) Administrasi Umum PD 4) Penyediaan Jasa Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah

B. Perjanjian Kinerja Tahun 2023

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.

Sesuai hasil pendampingan dari Kemenpan dimana berdasarkan PermanPAN-RB Nomor 89 Tahun 2021 tentang Penjenjangan Kinerja Instansi Pemerintah bahwa dalam penyusunan kinerja harus dimulai dengan penetapan sasaran kinerja yang ingin dicapai OPD (Outcome) dan selanjutnya mengidentifikasi factor penyebab dan kondisi yang diperlukan (CSF) dan menguraikan CSF tersebut (hal-hal yang dapat mendukung untuk pencapaian sasaran OPD tersebut). Berdasarkan hal tersebut maka RSUD I Lagaligo melakukan penyusunan Perjanjian kinerja yang berbasis kinerja (Pohon Kinerja). Penyusunan PK 2023 Direktur RSUD I Lagaligo mengacu PermanPAN-RB Nomor

89 Tahun 2021 dengan memperhatikan Renstra, Rencana Kerja (RENJA) 2023, IKU dan anggaran.

Berikut ini Perjanjian Kinerja (PK) Direktur RSUD I Lagaligo sebagai sebuah Organisasi Perangkat Daerah :

Tabel 2.5
PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023
TINGKAT SATUAN KERJA PERANGKAT DAERAH

Satuan Kerja Perangkat Daerah : RSUD I Lagaligo
Tahun Anggaran : 2023

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit	1. Indeks Kepuasan Masyarakat	93
2.	Meningkatnya Kualitas dan Pencapaian Kinerja Penyelenggaraan Urusan PD	2. Nilai SAKIP Hasil Evaluasi Internal Inspektorat	70,5

Program/ Kegiatan	Anggaran	Ket
1. Prog. Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan upaya kesehatan masyarakat	Rp. 21.913.207.805,-	APBD
2. Prog. Penunjang Urusan Pemerintah Daerah Kabupaten/ Kota	Rp. 127.248.451.286,-	APBD + BLUD
Total Pagu	Rp. 149.161.659.091,-	

Berikut ini penjelasan penetapan sasaran, indicator sasaran dan target yang ditetapkan rumah sakit tahun 2023

Tabel 2.6
Penjelasan atas Sasaran, Indikator Sasaran dan Target yang Ditetapkan

NO	SASARAN	PENJELASAN
1.	Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit	<ul style="list-style-type: none"> Mutu Pelayanan Rumah Sakit adalah derajat kesempurnaan pelayanan rumah sakit untuk memenuhi kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumberdaya yang

		<p>tersedia dirumah sakit secara wajar, efisien dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai dengan norma, etika, hukum dan social budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah dan masyarakat.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Akreditasi Rumah Sakit merupakan salah satu cara untuk menilai mutu pelayanan rumah sakit. Peningkatan mutu pelayanan rumah sakit merupakan hal yang sangat penting karena rumah sakit memberikan pelayanan yang paling kritis dan berbahaya dalam sistem pelayanan dan sasaran kegiatan adalah jiwa manusia.
NO.	INDIKATOR KINERJA	PENJELASAN
1.	Indeks Kepuasan Masyarakat	<ul style="list-style-type: none"> • Tingkat kepuasan masyarakat yang diperoleh dari hasil pengukuran secara kuantitatif pendapat masyarakat dalam memperoleh pelayanan dari aparatur penyelenggara pelayanan public (rumah sakit) dengan pengisian kuesioner • Salah satu upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan public adalah melalui penyusunan indeks kepuasan masyarakat (IKM) sebagai tolak ukur untuk menilai tingkat kualitas pelayanan rumah sakit • Indeks kepuasan masyarakat dapat menjadi bahan penilaian terhadap unsur pelayanan yang masih perlu perbaiki dan menjadi pendorong setiap unit penyelenggara pelayanan untuk meningkatkan kualitas pelayanannya.
NO.	TARGET	PENJELASAN
1.	93	Target IKM rumah sakit diharapkan meningkat dari tahun sebelumnya. Tahun 2022 capaian IKM rumah sakit 90,3 dan tahun 2023 rumah sakit berupaya meningkatkan kualitas pelayanan melalui peningkatan target capaian.
NO	SASARAN	PENJELASAN
2.	Meningkatnya kualitas dan pencapaian kinerja penyelenggaraan urusan PD	Sakip adalah rangkaian sistematis dari berbagai aktivitas, alat dan prosedur yang dirancang untuk tujuan penetapan kinerja dan pengukuran pengumpulan data, pengklasifikasian, pengiktisaran dan pelaporan kinerja pada instansi pemerintah dalam rangka pertanggung jawaban dan peningkatan kinerja instansi pemerintah

		Implementasi SAKIP merupakan bagian dari transformasi cara dan budaya kerja melalui penerapan manajemen kinerja sector public dan anggaran berbasis kinerja
NO.	INDIKATOR KINERJA	PENJELASAN
1.	Nilai SAKIP Hasil Evaluasi Internal Inspektorat	Inspektorat merupakan salah satu tim sakin kabupaten, dimana hasil penilaian akuntabilitas kinerja instansi pemerintah yang di sampaikan (LHE Lakip) merupakan bentuk evaluasi atas penilaian akuntabilitas pada OPD
NO.	TARGET	PENJELASAN
1.	70,5	Target yang ditetapkan memperhatikan capaian tahun sebelumnya, tahun 2022 capaian lakip hasil evaluasi inspektorat untuk rumah sakit adalah 67,72 sehingga sebagai komitmen rumah sakit mendukung target kabupaten maka pada tahun 2023 menjadi rumah sakit meningkatkan target capaian.

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 2.7
Indikator Kinerja Utama (IKU) RSUD I Lagaligo
Tahun 2021-2026
(Permenpan Nomor 89 Tahun 2021)

SASARAN	INDIKATOR KINERJA UTAMA	DEFINISI OPERASIONAL/ FORMULASI PERHITUNGAN	PENJELASAN	SUMBER DATA
Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit	<ul style="list-style-type: none"> Indeks Kepuasan Masyarakat 	<ul style="list-style-type: none"> Indeks kepuasan masyarakat adalah data dan informasi mengenai tingkat kepuasan masyarakat berdasarkan hasil pengukuran dari pendapat masyarakat dalam memperoleh pelayanan public yang sesuai antara harapan dan kebutuhan masyarakat. Hasil pengukuran dari kegiatan survei kepuasan masyarakat berupa angka. Angka ditetapkan dengan skala 1 (satu) sampai dengan 4 (empat) , dengan katagori : <ul style="list-style-type: none"> Tidak Baik, Nilai persepsinya 1 	<ul style="list-style-type: none"> Tingkat kepuasan masyarakat yang diperoleh dari hasil pengukuran secara kuantitatif pendapat masyarakat dalam memperoleh pelayanan dari aparatur penyelenggara pelayanan public (rumah sakit) dengan pengisian kuesioner. 	Hasil Survei kepuasan masyarakat

		<ul style="list-style-type: none"> - Kurang Baik, Nilai persepsinya 2 - Baik, Nilai persepsinya 3 - Sangat Baik, Nilai persepsinya 4 	<ul style="list-style-type: none"> • Salah satu upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan public adalah melalui penyusunan indiks kepuasan masyarakat (IKM) sebagai tolak ukur untuk menilai tingkat kualitas pelayanan rumah sakit • Indeks kepuasan masyarakat dapat menjadi bahan penilaian terhadap unsur pelayanan yang masih perlu perbaiki dan menjadi pendorong setiap unit penyelenggara pelayanan untuk meningkatkan kualitas pelayanannya 																									
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>NILAI PERSEPSI</th> <th>NILAI INTERVAL</th> <th>NILAI INTERVAL KONVERSI</th> <th>MUTU PELAYANAN</th> <th>KINERJA UNIT PELAYANAN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>1,00-2,5996</td> <td>25,00 - 64,99</td> <td>D</td> <td>TIDAK BAIK</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>2,60-3,064</td> <td>65,00- 76,60</td> <td>C</td> <td>KURANG BAIK</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>3,0644-3,532</td> <td>76,61-88,30</td> <td>B</td> <td>BAIK</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>3,5324-4,00</td> <td>88,31-100,00</td> <td>A</td> <td>SANGAT BAIK</td> </tr> </tbody> </table>	NILAI PERSEPSI	NILAI INTERVAL	NILAI INTERVAL KONVERSI	MUTU PELAYANAN	KINERJA UNIT PELAYANAN	1	1,00-2,5996	25,00 - 64,99	D	TIDAK BAIK	2	2,60-3,064	65,00- 76,60	C	KURANG BAIK	3	3,0644-3,532	76,61-88,30	B	BAIK	4	3,5324-4,00	88,31-100,00	A	SANGAT BAIK	
NILAI PERSEPSI	NILAI INTERVAL	NILAI INTERVAL KONVERSI	MUTU PELAYANAN	KINERJA UNIT PELAYANAN																								
1	1,00-2,5996	25,00 - 64,99	D	TIDAK BAIK																								
2	2,60-3,064	65,00- 76,60	C	KURANG BAIK																								
3	3,0644-3,532	76,61-88,30	B	BAIK																								
4	3,5324-4,00	88,31-100,00	A	SANGAT BAIK																								
		$\text{Nilai Perunsur} = \frac{\text{Jumlah keseluruhan}}{\text{Jumlah responden}}$																										
		$\text{Bobot Nilat Rata-Rata Tertimbang} = \frac{\text{Jumlah Bobot}}{\text{Jumlah}} = \frac{1}{N}$																										
		$\text{SKM} = \frac{\text{Total dari Nilai Persepsi Per Unsur}}{\text{Total Unsur yang Terisi}}$																										
		$\text{SKM} = \frac{\text{Total dari Nilai Persepsi Per Unsur}}{\text{Total Unsur yang Terisi}}$																										
		$\text{Bobot Persepsi Tertimbang} = \frac{\text{Jumlah bobot}}{\text{Jumlah unsur}} = \frac{1}{X}$																										
		$\text{Nilai rata-rata tertimbang} = \frac{\text{Jumlah bobot}}{\text{Jumlah unsur}} = \frac{1}{x}$																										

