

# LAPORAN KINERJA (LKJ)

RUMAH SAKIT ARIFIN UMUM NU'MANG



TAHUN **2018**

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kita panjatkan kehadirat Allah Subhanahu Wata'ala atas semua limpahan Rahmat dan Karunia-Nya, sehingga penyusunan Laporan Kinerja (LKj) Rumah Sakit Umum Arifin Nu'mang Tahun 2018 dapat diselesaikan, sebagai bentuk akuntabilitas penyelenggaraan pemerintahan selama Tahun 2018.

Laporan Kinerja (LKj) Rumah Sakit Umum Arifin Nu'mang Tahun 2018 merupakan capaian akuntabilitas kinerja pada tahun kelima dalam masa RENSTRA Tahun 2014-2018. LKj Tahun 2018 disusun berdasarkan Rencana Kerja (RENJA) Tahun 2018 yang dijabarkan dari Rencana Strategis (RENSTRA Tahun 2014-2018).

LKj Rumah Sakit Umum Arifin Nu'mang disusun berdasarkan pada Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah dan berpedoman pada Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2015. Penyusunan LKj Rumah Sakit Arifin Nu'mang Tahun 2018 merupakan bentuk komitmen terhadap aspek transparansi dan akuntabilitas serta pertanggungjawaban atas kinerja Rumah Sakit Umum Arifin Nu'mang. Komitmen dalam penyusunan LKj Rumah Sakit Umum Arifin Nu'mang, bertujuan memberikan informasi kinerja yang terukur, sekaligus sebagai upaya perbaikan berkesinambungan bagi Rumah Sakit Umum Arifin Nu'mang untuk senantiasa meningkatkan kinerjanya.

Cakupan LKj Rumah Sakit Umum Arifin Nu'mang Tahun 2018 terdiri atas : Pendahuluan, Perencanaan & Perjanjian Kinerja, Akuntabilitas Kinerja dan inovasi dalam skema reformasi birokrasi. Pendahuluan memiliki muatan uraian singkat organisasi, seperti : latar belakang, maksud, isu strategis, dan struktur serta keragaman sumberdaya manusia di Rumah Sakit Arifin Nu'mang. Adapun aspek Perencanaan dan Perjanjian Kinerja menggambarkan visi, misi, tujuan, sasaran, Standar Pelayanan Minimal (SPM) dan PK. Sedangkan aspek akuntabilitas kinerja, memberikan gambaran capaian, analisa, dan evaluasi terhadap indikator kinerja utama Rumah Sakit Umum Arifin Nu'mang pada tahun 2018, termasuk atas analisa efisiensi penggunaan sumberdaya.

Secara keseluruhan penyelenggaraan tugas-tugas Rumah Sakit Umum Arifin Nu'mang Tahun 2018 telah banyak membuahkan hasil yang positif. Dari 117 indikator dalam Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, terdapat 101 indikator yang telah memenuhi target yang ditetapkan. Namun disadari, masih terdapat beberapa indikator kinerja yang belum tercapai. Analisa dan evaluasi atas capaian kinerja secara komprehensif digunakan sebagai pijakan untuk melakukan perbaikan pelayanan dan mendukung tercapainya good governance pada masa mendatang. Berkenaan dengan itu, LKj Rumah Sakit Umum Arifin Nu'mang Tahun 2018 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.

Rappang,                      Februari 2019  
Direktur Rumah Sakit Umum Arifin Nu'mang

dr.H.Budi Santoso M.Si.

## **IKHTISAR EKSEKUTIF**

Pelaporan kinerja Rumah Sakit Umum Arifin Nu'mang melalui penyusunan Laporan Kinerja (LKj) ini menjadi salah satu upaya yang dilakukan Rumah Sakit Umum Arifin Nu'mang untuk mendorong tata kelola pemerintahan yang baik. Proses penilaian yang terukur ini menjadi bagian dari skema pembelajaran bagi organisasi Rumah Sakit Umum Arifin Nu'mang untuk terus meningkatkan kapasitas kelembagaan sehingga kinerjanya bisa terus ditingkatkan. LKj Rumah Sakit Umum Arifin Nu'mang Tahun 2018 ini 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 mendasarkan pada Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2015 di mana pelaporan capaian kinerja organisasi disusun secara transparan dan akuntabel merupakan bentuk pertanggungjawaban atas kinerja Rumah Sakit Umum Arifin Nu'mang.