D. Rencana Anggaran Tahun 2023

Berdasarkan Dokumen Pelaksanaan Anggaran Perubahan RSUD I Lagaligo maka jumlah pendanaan yang dapat dibelanjakan pada Tahun Anggaran 2023 adalah sebesar Rp.149.161.659.091,- 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 2.8
Rencana Belanja RSUD I Lagaligo
Tahun Anggaran 2023

No	Uraian	Rencana (Rp)	%
1	Belanja Operasional	145.284.409.122,-	97,4
	- Belanja pegawai (gaji & tunjangan)	29.659.162.895,-	
	- Belanja barang dan jasa	115.625.246.227,-	
2	Belanja Modal	3.877.249.969,-	2,6
	- BM. Peralatan dan mesin	2.279.007.969,-	
	- BM Gedung dan bangunan	1.598.242.000,-	
Jumlah		149.161.659.091,-	100

Alokasi anggaran belanja Tahun 2023 yang dialokasikan untuk membiayai program-program yang langsung mendukung pencapaian sasaran pembangunan adalah sebagai berikut :

Tabel 2.9
Alokasi per Sasaran Tahun Anggaran 2023

SASARAN	INDIKATOR	ANGGARAN (Rp)	% ANGGARAN
Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit	Indeks Kepuasan Masyarakat	Rp.111.823.366.446,-	74,9%
Meningkatnya Kualitas dan Pencapaian Kinerja Penyelenggaraan Urusan PD	Nilai SAKIP Hasil Evaluasi Internal Inspektorat	Rp. 37.338.292.645,-	25,1%

RSUD I Lagaligo memiliki 2 (dua) tujuan dengan 2 (dua) sasaran, dan untuk mengukur keberhasilan dari sasaran tersebut rumah sakit menetapkan 2 (dua) indikator. Untuk mendukung keberhasilan pencapaian tujuan/ sasaran yang telah ditetapkan, rumah sakit didukung oleh 2 (dua) program dengan 7 (tujuh) kegiatan dan 9 (Sembilan) sub kegiatan. Pada tabel di atas dapat dilihat bahwa seluruh anggaran belanja yang ada yaitu sebesar **Rp. 149.161.659.091,-** digunakan untuk sepenuhnya mendukung sasaran "**Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit**

dan **Meningkatnya akuntabilitas kinerja dan keuangan**". Tertinggi anggaran untuk mencapai sasaran meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit yaitu 74,9%, selanjutnya untuk pencapaian sasaran meningkatnya akuntabilitas kinerja dan keuangan sebesar 25,1%

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 ≤ 100 %	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

Capaian kinerja RSUD I Lagaligo Triwulan IV (Empat) Tahun 2023 dilakukan dengan cara membandingkan antara target dengan realisasi masing-masing indikator kinerja. Capaian kinerja untuk setiap sasaran disajikan sebagaimana

yang tertuang dalam dokumen Perjanjian Kinerja dengan berdasarkan hasil pengukuran kinerja.

Berikut target, sasaran indicator (PermanPAN-RB Nomor 89 Tahun 2021) RSUD I Lagaligo/ Perjanjian kinerja yang berbasis kinerja (Pohon Kinerja) :

Tabel 3.2
Tujuan, Sasaran, Indikator dan Target
RSUD I Lagaligo Kab. Luwu Timur

NO	TUJUAN	INDIKATOR TUJUAN	SASARAN	INDIKATOR SASARAN	TARGET				
					2022	2023	2024	2025	2026
1.	Mewujudkan kualitas pelayanan rumah sakit	1. Indeks kepuasan masyarakat	-	-	93	93	93,5	94	94
		2. Tingkat akreditasi rumah sakit	-	-	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna
			Meningkatnya Mutu Pelayanan Rumah Sakit	Indeks Kepuasan Masyarakat	93	93	93.5	94	94
2.	Meningkatkan akuntabilitas penyelenggaraan layanan urusan perangkat daerah	Opini audit akuntan publik	-	-	WTP	WTP	WTP	WTP	WTP
			Meningkatnya kualitas dan pencapaian kinerja penyelenggaraan urusan PD	Nilai SAKIP Hasil evaluasi internal inspektorat	70	70,5	71	71,5	72

1. Capaian Indikator Kinerja Utama 2023

Berdasarkan IKU yang telah ditetapkan, baik sebelum perubahan maupun setelah perubahan, capaian yang diraih pada Tahun 2023 dapat diuraikan tabel dibawah ini :

Tabel 3.3
Sasaran dan Indikator Kinerja Utama (IKU)
RSUD I Lagaligo Kab. Luwu Timur Tahun 2023

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target	Realisasi	%
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1.	Meningkatnya Mutu Pelayanan Rumah Sakit	1. Indeks Kepuasan Masyarakat	93	94,50	101,6
2.	Meningkatnya kualitas dan pencapaian kinerja penyelenggaraan urusan PD	2. Nilai SAKIP Hasil evaluasi internal inspektorat	70,5	73,75	104,6

Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa capaian IKU pada sasaran Meningkatkan Mutu Pelayanan Rumah Sakit adalah 101,6% atau masuk criteria Sangat Tinggi dan capaian sasaran Nilai Sakip Hasil Evaluasi Internal Inspektorat 104,6% dengan katagori Sangat Tinggi. Secara keseluruhan rata-rata capaian kinerja IKU tahun 2023 adalah masuk katagori **Sangat Tinggi** (capaian $91 \leq 100\%$).

2. Analisis Capaian Kinerja

Dari hasil pengukuran dan evaluasi kinerja Secara umum RSUD I Lagaligo tahun 2023, dapat disampaikan bahwa sasaran strategis yang telah ditargetkan belum semua dapat dicapai 100% yang disebabkan oleh berbagai kendala. Rincian analisis capaian sasaran strategis dapat diuraikan sebagai berikut:

Sasaran : Meningkatkan Mutu Pelayanan Rumah Sakit
--

1) Analisis Perbandingan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

Tabel 3.4
Capaian IKU Per Sasaran 1 Tahun 2023
RSUD I Lagaligo Kab. Luwu Timur

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Sat	Target	Realisasi	Capaian
1. Meningkatnya Mutu Pelayanan Rumah Sakit	Indeks Kepuasan Masyarakat	Nilai	93	94,50	101,6

Dari table diatas dapat dilihat bahwa indicator kinerja sasaran meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit jika dibandingkan dengan target tahun 2023 telah capai target dengan realisasi 94,50 dan tingkat capaian 101,6% atau masuk katagori **Sangat Tinggi** ($91 \leq 100\%$)

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

Tahun 2023 adalah tahun kedua pelaksanaan Renstra RSUD I Lagaligo periode 2021-2026, perbandingan yang dilakukan dimulai data awal tahun 2021 dan tahun 2022 sebagai tahun pertama pelaksanaan renstra rumah sakit.

Tahun 2021 dan 2022 rumah sakit membagikan kuesioner setiap tiga bulan 100 kuesioner atau 100 responden dan dalam 1 tahun total responden sebanyak 400 responden. Tahun 2023 jumlah responden per triwulan 150 responden dan total setahun 550 responden.

Kuesioner yang dibagikan kepada pasien/ keluarga adalah mengacu ke PERMENPAN-RB RI Nomor 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik, dimana dalam kuesioner Survei Kepuasan Masyarakat ini memuat 9 unsur, yaitu memuat tentang 1.. persyaratan, 2. system, mekanisme dan prosedur, 3. waktu penyelesaian, 4. Biaya/ tariff, 5. Produk spesifikasi jenis pelayanan, 6.kompetensi pelaksana, 7. Perilaku pelaksana, 8. Penanganan pengaduan, saran dan masukan 9. Sarana dan prasarana Berikut gambaran capaian kinerja 2 (dua) tahun periode renstra 2021- 2026 RSUD I Lagaligo :

Tabel 3.5
Perbandingan Realisasi IKU Tahun ini dan Beberapa Tahun Terakhir Sasaran 1
Tahun 2021 - 2023

Sasaran	Indikator	2021		TKT REALISASI	2022		TKT REALISASI	2023		TINGKAT REALISASI	TREND
		TARGET	REALISASI		TARGET	REALISASI		TARGET	REALISASI		
Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit	1. Indeks Kepuasan Masyarakat	82	82	100%	90	90,3	100,3%	93	94,5	101,6	NAIK

Dari table diatas dapat dilihat bahwa setiap tahunnya ada peningkatan capaian kinerja dengan tingkat capaian diatas 100% dengan katagori Sangat Tinggi ($91 \leq 100\%$), gambaran trend menunjukkan peningkatan (Naik).



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 2023 yang dibandingkan dengan target renstra periode 2021-2026.

Tabel 3.6
Perbandingan Realisasi IKU Sasaran 1 dengan Target Akhir Renstra
RSUD I Lagaligo Kab. Luwu Timur

Indikator	TARGET JANGKA MENENGAH	REALISASI S/D THN INI	TINGKAT CAPAIAN
Indeks Kepuasan Masyarakat	94	94,5	100,5

Berdasarkan data pada table 3.6 diatas dapat dilihat bahwa IKU RSUD I Lagaligo pada Indikator Indeks Kepuasan Masyarakat yang pada tahun 2023 memasuki tahun ke-2 renstra dan telah mencapai target, kondisi ini merupakan hal baik bagi rumah sakit setelah pandemic covid-19 dicabut oleh pemerintah. Saat pandemic covid-19 tahun 2020 terjadi kondisi kepercayaan masyarakat terhadap fasilitas pelayanan kesehatan sangat memurun, masyarakat memilih menahan sakit dirumah atau berobat tradisional dari pada datang kerumah sakit sehingga terjadi penurunan kunjungan pasien yang cukup signifikan dari kondisi sebelum pandemic covid-19. Semua rumah sakit mengalami kondisi ini termasuk RSUD I Lagaligo, namun dengan adanya beberapa perubahan regulasi pelayanan, serta upaya-upaya untuk memulihkan kepercayaan masyarakat sehingga memasuki tahun ke-2 renstra tingkat kepuasan masyarakat kembali meningkat dan angka kunjungan pasien sudah mulai meningkat.

Target yang ditetapkan saat penyusunan rencana strategis rumah sakit mengacu pada kondisi covid-19 dengan peningkatan capaian diatas akan dilakukan penyesuaian target untuk tahun-tahun berikutnya.

- 4) **Membandingkan realisasi kinerja tahun ini dengan standar nasional**
 Secara standar nasional untuk indeks kepuasan masyarakat dengan katagori baik nilai indeks kepuasan dengan nilai interval 3,064-3,532 atau nilai konversi 76,61-88,30. Sedangkan untuk katagori sangat baik nilai indeks nya dengan nilai interval 3,532-4,00 atau nilai konversi 88,31-100,00. Jika dibandingkan dengan capaian rumah sakit pusat (kemenkes) RSUP Dr.Kariadi Semarang capain IKMnya tahun 2023 adalah 3,80 atau 95, kondisi ini lebih tinggi jika dibandingkan realisasi 2023 RSUD I Lagaligo yaitu 3,78 atau nilai konversi 94.50. Namun jika dibandingkan dengan rumah sakit di daerah Sulawesi selatan (Makassar) seperti RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo 81,18 dengan katagori baik, realisasi IKM RSUD I Lagaligo masih lebih tinggi dan jika dibandingkan dengan rumag sakit daerah kabupaten lain RSUD Andi Djemma capain 80,79 (Baik) Capaian RSUD I Lagaligo masih lebih tinggi dengan katagori Sangat Baik.

Tabel 3.7
Perbandingan Capaian Indeks Kepuasan Masyarakat

RS Pembading	Capaian 2023	Katagori	Keterangan
RSUD I Lagaligo, Luwu Timur	94,50	Sangat Baik	
RSUD Andi Djemma, Luwu Utara	80,79	Baik	
RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo, Makassar	81,18	Baik	
RSUP Dr. Kariadi, Semarang	95,00	Sangat Baik	

- 5) **Analisis penyebab keberhasilan/ kegagalan atau peningkatan/ penurunan kinerja serta alternatif solusi yang telah dilakukan**
 Capaian indeks kepuasan masyarakat ini diperoleh melalui penyebaran kuesioner dirumah sakit baik pada rawat inap maupun rawat jalan

termasuk Instalasi Gawat Darurat (IGD) dengan 550 responden. Melalui kerjasama yang baik dengan semua unsur baik staf profesional dokter , paramedic dan tim manajemen sehingga kepercayaan masyarakat kembali dengan lebih cepat dari rencana target yang ditetapkan. Selain itu dukungan dari Pemerintah Daerah yang sangat baik sangat membantu percepatan pencapaian kinerja sasaran ini.

Beberapa kegiatan yang telah dilakukan untuk meningkatkan kepuasan masyarakat, antara lain :

- Direktur melakukan pendekatan kepada dokter spesialis dan kepala ruangan, menyampaikan permasalahan rumah sakit dan meminta kerjasama mereka bersama tim manajemen menyelesaikan permasalahan yang ada sehubungan dengan pemberian pelayanan terhadap pasien tanpa mengurangi mutu pelayanan.
- Peningkatan pelayanan melalui penambahan jumlah ruang perawatan 1 kamar 1 pasien. Saat ini perawatan untuk 1 kamar 1 pasien ada 80 kamar.
- Penambahan layanan spesialis jantung (Poliklinik dan perawatan).
- Pengembangan SIM-RS terintegrasi sehingga kecepatan pelayanan semakin baik, ini ditandai dengan waktu tunggu pelayanan dirumah sakit pada rawat jalan \pm 30 menit. (Data SPM RSUD I Lagaligo, 2023).
- Pemenuhan kebutuhan pelayanan dengan melakukan MOU dokter spesialis, penyediaan bahan layanan dan MOU apotik.
- Mengikuti penilaian akreditasi rumah sakit oleh lembaga yang ditunjuk pemerintah (RSUD I Lagligo mendapat pengakuan akreditasi paripurna).
- Telah di susun clinical pathway yaitu sebuah proses multidispilin terkait perawatan pasien secara tepat waktu dengan sumber daya dan tatalaksana untuk meningkatkan mutu pelayanan dan mencegah variasi tatalaksana yang tidak perlu.
- Telah diterbitkan SK Case Manager oleh direktur meskipun belum

berfungsi optimal. Case manager atau Manajer Pelayanan Pasien (MPP) memiliki peran untuk memastikan bahwa pasien dirawat serta di transisikan ke tingkat asuhan yang tepat, dalam perencanaan asuhan yang efektif dan menerima pengobatan yang ditentukan serta didukung pelayanan dan perencanaan yang dibutuhkan selama maupun sesudah perawatan rumah sakit

Beberapa hambatan yang dihadapi dalam pencapaian Indeks Kepuasan Masyarakat antara lain :

- Sarana prasarana masih belum terpenuhi sesuai standar dan kegiatan pemeliharaan masih belum optimal karena membutuhkan biaya yang cukup besar, selain itu untuk pemeliharaan alat kesehatan/ kedokteran untuk penyedia jasa pemeliharaan sangat terbatas dan tenaga teknis yang juga terbatas menyebabkan respon perbaikan jika ada kerusakan agak lambat. Kondisi ini berdampak pada kepuasan pasien/ masyarakat .
- Masih kurangnya tenaga teknis peralatan kesehatan dan kurangnya peralatan kerja yang tersedia.
- Terbatasnya jumlah security menyebabkan beban kerja berlebih sehingga ada beberapa tugas yang dijalankan tidak maksimal, kondisi ini berdampak pada kenyamanan dan keamanan dilingkungan rumah sakit sehingga mempengaruhi mutu pelayanan rumah sakit.
- Kompetensi dan kemampuan petugas sangatlah penting dalam mencapai mutu pelayanan, karena anggaran yang terbatas sehingga pengembangan SDMK dirumah sakit tidak terpenuhi sesuai kebutuhan. Kondisi ini berdampak pada kepuasan pelanggan.
- Belum optimalnya fungsi pelayanan unit aduan rumah sakit, sehingga beberapa keluhan masyarakat tidak tersampaikan dan atau tidak ditindaklanjuti sesuai prosedur.
- Adanya system rujukan lanjut yang diterapkan BPJS, kadang menimbulkan complain pasien/ keluarga, seperti pasien yang dirujuk

dan diterima di IGD rumah sakit rujukan, jika dalam observasi kondisi membaik pasien akan dipulangkan (rawat jalan) dan jika dalam periode itu tiba-tiba pasien sakit lagi (kambuh) maka harus minta rujukan baru kerumah sakit yang merujuk. Situasi ini menimbulkan ketidak puasan pasien/ keluarga yang merupakan bukan kewenangan rumah sakit.

- Belum optimalnya SIM-RS sehingga butuh pengembangan dan seiring perkembangan teknologi dibidang kesehatan harus dilakukan penyesuaian mengikuti perkembangan.
- Telah disusun Rencana Kebutuhan Obat (RKO) rumah sakit setiap tahun, namun waktu penyusunan tidak bersamaan dengan penyusunan anggaran sehingga penyusunan anggaran pengadaan dan belanja yang dilaksanakan belum mengacu RKO.
- Kemampuan keuangan rumah sakit yang terbatas
- Belum optimalnya promosi kesehatan (marketing) rumah sak

Solusi yang dapat dilakukan adalah :

- Memenuhi kebutuhan alat kesehatan/ kedokteran sesuai kebutuhan layanan secara bertahap.
- Mengajukan usuan penambahan anggaran melalui APBD untuk membiayai kegiatan pelayanan yang kurang (minus).
- Mengusulkan penambahan tenaga termasuk tenaga security
- Menambahkan alokasi anggaran untuk pengembangan SDM
- Membuat inovasi dan pengembangan inovasi-inovasi pelayanan
- Melakukan evaluasi formularium rumah sakit secara berkala dan menyusun rencana kebutuhan obat (RKO) setiap tahun (waktu penyusunan menyesuaikan waktu penyusunan anggaran) dan untuk dipedomani dalam pengadaan yang dilaksanakan.
- Mengoptimalkan penggunaan Clinical Pathway (CP) dan menambah jumlah penyusunan CP berdasarkan Dokter Penanggung Jawab (DPJP) atau kasus terbanyak.

- Mengoptimalkan dan mengaktifkan peran Case Manager rumah sakit
- Tetap menerapkan dan mempertahankan akreditasi rumah sakit
- Melakukan perbaikan sistem pengadaan bahan pelayan melalui eprocurement untuk efisiensi belanja bahan dan dapat menjamin ketersediaan bahan pelayanan.
- Melakukan perencanaan stok minimum persediaan bahan pelayanan untuk menghindari kekosongan persediaan.
- Mengupayakan peningkatan pendapatan rumah sakit melalui : peningkatan promosi dan perluasan marketing, peningkatan performance SDM dan rumah sakit, memperbanyak kerjasama eksternal.
- Meningkatkan manajemen resiko di setiap unit kerja

6) Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya

Indikator ini didukung oleh 2 program dengan 3 kegiatan. Pagu anggaran yang digunakan adalah Rp. 111.823.366.446,- dan realisasi anggaran Rp.107.262.651.757,- ada efisiensi anggaran sebesar Rp. 4.560.714.689,- dengan tingkat efisiensi 4,1%.