Analisa dan bukti-bukti pendukung pencapaian kinerja menjadi bagian dalam penyusunan LKj ini, untuk menjawab pertanyaan sejauh mana sasaran pembangunan yang ditunjukkan dengan keberhasilan pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang telah dicanangkan pada tahun 2018 telah berhasil dicapai.

Indikator SPM yang kinerjanya mencapai 100% atau lebih besar dari target yang ditetapkan untuk tahun 2018 sebanyak 101 indikator. Sedangkan sebanyak 16 indikator kinerja sasaran yang lainnya realisasinya dibawah 100%.

Evaluasi atas data-data pendukung dan permasalahan atas setiap sasaran menunjukkan beberapa tantangan yang perlu menjadi perhatian bagi Rumah Sakit Umum Arifin Nu'mang ke depan. Pertama, walaupun beberapa Indikator SPM telah mencapai target yang sangat baik, masih terdapat beberapa persoalan yang belum sepenuhnya bisa dipenuhi dengan baik. Tantangan ini terlihat nampak dalam kondisi terkait dengan ketersediaan sarana dan prasarana serta sumber daya manusia profesional yang memadai.

Hasil evaluasi capaian kinerja ini juga penting dipergunakan sebagai pijakan bagi Rumah Sakit Umum Arifin Nu'mang Kabupaten Sidenreng Rappang dalam perbaikan pelayanan publik di tahun yang akan datang.

## DAFTAR ISI

|                                                                                         |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| KATA PENGANTAR .....                                                                    | i   |
| IKHTISAR EKSEKUIF .....                                                                 | ii  |
| DAFTAR ISI .....                                                                        | iii |
| DAFTAR TABEL .....                                                                      | iii |
| DAFTAR GAMBAR .....                                                                     | iv  |
| BAB I PENDAHULUAN .....                                                                 | 1   |
| Latar Belakang .....                                                                    | 1   |
| Maksud dan Tujuan .....                                                                 | 1   |
| Gambaran Umum Organisasi .....                                                          | 2   |
| Struktur Organisasi .....                                                               | 3   |
| Isu Strategis .....                                                                     | 6   |
| Komposisi SDM Organisasi .....                                                          | 8   |
| Inovasi Dalam Reformasi Sistem AKIP dan Pengelolaan Kinerja .....                       | 11  |
| BAB II PERENCANAAN KINERJA .....                                                        | 12  |
| Rencana Strategis .....                                                                 | 12  |
| Visi dan Misi.....                                                                      | 12  |
| Tujuan dan Indikator Kinerja.....                                                       | 12  |
| Sasaran dan Indikator Kinerja .....                                                     | 16  |
| Program untuk Pencapaian Sasaran.....                                                   | 18  |
| Perjanjian KinerjaTahun 2018 .....                                                      | 19  |
| Standar Pelayanan Minimal (SPM).....                                                    | 22  |
| Rencana Anggaran Tahun 2018 .....                                                       | 26  |
| BAB III AKUNTABILITAS KINERJA .....                                                     | 29  |
| Capaian Kinerja Organisasi .....                                                        | 29  |
| A.Capaian Indikator Kinerja Utama.....                                                  | 29  |
| B. Capaian Kinerja organisasi.....                                                      | 33  |
| C. Realisasi Anggaran .....                                                             | 41  |
| Realisasi Anggaran .....                                                                | 41  |
| BAB IV PENUTUP .....                                                                    | 50  |
| LAMPIRAN .....                                                                          | iii |
| Daftar Tabel .....                                                                      |     |
| Tabel 1.1 Komposisi SDM berdasarkan Gender .....                                        | 8   |
| Tabel 1.2 Komposisi SDM berdasarkan Jenjang Pendidikan.....                             | 9   |
| Tabel 1.3 Perimbangan SDM per Jenjang Pendidikan terpilah Jenis Kelamin tahun 2017..... | 10  |