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

Secara umum semua program mendukung keberhasilan pencapaian indikator kinerja utama yang dieujudkan dalam pernyataan kinerja. Untuk pencapaian sasaran strategis tidak hanya didukung oleh salah satu program saja namun ke-2 program yang telah ditetapkan bertujuan untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan kesehatan pasien. Adapun program/ kegiatan yang menunjang keberhasilan pencapaian kinerja meningkatnya mutu pelayanan adalah :

- a) Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat

- Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk IKm dan UKP Kewenangan Daerah Kab/ kota
 - Penyediaan Pelayanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Rujukan Tingkat Daerah/ Kab
- a) Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah Kabupaten/ Kota
- Peningkatan Pelayanan BLUD

Sasaran : Meningkatnya kualitas dan pencapaian kinerja penyelenggaraan urusan PD

1) Analisis Perbandingan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

Tabel 3.8
Capaian IKU Per Sasaran 2
RSUD I Lagaligo Kab. Luwu Timur

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Sat	Target 2023	Realisasi 2023	Capaian
2. Meningkatnya kualitas dan pencapaian kinerja penyelenggaraan urusan PD	Nilai Sakip Hasil Evaluasi Internal Inspektorat	Nilai	70,5	73,75	104,6

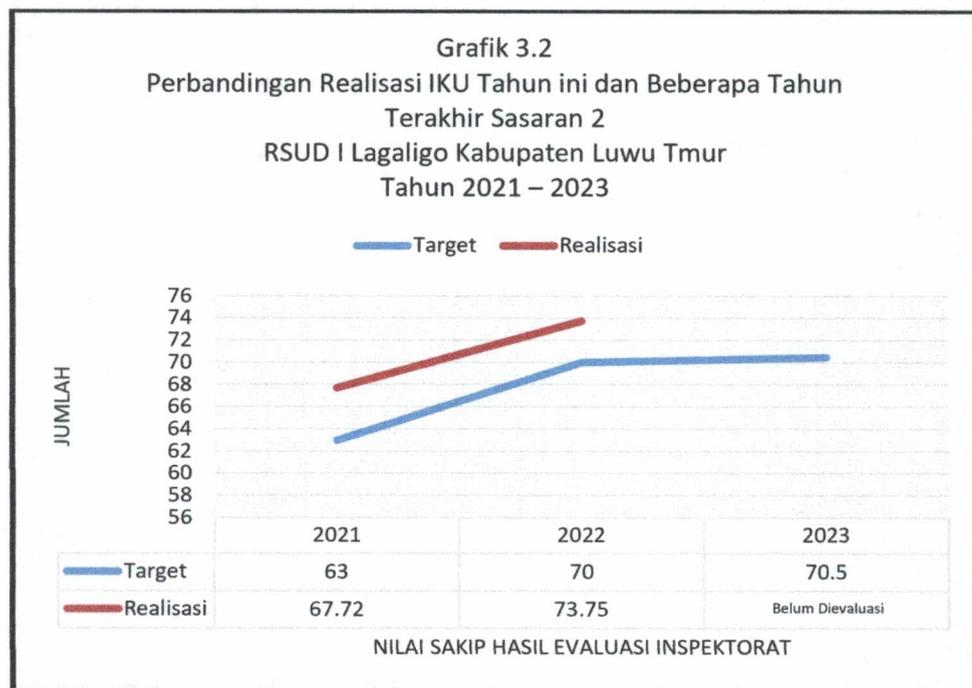
Dari table 3.7 diatas dapat dilihat bahwa indicator kinerja sasaran meningkatnya akuntabilitas kinerja RSUD I Lagaligo realisasi 73,75 yang menggambarkan telah capai target dengan tingkat capaian 104,6% atau kategori **Sangat Tinggi** ($91 \leq 100\%$)

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

Berikut gambaran capaian indicator nilai sakip hasil evaluasi internal inspektorat dalam beberapa tahun.

Tabel 3.9
Perbandingan Realisasi IKU Tahun ini dan Beberapa Tahun Terakhir Sasaran 2
RSUD I Lagaligo Kabupaten Luwu Timur
Tahun 2021 – 2023

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA	Sat	TARGET			REALISASI			TREND
			2021	2022	2023	2021	2022	2023	
2. Meningkatkan kualitas dan pencapaian kinerja penyelenggaraan urusan PD	Nilai Sakip Hasil Evaluasi Internal Inspektorat	Nilai	63	70	70,5	67,72	73,75	Belum di evaluasi	NAIK



Tahun 2023 adalah tahun kedua pelaksanaan Renstra RSUD I Lagaligo periode 2021-2026, perbandingan yang dilakukan dimulai data awal tahun 2021 dan tahun 2022 sebagai tahun pertama pelaksanaan renstra

rumah sakit.

Dari table 3.8 diatas dapat dilihat bahwa setiap tahunnya ada peningkatan capaian kinerja dengan tingkat capaian diatas 100% dengan katagori Sangat Tinggi ($91 \leq 100\%$), dengan gambaran trend menunjukkan peningkatan (Naik).

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

Tabel 3.10
Perbandingan Realisasi IKU Sasaran 2 dengan Target Akhir Renstra RSUD I Lagaligo Kab. Luwu Timur

Indikator	TARGET JANGKA MENENGAH	REALISASI S/D THN INI	TINGKAT CAPAIAN
2. Nilai Sakip Hasil Evaluasi Internal Inspektorat	72	73,75	102,4

Berdasarkan data pada table 3.9 diatas dapat dilihat bahwa IKU RSUD I Lagaligo pada Indikator Nilai Sakip Hasil Evaluasi Internal Inspektorat yang pada tahun 2023 memasuki tahun ke-2 renstra dan telah mencapai target akhir renstra, kondisi ini disebabkan adanya perbaikan yang dilakukan sehubungan dngan telah dilaksanakannya coaching clo=inik oleh Menpan-RB sehingga dalam menyusun dokumen akuntabilita kinerja OPD ada beberapa perbaikan, selain itu juga adanya beberapa rekomendasi oleh inspektorat sebagai tim evaluasi kabupaten untuk perbaikan Lakip.

- 4) **Membandingkan realisasi kinerja tahun ini dengan standar nasional**
Nilai Lakip hasil evaluasi internal inspektorat, jika dibandingkan capaian RSUD I Lagaligo dengan Rumah sakit kabupaten lain RSUD Andi Djemma Masamba maka nilai lakip RSUD I Lagaligo lebih baik 73,75

(BB)sedangkan RSUD Andi Djemma capaian nilai lakip 2022 68,85 (B).

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

Keberhasilan capaian indeks Nilai Sakip Hasil Evaluasi Internal Inspektorat ini karena dukungan dari Pemerintah Daerah yang sangat baik diantaranya memfasilitasi pelaksanaan pendampingan penyusunan kinerja OPD yang mengacu PermenPAN-RB nomor 89 Tahun 2021 dimana untuk penyusunan kinerja harus dengan pohon kinerja dimulai dengan penetapan sasaran dan selanjutnya mengidentifikasi factor penyebab dan kondisi yang diperlukan atau *Critical Succsess Factor* (CSF) dan dilaksankannya coaching klinik lakip OPD, kegiatan ini sangat membantu percepatan pencapaian kinerja sasaran ini.

Ada beberapa hal yang dilaksanakan rumah sakit untuk keberhasilan capaian indicator ini, yaitu :

- Melakukan sosialisasi penyusunan kinerja berdasarkan pohon kinerja kepada para structural
- Melakukan koordinasi dengan bidang-bidang terkait kinerja bagian/ bidang-bidang.
- Melakukan konsultasi ke bagian organisasi dan inspektorat terkait SAKIP OPD
- Melakukan perbaikan-perbaikan sesuai rekomendasi dari hasil evaluasi inspektorat
- Berkoordinasi dengan bagian keuangan perihal peraturan yang berlaku terkait penganggaran dan akutansi (belanja yang dibolehkan menggunakan APBD dengan kebutuhan pelayanan BLUD)
- Melakukan koordinasi dengan Bappelitbangda terkait kebutuhan rumah sakit yang butuh bantuan subsidi sehubungan dengan permasalahan keuangan rumah sakit.

Sedangkan hambatan yang dialami dalam pencapaian kinerja ini,

adalah :

- Masih ada keterlambatan penyampaian laporan kinerja pada bagian/ bidang yang di akibatkan kurangnya komitmen pada ketepatan waktu penyelesaian laporan/ penyusunan data.
- Masih kurangnya fasilitas peralatan perkantoran sebagai penunjang pelaksanaan pelayanan administrasi kantor.
- Masih kurangnya tenaga (SDM) yang tersedia
- Koordinasi yang belum optimal antara bagian/ bidang

Hal-hal yang bias dilakukan untuk meminimal masalah yang ada (Solusi) yang bias dilakukan, adalah :

- Meningkatkan komitmen bagian/ bidang dengan menyusun rencana kerja bagian/ bidang sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing bagian/ bidang.
- Menyediakan fasilitas peralatan perkantoran sesuai kebutuhan pelayanan administrasi kantor.
- Lebih meningkatkan koordinasi melalui rapat-rapat rutin/ berkala yang lebih efektif
- Melakukan penambahan tenaga dengan mengajukan usulan ke pemerintah daerah atau penambahan tenaga upah jasa sesuai kebutuhan.
- Melaksanakan tertib administrasi pada setiap kegiatan yang dilaksanakan.

6) Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya

Indikator nilai sikip hasil evaluasi internal inspektorat ini didukung oleh 1 program dengan 4 kegiatan. Pagu anggaran yang digunakan adaalah Rp. 37.338.292.645,- dan realisasi anggaran Rp.36.714.630.243,- ada efesiensi anggaran sebesar Rp. 623.662.402,- dengan tingkat efesiensi 1,7%.

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

Adapun program/ kegiatan yang menunjang keberhasilan pencapaian kinerja nilai saki hasil evaluasi internal ini adalah 1 program penunjang urusan pemerintah daerah kabupaten/ kota dengan 4 kegiatan, yaitu :

- Perencanaan, penganggaran dan evaluasi kinerja perangkat daerah
- Administrasi keuangan perangkat daerah
- Administrasi umum perangkat daerah
- Penyediaan jasa penunjang urusan pemerintah daerah

Selain pengukuran IKU tersebut diatas, masih ada beberapa **alat ukur kinerja rumah sakit yang lain pendukung indeks kepuasan masyarakat**, yaitu :

1. Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit

SPM rumah sakit ada 21 jenis, tahun 2023 capaian SPM rumah sakit adalah 83,4% dari target 90% atau tingkat capaian sebesar 92,7%, masih belum tercapai target. Jumlah keseluruhan indikator SPM adalah 169, dan yang capai target ada 141 indikator sedangkan yang tidak capai ada 28 indikator. Dari 28 indikator yang tidak capai target rumah sakit namun secara standar kementerian kesehatan (Permenkes No. 129/Menkes/SK/III/2008) ada 10 indikator yang telah memenuhi standar nasional (Capaian 21 SPM per indikator terlampir)

2. Kinerja Pelayanan Rumah Sakit

Sedangkan pengukuran pelayanan rumah sakit adalah untuk mengetahui tingkat pemanfaatan, mutu dan efisiensi pelayanan rumah sakit. Adapun indikator tersebut adalah (Depkes RI,2005, Kemenkes 2011) :

- BOR (Bed Occupancy Ratio) atau angka penggunaan tempat tidur dengan nilai parameter ideal antara 60-85%.
- AVLOS (Average Length Of Stay) atau rata-rata lama pasien dirawat dengan ideal rata-rata lama rawat seorang pasien 6-9 hari
- TOI (Turn Over Interval) atau Tenggang perputaran tempat tidur dengan standar ideal tempat tidur kosong tidak terisi kisan 1-3 hari

- BTO (Bed Turn Over) atau Angka perputaran tempat tidur dengan standar ideal per satu tempat tidur digunakan 40-50 kali
- NDR (Net Death Rate) adalah angka kematian 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar (hidup + mati) dengan standar tidak lebih dari 25 per 1000 penderita keluar.
- GDR (Gross Death Rate) adalah angka kematian umum untuk setiap 1000 penderita keluar (hidup+mati) dengan standar tidak lebih dari 45 per 1000 penderita keluar.

Berikut gambaran capaian indikator kinerja pelayanan rumah sakit :

Tabel 3.11
Capaian Indikator Pelayanan Rumah Sakit
Tahun 2023

NO	INDIKATOR PELAYANAN	TARGET	REALISASI	KET
1.	BOR	75%	72%	
2.	AVLOS	2,2 hari	2,3 hari	
3.	TOI	2,5 hari	1,3 hari	
4.	BTO	50 kali	76,4 kali	
5.	NDG	21‰	16‰	
6.	GDR	43‰	35‰	

3. Indikator Mutu Nasional yang dijalankan rumah sakit

Indikator mutu nasional yang dilaksanakan oleh rumah sakit ada 13 indikator, berikut capaian indikator mutu nasional rumah sakit tahun 2023 :

Tabel 3.12
Capaian Indikator Mutu Nasional (INM) tahun 2023
RSUD I Lagaligo Kab.Luwu Timur

NO	INDIKATOR	TARGET	CAPAIAN	KET
1.	Kepatuhan kebersihan tangan	≥ 85%	99%	
2.	Kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)	100%	100%	
3.	Kepatuhan identifikasi pasien	100%	100%	

4.	Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergency	≥ 80%	99%	
5.	Waktu tunggu rawat jalan	≥ 80%	81%	
6.	Penundaan operasi elektif	≤ 5%	0%	
7.	Kepatuhan waktu visite dokter	≥ 80%	93%	
8.	Pelaporan hasil kritis laboratorium	≥ 80%	100%	
9.	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	≥ 80%	100%	
10.	Kepatuhan terhadap alur klinis (Clinical Pathway)	≥ 80%	95%	
11.	Kepatuhan terhadap upaya pencegahan resiko pasien jatuh	100%	100%	
12.	Kecepatan waktu tanggap complain	≥ 80%	99%	
13.	Kepuasan pasien	≥76,61%	94,5%	

Selain itu, berdasarkan hasil evaluasi lakip 2022 oleh inspektorat ada beberapa rekomendasi yang disampaikan dan telah ditindak lanjuti oleh rumah sakit, yaitu:

1. Melakukan sosialisasi penyusunan rencana kerja pegawai menyesuaikan dengan perjanjian kinerja atasan masing-masing. Hasil yang dapat dilihat pada pengisian aplikasi e-kinerja tahun 2023 telah menyesuaikan dengan PK atasan masing-masing.
2. Dalam penyusunan laporan kinerja telah memuat capaian kinerja, factor yang mempengaruhi keberhasilan dan kegagalan kinerja serta upaya perbaikan yang dilakukan, selain itu digambarkan perbandingan capaian tahun sebelumnya dan dinarasikan.
3. Kedepan akan dilakukan evaluasi berjenjang kinerja pegawai secara rutin dan diberikan rekomendasi perbaikan untuk ditindaklanjuti.

B. Realisasi Anggaran

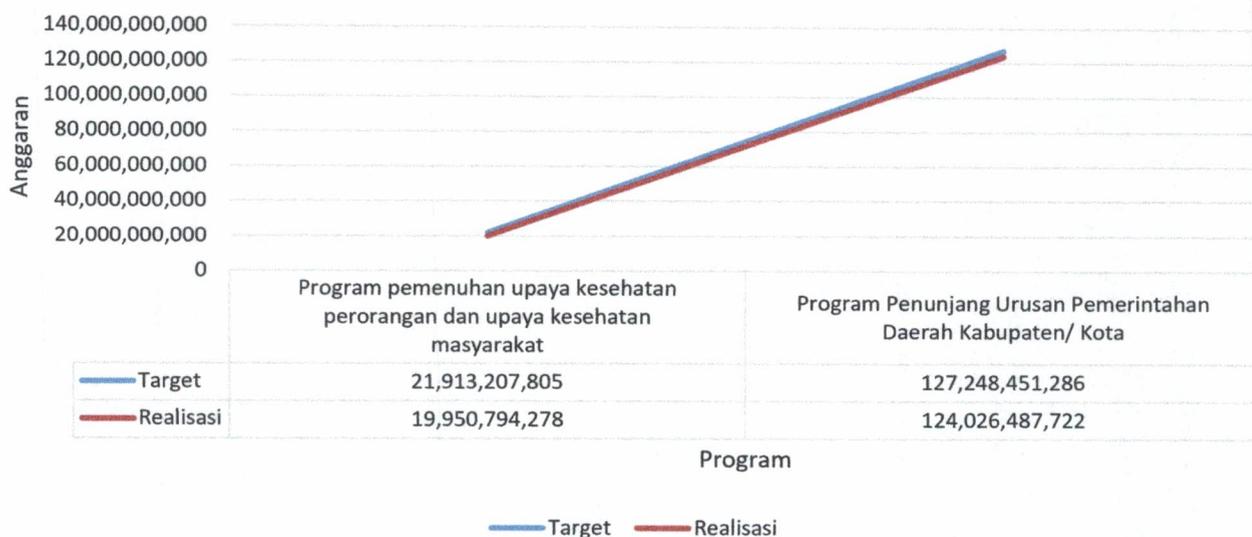
Pendapatan BLUD RSUD I Lagaligo pada tahun 2023 ditargetkan Rp. 93.000.000.000,- dengan realisasi pendapatan sebesar Rp. 81.797.981.424,- atau sebesar 98,6%. Pendapatan tidak capai target disebabkan klaim terbesar bersumber jaminan pelayanan BPJS dimana klaim pelayanan dibayarkan system paket berdasarkan diagnose pasien yang besaran tarif telah ditetapkan oleh BPJS. Anggaran Belanja tahun 2023 adalah Rp. 149.161.659.091,- dengan realisasi senilai Rp. 144.003.205.276,- atau sebesar 96,54%. Secara rinci dapat diuraikan realisasi program dan kegiatan RSUD I Lagaligo tahun 2023 sebagai berikut :

Tabel 3.13
Realisasi Program dan Kegiatan T.A 2023
RSUD I Lagaligo Kab. Luwu Timur

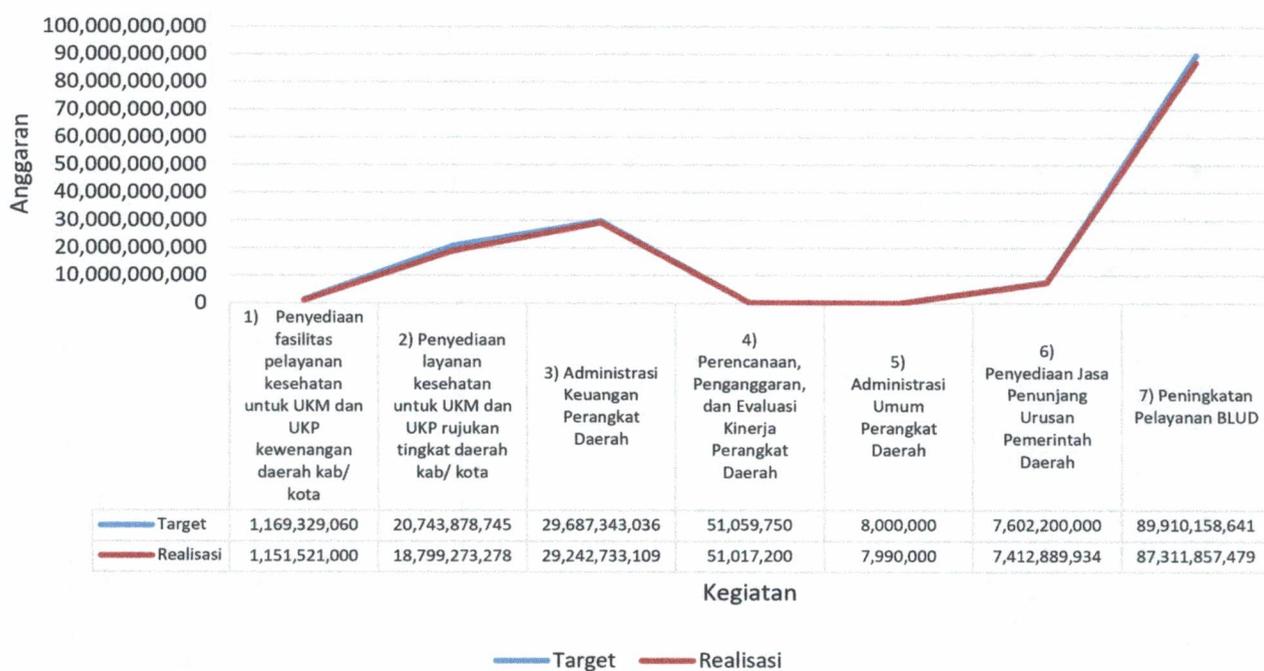
No	Program	Target/ Anggaran	Realisasi	%	+/-
I	PENDAPATAN BLUD	83.000.000.000	81.797.981.424	98,53	(1.202.018.576,-)
II	BELANJA	149.161.659.091	144.003.205.276	96,54	2.115.832.925,-
1	Program pemenuhan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat :	21.913.207.805	19.950.794.278	91,04	1.962.413.527
	1) Penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan untuk UKM dan UKP kewenangan daerah kab/ kota	1.169.329.060	1.151.521.000	98,48	17.808.060,-
	- Pengadaan Prasarana dan Pendukung Fasilitas Pelayanan Kesehatan				
	2) Penyediaan layanan kesehatan untuk UKM dan UKP rujukan tingkat daerah kab/ kota	20.743.878.745	18.799.273.278	90,643	1.944.605.467,-
	- Operasional Pelayanan Rumah Sakit				
2	Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/ Kota :	127.248.451.286	124.026.487.722	97,47	3.221.963.564,-
	1) Administrasi Keuangan Perangkat Daerah	29.687.343.036	29.242.733.109	98,54	444.609.927,-
	- Penyediaan Gaji dan Tunjangan ASN	29.659.167.895	29.225.081.809	98,54	434.086.086,-