|           |                                                                                                   |    |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabel 1.4 | Komposisi Jenis Kelamin Jabatan Struktural.....                                                   | 11 |
| Tabel 2.1 | Tujuan dan Indikator Kinerja Rumah Sakit Umum Arifin Nu'mang.....                                 | 13 |
| Tabel 2.2 | Sasaran dan Indikator Kinerja Rumah Sakit Umum Arifin Nu'man.....                                 | 16 |
| Tabel 2.3 | Program untuk Pencapaian Sasaran Tahun 2018.....                                                  | 19 |
| Tabel 2.4 | Perjanjian Kinerja Rumah Sakit Umum Arifin Nu'mang tahun.....                                     | 19 |
| Tabel 2.5 | SPM Rumah Sakit Umum Arifin Nu'mang.....                                                          | 23 |
| Tabel 2.6 | Rencana Belanja Rumah Sakit Umum Arifin Nu'mang TA 2018.....                                      | 26 |
| Tabel 2.7 | Alokasi Anggaran per Sasaran TA 2018.....                                                         | 26 |
| Tabel 3.1 | Pencapaian IKU Rumah Sakit Umum Arifin Nu'mang tahun 2018.....                                    | 29 |
| Tabel 3.2 | Skala Nilai Peringkat Kinerja.....                                                                | 33 |
| Tabel 3.3 | Perbandinga Target dan Realisasi Kinerja tahun 2018.....                                          | 33 |
| Tabel 3.4 | Perbandiingan antara Capaian Kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir..... | 37 |
| Tabel 3.5 | Pencapaian Kinerja dan Anggaran tahun 2018.....                                                   | 42 |
| Tabel 3.6 | Efisiensi Penggunaan Sumber Daya.....                                                             | 46 |

#### Daftar Gambar

|            |                                                                               |    |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------|----|
| Gambar 1.1 | Komposisi SDM berdasarkan Gender.....                                         | 8  |
| Gambar 1.2 | Persentase SDM menurut Jenjang Pendidikan.....                                | 9  |
| Gambar 1.3 | Perimbangan SDM per Jenjang Pendidikan terpilah Jenis Kelamin tahun 2018..... | 10 |
| Gambar 1.4 | Komposisi Jenis Kelamin Jabatan Struktural.....                               | 11 |

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **LATAR BELAKANG**

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

Penyusunan Laporan Kinerja (LKj) merupakan amanat Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah dan Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah. Penyusunan LKj dilakukan dengan berdasarkan Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 tahun 2015 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Review Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah, di mana pelaporan capaian kinerja organisasi secara transparan dan akuntabel merupakan bentuk pertanggungjawaban atas kinerja Rumah Sakit Umum Arifin Nu'mang.

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 Rumah Sakit Umum Arifin Nu'mang. LKj menjadi dokumen laporan kinerja tahunan yang berisi pertanggung-jawaban kinerja suatu instansi dalam mencapai tujuan/sasaran strategis instansi. Disinilah esensi dari prinsip akuntabilitas sebagai pijakan

bagi instansi pemerintah ditegakkan dan diwujudkan.

Mengacu kepada Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2015, LKj tingkat SKPD disampaikan kepada Gubernur/Bupati/Walikota selambat-lambatnya dua bulan setelah tahun anggaran berakhir.

## **MAKSUD DAN TUJUAN**

LKj Rumah Sakit Umum Arifin Nu'mang merupakan salah satu bentuk pertanggungjawaban pelaksanaan tugas dan fungsi Rumah Sakit selama kurun waktu 1 (satu) tahun dalam mencapai tujuan/sasaran strategis instansi. Penyusunan LKj juga menjadi alat kendali untuk mendorong peningkatan kinerja setiap unit organisasi.

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

## **GAMBARAN UMUM ORGANISASI**

Rumah Sakit Umum Arifin Nu'mang adalah salah satu Rumah Sakit milik Pemerintah Daerah Sidenreng Rappang yang merupakan Rumah Sakit yang tertua di Kabupaten Sidenreng Rappang yang dibangun pada tahun 1938 diatas tanah seluas 1 Ha, yang terletak di kota Rappang kurang lebih 10 Km dari Ibukota Kabupaten.