-	Koordinasi dan Penyusunan Laporan Keuangan Bulanan/Triwulanan/Semesteran SKPD	17.870.000	17.651.300	97,7	218.300,-
2)	Perencanaan, Penganggaran, dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah	51.059.750	51.017.200	99,92	42.550,-
-	Penyusunan Dokumen Perencanaan Perangkat Daerah	38.826.250	38.803.700	99,94	22.550,-
-	Koordinasi dan Penyusunan Laporan Capaian Kinerja dan Ikhtisar Realisasi Kinerja SKPD	12.233.500	12.213.500	99,84	20.000,-
3)	Administrasi Umum Perangkat Daerah	8.000.000	7.990.000	99,88	10.000,-
-	Penatausahaan Arsip Dinamis pada SKPD				
4)	Penyediaan Jasa Penunjang Urusan Pemerintah Daerah	7.602.200.000	7.412.889.934	97,51	198.060.066,-
-	Penyediaan Jasa Pelayanan Umum Kantor				
5)	Peningkatan Pelayanan BLUD	89.910.158.641	87.311.857.479	97,11	2.598.301.162,-
-	Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD				

Grafik 3.3
Realisasi Program T.A 2023
RSUD I Lagaligo Kab. Luwu Timur



Grafik 3.4
Realisasi Kegiatan T.A 2023
RSUD I Lagaligo Kab. Luwu Timur



BAB IV

PENUTUP

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 2023, namun juga melihat trend pencapaiannya dari tahun ke tahun, dan kontribusinya untuk pencapaian target akhir RENSTRA. Secara keseluruhan hasil evaluasi kinerja RSUD I Lagaligo Tahun 2023 telah memenuhi target bahkan telah mencapai target akhir renstra . dengan katagori tingkat capaian kinerja keseluruhan RSUD I Lagaligo adalah **Sangat Tinggi** ($91 < 100$).

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) 2023, 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. Strategi yang dapat dilakukan antara lain meningkatkan upaya promosi kesehatan, kerjasama eksternal, Penguatan teknis pengumpulan data, peningkatan koordinasi antar bagian, pengelolaan data kinerja, kemudahan (fleksibilitas) pengelolaan keuangan sehingga diharapkan dapat meningkatkan efektivitas dan efisiensi sistem manajemen rumah sakit. Selain itu memasuki era Indonesia emas, 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, 11 Maret 2024

Direktur RSUD I Lagaligo,



dr. BENNY, M. Kes

Pangkat : Pembina Utama Muda

NIP. 196806082001121003

LAMPIRAN

PENCAPAIAN
STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM)
PERIODE TAHUN 2023



RSUD I LAGALIGO

**PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM) RUMAH SAKIT
TAHUN 2023**

1. Pelayanan Gawat Darurat

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian s/d TW IV	Capaian Tahun 2023	
				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%	100%	75,0%
2	Pemberipelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS	100%	95%	98,36%	98,36%	98,36%	98,36%	98,36%	98,36%	98,36%	98,36%	98,36%	98,36%	83,58%	83,58%	83,58%	94,66%	
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	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	24 Jam	
5	Waktu tanggap pelayanan dokter digawat darurat	≤ 5 menit	≤ 1menit	23 detik	23,5 detik	23,3 detik	22,6 detik	22,9 detik	23 detik	22,8 detik	22,9 detik	23,5 detik	23,7 detik	23,6 detik	23,9 detik	23,22 detik	23,22 detik	
6	Tidak adanya keharusan membayar Uang muka	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
7	Kematian pasien di IGD (≤ 8 jam)	≤ 2/1000	≤ 2/1000	2‰	2‰	2‰	2‰	2‰	2‰	2‰	7,86‰	4,71‰	2,87‰	3,40‰	6,76‰	8,50‰	5,05‰	
8	Kepuasan pelanggan pada gawat darurat	≥ 70%	≥ 80%	88,01%	85,64%	88,01%	86,83%	89,64%	85,35%	86,53%	87,86%	82,69%	91,71%	90,97%	86,09%	87,44%	87,44%	

2. Pelayanan Rawat Jalan

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian s/d TW IV	Capaian Tahun 2023
				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 jenis & klasifikasi RS	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	
2	Dokter Pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis	100 % Dokter spesialis	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3	Jam buka pelayanan dengan ketentuan	(08.00-13.00) setiap hari kerja kecuali jumat (08.00-11.00)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4	Waktu tunggu dirawat jalan	≤ 60 Menit	15 Menit	18,5 Menit	18 Menit	17,6 Menit	14 Menit	12 Menit	12 Menit	45 menit	39 menit	31 menit	34 menit	19 menit	29 menit	31,79 Menit	
5	Penegakan diagnosa TB dengan menggunakan melalui pemeriksaan mikroskopik	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	90,0%
6	Pasien rawat jalan TB yang ditangani dengan Strategi DOTS	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
7	Ketersediaan pelayanan VCT (HIV)	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	
8	Peresepan obat sesuai Formalarium	100 %	100 %	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%	100%	100%
10	Kepuasan Pasien	≥ 90 %	95 %	95%	95%	95%	95%	95%	95%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

3. Pelayanan Rawat Inap

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian s/d TW IV	Capaian Tahun 2023
				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	Sesuai	
2	Pemberi pelayanan rawat inap	Sesuai pola ketenagaan, jenis dan	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	
3	Tempat tidur dengan pengaman	100 %	100%	98%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4	Kamar mandi dengan Pengaman pegangan tangan	100 %	100%	94%	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%	100%	100%
6	Jam Visite Dokter Spesialis	100%	100%	88%	88%	81%	83%	84,5%	76%	83%	84%	79%	78%	88%	86%	83,20%	
7	Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %	0,01%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
8	Kejadian infeksi Nosokomial	≤ 9 %	0,01%	0,04%	0,03%	0,02%	0,04%	0,02%	0,03%	0,68%	0,83%	0,67%	0,60%	0,89%	0,86%	0,66%	71,4%
9	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%	100%	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%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	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%	100%	100%
12	Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh	≤ 5%	1%	0,86%	0,70%	0,23%	0,47%	0,52%	0,47%	0,45%	0,52%	0,30%	0,52%	0,24%	0,70%	0,49%	
13	Kematian pasien ≥ 48 jam	≤ 0,24 %	20%	1,17%	0,53%	0,95%	0,56%	0,45%	0,47%	0,98%	0,52%	0,29%	0,75%	0,97%	0,10%	0,64%	
14	Kepuasan Pasien	≥ 90%	92%	92%	92 %	92,15%	92,15%	92,15%	92,20%	90,47%	91,05%	91,02%	90,73%	91,02%	91,36%	90,41%	

4. Bedah Sentral

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian s/d TW IV	Capaian Tahun 2023
				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%	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%	100%
3	Kemampuan melakukan tindakan operasi	Sesuai dengan kelas RS	90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
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	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%	100%	100%
6	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
7	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100%	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%	100%	100%
9	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan Endotracheal Tube	≤ 6%	0%	0%	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%	0%	0%
11	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	82%	83,42%	82,24%	83,28%	82,54%	84,16%	82,98%	83,13%	83,28%	83,87%	84,16%	83,72%	83,28%	83,33%	100,0%

5. Persalinan dan Perinatologi

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian sd TW IV	Capaian Tahun 2023
				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%	100%	100%
2.	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK terlatih	2 tim	5 Tim	5 Tim	5 Tim	5 Tim	5 Tim	5 Tim	5 Tim	5 Tim	5 Tim	5 Tim	5 Tim	5 Tim	5 Tim	5 Tim
3.	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan Operasi	Dokter SpOG, Dokter SPA, Dokter Sp.An	Tersedia	Tersedia	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%	100%	100%
5.	Kemampuan menangani bayi lahir dengan asfiksia	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
6.	Pertolongan persalinan melalui <i>sectio caesaria</i>	≤ 20 %	20%	51,44%	30,44%	27,10%	17,37%	24,89%	20,18%	24,63%	25,75%	22,05%	24,56%	18,53%	19,77%	27,06%	91,7%
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%	100%	
8.	Pelayanan Konseling pada akseptor Kontrasepsi Mantap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
9.	Kejadian Kematian ibu karena Persalinan																
	a. Perdarahan	≤ 1%	0,3%	0,33%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0,05%	
	b. Pre-Eklampsia	≤ 30%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
	c. Sepsis	≤ 0,2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
10.	Kepuasan pelanggan	> 80%	85%	84,46%	85,79%	87,49%	85,2%	85,49%	85,49%	86,83%	85,35%	85,5%	86,09%	86,09%	85,12%	85,74%	

6.Pelayanan Intensif

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian s/d TW IV	Capaian Tahun 2023
				JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES		
1.	Pemberi pelayanan intensif	Sesuai dengan Ketentuan Kelas RS	100%	90%	90%	90%	85%	85%	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%	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%	100%	100%
4.	Kepatuhan terhadap hand hygiene	100 %	100%	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%	0,02%	0,03%	0,03%	0,03%	0,03%	5,63%	7,60%	1,78%	2,61%	4,32%	2,46%	4,05%	
6.	Rata-rata pasien yang kembali dengan kasus yang sama < 72 Jam	≤ 3 %	0,06%	4,76%	0%	4,76%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
7.	Kepuasan pelanggan	≥ 70 %	77%	83,43%	84,16%	83,72%	82,98%	82,39%	82,83%	83,28%	83,72%	83,87%	83,43%	83,72%	84,02%	83,46%	

85,7%

7. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian sd TW IV	Capaian Tahun 2023
				JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES		
1.	Adanya Anggota PPI yang Terlatih	75%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	75,86%	75,86%	75,86%	75,86%	75,86%	100%	77,87%
2.	Ketersediaan APD disetiap instalasi/ departemen	≥ 60%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	88,9%	88,9%	100%	100%	100%	100%	100%
3.	Rencana Program PPI	Ada	Ada	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%	100%	100%
5.	Penggunaan APD saat melaksanakan tugas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	96,93%	98,79%	98,76%	99,36%	98,93%	99,31%	95,67%
6.	Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nasokomial/HA (Health Care Associated Infection) di RS	≥75%	100%	62,5%	81,8%	72,7%	81,8%	81,8%	90,9%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

66,7%

8. Pelayanan Farmasi

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian s/d TW IV	Capaian Tahun 2023
				JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES		
1.	Pemberi pelayanan Farmasi																75,0%
	a. Apoteker	Sesuai dengan ketentuan kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	b. Teknik kefarmasian		100%	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%	100%	
3.	Ketersediaan formularium	Tersedia dan update paling lama 3 Thn.	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	
4.	Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 menit	15 Menit	15,5 Menit	14,75 Menit	14 Menit	14 Menit	13,20 Menit	13 Menit	21,98 Menit	16,95 Menit	18,64 Menit	14,67 Menit	16,03 Menit	18,34 Menit	19,3 Menit	
5.	Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit	35 Menit	35,15 Menit	35,10 Menit	35 Menit	34,5 Menit	33,75 Menit	33,20 Menit	47,44 Menit	36,98 Menit	25,94 Menit	20,79 Menit	27,47 Menit	28,75 Menit	37,46 Menit	
6.	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
7.	Kepuasan pelanggan	≥80%	85%	84,5%	84,8%	85%	85%	85,5%	85,5%	85,64%	86,09%	87,12%	88,01%	86,09%	87,12%	85,72%	

9. Gizi

No	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian sd TW IV	Capaian Tahun 2023
				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%	83,3
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 makanan kepada pasien	≥ 90%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	94%	92%	94%	96%	100%	94%	95,5%	
4.	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100 %	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	
5.	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤20 %	10%	10%	10%	8%	10%	6%	10%	12%	10%	8%	10%	6%	4%	8,6%	
6.	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	85%	86,3%	86,6%	87%	87,3%	87,3%	87,6%	88%	88,4%	88,4%	88,5%	88,8%	88,9%	87,7%	

10. Rehabilitasi Medik

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian s/d TW IV	Capaian Tahun 2023
				JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES		
1.	Pemberi Pelayanan Rehabilitasi medik	Sesuai dengan ketentuan kelas RS (Dokter Spesialis)	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	100,0%
2.	Ketersediaan Fasilitas dan peralatan rehabilitasi medk	Sesuai dengan ketentuan kelas RS Aplikasi Aspak	Sesuai	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%	100%	
4.	Kejadian Drop Out Pasien terhadap Pelayanan Rehabilitasi yang direncanakan	≤ 50%	0%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
5.	Kepuasan pelanggan	≥80%	85%	90,08%	86,68%	90,08%	81,35%	86,83%	86,24%	86%	79%	87%	88.60%	84.90%	84.16%	86%	

11. Pengolahan Limbah

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian sd TW IV	Capaian Tahun 2023
				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	Ada
2.	Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pengelolaan pengelolaan limbah rumah sakit	Sesuai peraturan perundangan	Sesuai	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%	100%
4.	Pengelolaan limbah padat	100%	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	1a. BOD < 20,6 mg/l 1b. COD <32 mg/l 1c. TSS<7 mg/l 1d. PH 7,2	-	-	-	-	-	-	1a. BOD < 12,51 mg/l 1b. OD<30,84 mg/l 1c. TSS< 1,77 mg/l 1d. PH 7,89	-	-	-	-	-	-	1a. BOD < 12,51 mg/l 1b. COD<30,84 mg/l 1c. TSS< 1,77 mg/l 1d. PH 7,89

100,0%

12. Pemulasaraan Jenazah

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian sd TW IV	Capaian Tahun 2023	
				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	24 Jam	57,1%
2.	Ketersediaan fasilitas kamar jenazah	Sesuai kelas RS	75%	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%	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	Ada	Ada	
4.	Waktu tanggap (respon time) pelayanan pemulasaran jenazah	≤ 15 Menit	15 Menit	15 Menit	15 Menit	15 Menit	15 Menit	14,5 Menit	14 Menit	10 Menit	15 Menit	12 Menit	15 Menit	15 Menit	10 Menit	32 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%	100%	
6.	Tidak terjadinya kesalahan identifikasi jenazah	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
7.	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	80,5%	80,2%	80,15%	81,20%	82,60%	82,64%	80,75%		

13. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian sd TW IV	Capaian Tahun 2023
				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	Ada	Ada
2.	Ketersediaan bengkel kerja	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
3.	Waktu tanggap kerusakan alat ≤ 15 menit	≥ 80 %	80%	90%	88%	73%	83%	90%	95%	98%	100%	100%	100%	98%	94%	97%	83,3%
4.	Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai jadwal pemeliharaan	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	98%	100%	100%	100%	98%	94%	97%	
5.	Ketepatan waktu kalibrasi alat	100%	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
6.	Alat ukur dan alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu	100 %	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

14. Pelayanan Laundry

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian sd TW IV	Capaian Tahun 2023
				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	Tersedia	100,0%
2.	Adanya penanggung jawab pelayanan laundry	Ada SK Direktur	Ada	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	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 %	100 %	
5.	Ketepatan pengelolaan linen infeksius	100 %	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 %	100 %	
7.	Ketersediaan linen steril untuk kamar operasi	100 %	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	

15. Pelayanan Radiologi

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian sd TW VI	Capaian Tahun 2023
				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%	100%
2.	Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiografi	Sesuai dengan kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	62,50%	68,75%	68,75%	62,50%	62,50%	62,50%	51,98%	
3.	Waktu Tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam	60 Menit	34,44 Menit	35 Menit	35,24 Menit	35,08 Menit	33,54 Menit	35,32 Menit	35,56 Menit	35,22 Menit	34,82 Menit	35,48 Menit	34,26 Menit	35,58 Menit	34,96 Menit	
4.	Kerusakan foto	≤ 2 %	0,1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
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%	80%	79,58%	79,73%	84,90%	84,90%	84,90%	84,90%	79,28%	82,98%	82,83%	86,24%	75,59%	77,66%	80,95%	
85,7%																	

16. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian sd TW IV	Capaian Tahun 202
				JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES		
1.	Pemberi Pelayanan Patologi Klinik	Dokter Spesialis Patologi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2.	Ketersediaan Fasilitas dan peralatan Laboratorium Patologi Klinik	100 % (Aplikasi Aspak)	100%	73,91%	73,91%	73,91%	73,91%	73,91%	73,91%	74%	74%	74%	74%	74%	74%	74%	74%
3.	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 120 Menit	60 menit	51,55 Menit	52,36 Menit	57,86 Menit	55,23 Menit	56,2 Menit	56,65 Menit	57,31 Menit	55,25 Menit	56,31 Menit	54,22 Menit	53,26 Menit	56,45 Menit	55,22 Menit	
4.	Tidak adanya kejadian tertukar spesimen pemeriksaan Laboratorium	100%	100%	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	Tersedia	Tersedia
6.	Kemampuan memeriksa microscopi TB paru	Tersedia	Tersedia	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%	100%	100%
8.	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
9.	Kesuaian hasil pemeriksaan baku mutu eksternal	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
10	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	85%	86,09%	86,83%	86,24%	86,83%	85,53%	87,12%	86%	87%	87%	86.52%	87.31%	85.64%	86,52%	

90,0%

17. Transfusi Darah

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian sd TW IV	Capaian Tahun 2023
				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%	95%	95%	90%	100%	100%	100%	100%
2.	Ketersediaan fasilitas dan peralatan Bank Darah	Sesuai dengan ketentuan Pedoman Bank Darah RS (Aplikasi Aspak)	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
3.	Kejadian reaksi transfusi	≤ 0,01 %	0,05%	5,35%	0,63%	0,31%	3,12%	2,16%	2,77%	0,64%	0,68%	1,97%	1,21%	0.19%	1.55%	2%	
4.	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
5.	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	86%	85.64%	85.50%	85.64%	85 %	