Letak geografisnya yang strategis dan mudah dijangkau dibandingkan dengan Rumah Sakit lain yang berada di Ibukota Kabupaten adalah merupakan suatu peluang besar untuk terpilih sebagai Rumah Sakit rujukan dari Rumah Sakit/Puskesmas atau pelayanan kesehatan lainnya baik dalam wilayah Kabupaten Sidenreng Rappang maupun yang berasal dari Daerah/Kabupaten lainnya.

Namun oleh karena terjadi pengembangan wilayah yang disesuaikan dengan rencana dan tata ruang yang ada, pemerintah Kabupaten Sidenreng Rappang telah membangun

Rumah Sakit Umum Daerah pada tahun 1985 yang terletak di ibukota Kabupaten yaitu di Pangkajene, dimana Rumah Sakit tersebut mulai difungsikan pada tahun 1990 berdasarkan Keputusan Bupati Kepala Daerah Tingkat II Sidenreng Rappang No.51/III/1994 tanggal 25 Maret 1994. Dan telah diresmikan oleh Gubernur Kepala Daerah Tingkat I Sulawesi Selatan pada tanggal 7 April 1994 dengan nama Rumah Sakit Umum Daerah Nene Mallomo Kabupaten Sidenreng Rappang.

Sejalan dengan perubahan tersebut diatas, maka fungsi Rumah Sakit Umum Rappang mengalami perubahan menjadi Rumah Sakit Bersalin Daerah Rappang sesuai Keputusan Bupati Sidenreng Rappang No.KPTS.007/VIII/1995 tentang Pembentukan Organisasi Rumah Bersalin Daerah Rappang.

Selanjutnya pada tahun 2002 terjadi perubahan Kelembagaan sesuai Peraturan Daerah No.5 tahun 2002 menjadi Rumah Sakit Umum Arifin Nu'mang Kabupaten Sidenreng Rappang, kemudian terjadi perubahan yang sekaligus merupakan penyempurnaan kelembagaan sesuai Peraturan Pemerintah No.8 tahun 2004 tentang Pedoman Organisasi Perangkat Daerah, Rumah Sakit Umum Arifin Nu'mang mengalami perubahan nomenklatur menjadi Rumah Sakit Arifin Nu'mang yang telah ditetapkan melalui Peraturan Daerah Kabupaten Sidenreng Rappang No. 29 tahun 2006, sebagai rumah sakit umum tipe D.

Sehubungan dengan semakin komplitnya tuntutan jenis pelayanan, setelah memenuhi semua persyaratan, maka pada tanggal 24 April 2018, Bupati Sidenreng Rappang mengeluarkan Surat Keputusan Bupati No.335/!V/2018 tentang Penetapan Klasifikasi Rumah Sakit Arifin Nu'mang Kabupaten Sidenreng Rappang Propinsi Sulawesi Selatan dimana rumah sakit Arifin Nu'mang diklasifikasikan menjadi Rumah Sakit Umum Kelas C, dan berlaku sampai sekarang.

### **Tugas dan Fungsi**

Rumah Sakit Umum Arifin Nu'mang Kabupaten Sidenreng Rappang adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dengan mengutamakan pengobatan dan pemulihan tanpa mengabaikan peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit yang dilaksanakan melalui penyediaan



pelayanan rawat inap, rawat jalan, gawat darurat, tindakan medik, dan penunjang medik.

Adapun Tugas, Fungsi dan Struktur Organisasi Rumah Sakit Umum Arifin Nu'mang Kabupaten Sidenreng Rappang berdasarkan Peraturan Daerah Kabupaten Sidenreng Rappang Nomor 4 Tahun 2008, tentang Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah di Kabupaten Sidenreng Rappang sebagai berikut :

Rumah Sakit Umum Arifin Nu'mang Kabupaten Sidenreng Rappang merupakan Lembaga Teknis Daerah Kabupaten Sidenreng Rappang mempunyai tugas melaksanakan penyusunan dan pelaksanaan kebijakan penyelenggaraan Pemerintah Daerah yang bersifat Spesifik dibidang Pelayanan Kesehatan yang menjadi tanggung jawab berdasarkan kewenangannya sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Untuk menyelenggarakan tugas tersebut di atas, Rumah Sakit Umum Arifin Nu'mang Kabupaten Sidenreng Rappang mempunyai fungsi :

- a. Perumusan kebijakan teknis dibidang pelayanan kesehatan;
- b. Pemberian dukungan atas penyelenggaraan pemerintahan daerah dibidang pelayanan kesehatan;
- c. Pelaksanaan tugas dibidang pelayanan kesehatan sesuai dengan lingkup tugasnya;
- d. Pengelolaan administrasi umum meliputi ketatalaksanaan, keuangan, kepegawaian, perlengkapan dan peralatan;
- e. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Bupati sesuai dengan tugas dan fungsinya.