80,0%

18. Rekam Medik

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian sd TW IV	Capaian Tahun 2023	
				JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES			
1.	Pemberi Pelayanan rekam medik	Sesuai persyaratan (SIM RS Online Permenkes 24 Tahun)	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	33,3%
2.	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayan rawat jalan	≤ 10 Menit	3 Menit	3 Menit	2,47 Menit	3 Menit	3 Menit	3 Menit	3 Menit	8,45 menit	5,21 menit	4,59 menit	3,07 Menit	3,13 Menit	5,5 Menit	4,86 Menit		
3.	Waktu penyediaan dokumen rekam medic pelayan rawat inap	≤ 15 Menit	8 Menit	8 Menit	7,68 Menit	8 Menit	8 Menit	8 Menit	8 Menit	12,87 menit	11,65 menit	11,45 menit	10,8 Menit	10,4 Menit	12,51 Menit	11,39 Menit		
4.	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	100%	100%	100%	100%	20%	12%	20%	4%	40 %	44%	34%	14%	50%	45%		
5.	Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100 %	100%	100%	100%	100%	90%	68%	62%	62%	76%	68%	100%	72%	80%	82%		
6.	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	81,5%	82,16%	84,52%	84,97%	81,42%	78,76%	85,70%	79%	81%	85%	80,68%	82,01 %	86%	83%		

19. Administrasi dan Manajemen

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian s/d TW IV	Capaian Tahun 2023
				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 %	100,0%
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 perencana strategi bisnis rumah sakit	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%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100 %	
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 keuangan	≥ 90 %	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	30 menit	30 menit	30 menit	30 menit	30 menit	30 menit	30 menit	30 Menit	30 menit	30 menit	30 Menit	30 menit	30 menit	30 menit	
13.	Cost Recovery	≥ 60 %	≥ 60%	54%	66%	23%	95%	109%	100%	96%	163%	14%	80%	267%	67%	94%	
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 %	60%	44,3%	44,3%	53,0%	53,9%	54,7%	57,1%	67,5%	71,8%	78,8%	79,8%	80,3%	84,5%	84,5%	
16.	Ketepatan waktu pemberian insentif sesuai kesepakatan waktu	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100 %	

20. Ambulans

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian sd TW IV	Capaian Tahun 2023	
				JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES			
1.	Tersedianya pelayanan ambulance dan mobil	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	24Jam	85,7
2.	Penyedia pelayanan ambulance dan mobil jenazah	Supir ambulance terlatih	Tersedia	Tersedia	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	Tersedia	Tersedia	
4.	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/mobil jenazah di rumah sakit	≤ 30 Menit	25 Menit	20 Menit	30 Menit	27 Menit	25 Menit	25 Menit	25 Menit	20 Menit	27 Menit	25 Menit	24,91 Menit					
5.	Waktu tanggap pelayanan ambulance kepada masyarakat yang membutuhkan	≤ 30 Menit	15 Menit	29 Menit	20 Menit	25 Menit	25 Menit	26 Menit	26 Menit	25 Menit	28 Menit	28 Menit	25 Menit	26 Menit	26 Menit	26 Menit	25,75 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 %	100 %	100%	
7.	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	85%	80 %	80 %	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	85%	

21. Pelayanan Keamanan

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian sd TW IV	Capaian Tahun 2023
				JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES		
1.	Petugas keamanan bersertifikat	100%	97%	91,66%	91,66%	91,66%	91,66%	91,66%	91,66%	91,66%	91,66%	91,66%	91,66%	91,66%	91,66%	91,66%	66,7%
2.	Sistem pengamanan	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	
3.	Petugas keamanan melakukan keliling	Setiap Jam	75%	75%	75%	75%	80%	80%	80%	75%	80%	75%	80%	75%	80%	83,75%	
4.	Evaluasi terhadap system pengamanan	Setiap 3 bulan	Setiap 3 bulan	Triwulan	Triwulan	Triwulan	Triwulan	Triwulan	Triwulan	Triwulan	Triwulan	Triwulan	Triwulan	Triwulan	Triwulan	Triwulan	
5.	Tidak adanya barang milik pasien pengunjung	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
6.	Kepuasan Pelanggan	≥ 90 %	90%	90%	80%	89%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	89,08 %	

Mengetahui

Direktur RSUD I Lagaligo

Dr. Benny, M.Kes

Nip. 19680608 200112 1 003

Wotu, Desember 2023

Pengelola SPM



Umi Kulsum, S.ST., M.Kes

Nip. 19740103 199302 2 005

RSUD I LAGALIGO DALAM GAMBAR



RSUD I Lagaligo



Administrasi dan Manajemen



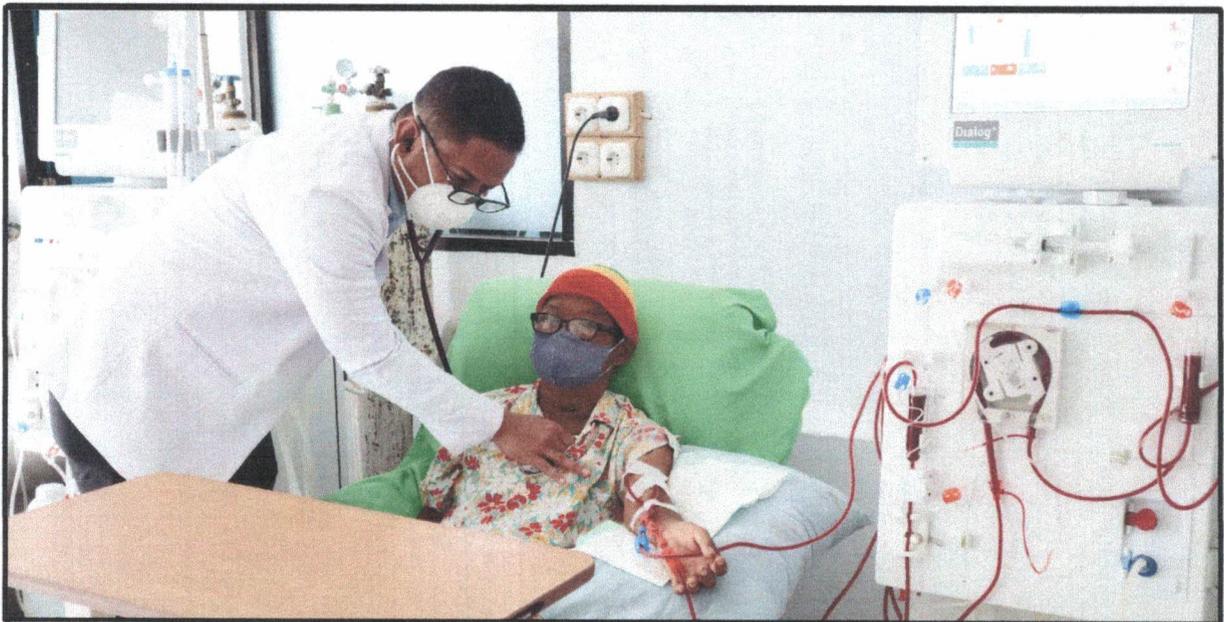
Administrasi dan Manajemen



Instalasi Rawat Inap



Instalasi Rawat Jalan



Hemodialisa



Kebidanan & Perinatologi



Rekam Medik



Penunjang Medik



Penunjang Non Medik



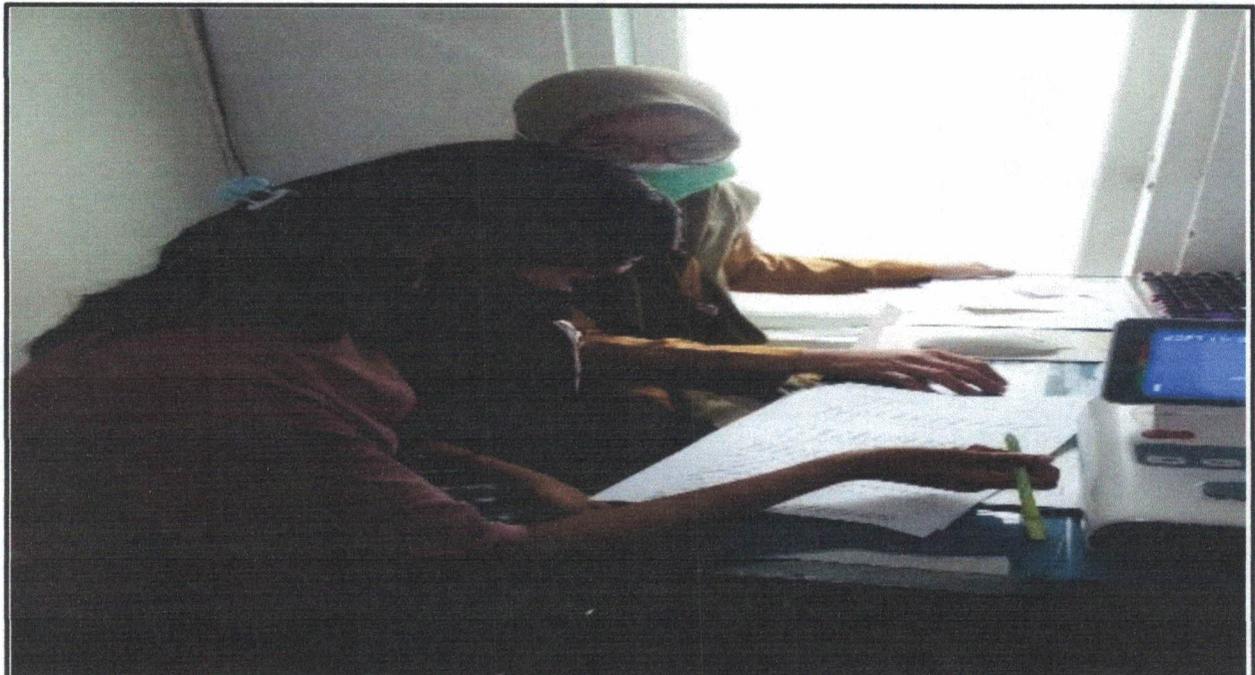
Kegiatan Penyuluhan



Kegiatan Penyuluhan



Survei Kepuasan Masyarakat



Survei Kepuasan Masyarakat