### **Struktur Organisasi**

Dalam melaksanakan tugasnya, Direktur Rumah Sakit, Kepala Sub Bagian tata Usaha dan Kepala Seksi wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi dan sinkronisasi baik dalam satuan masing – masing maupun antar satuan kerja di lingkungan Pemerintah Daerah dengan Instansi lain di luar Pemerintah Daerah sesuai dengan tugas masing – masing

#### **a. Uraian Tugas Direktur Rumah Sakit Arifin Nu'mang**

- a) Menyusun dan menetapkan Renstra Rumah Sakit
- b) Menyusun dan menetapkan Rencana satuan Kerja Rumah Sakit

- c) Mengkoordinasikan renstra dan Rencana Anggaran Satuan Kerja Rumah Sakit dengan Bupati melalui Sekretaris Daerah
- d) Mengkoordinasikan Renstra dan Rencana Anggaran Satuan Kerja Rumah Sakit dengan Instansi terkait
- e) Mengkoordinasikan Renstra dan Rencana Satuan kerja Rumah Sakit dengan Kepala Sub, Bagian Tata Usaha dan para Kepala Seksi di lingkup Rumah Sakit
- f) Melakukan pembinaan dan pengembangan pegawai di lingkup Rumah Sakit
- g) Mendistribusikan tugas kepada Kepala Sub. Bagian Tata Usaha dan para Kepala Seksi sesuai dengan tugasnya
- h) Mengarahkan dan menetapkan Kebijakan Rumah Sakit
- i) Melakukan pembinaan terhadap pelaksanaan Renstra dan Rencana Anggaran Satuan Kerja Rumah Sakit
- j) Menetapkan petunjuk pelaksanaan dan petunjuk teknis di lingkup Rumah Sakit
- k) Menerima dan menindak lanjuti informasi dan data di lingkup Rumah Sakit
- l) Menetapkan petunjuk pelaksanaan dan petunjuk tehni kegiatan dan program kerja dalam lingkup Rumah Sakit
- m) Menjalin kerjasama dengan pemamfaat dan pemerhati di bidang kesehatan
- n) Menetapkan alternative pemecahan masalah dan konsep serta naskah dinas hasil kerja bawahannya
- o) Membuat telaahan staf dan memberikan pertimbangan kepada atasan
- p) Melaksanakan tugas tugas lain yang diberikan oleh atasan sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya
- q) Melakukan pengawasan terhadap pelaksanaan tugas pokok dan fungsi Rumah Sakit
- r) Mengevaluasi pelaksanaan Renstra dan Rencana Anggaran Satuan Kerja Rumah sakit secara berkala
- s) Menyusun laporan secara berkala bulanan dan tahunan serta akuntabilitas kinerja instansi pemerintah (LAKIP) terhadap pelaksanaan kegiatan Rumah Sakit
- t) Melakukan penilaian terhadap hasil dan prestasi kerja dalam DP3

**b. Uraian Tugas Kepala Sub.Bagian tata Usaha Rumah Sakit Arifin Nu'mang**

- a) Mengkaji dan merumuskan rencana Anggaran Satuan kerja Sub.Bagian Tata Usaha
- b) Mengkoordinasika Renstra dan Rencana Anggaran Satuan Kerja Sub.Bagian Tata Usaha dengan Direktur Rumah Sakit dan para Kepala Seksi di lingkup Rumah Sakit
- c) Membina dan mengkoordinasika tugas tugas di lingkup Sub.Bagian Tata Usaha
- d) Membantu Direktur Rumah Sakit dalam hal Pembinaan dan Pengembangan Pegawai di lingkup Sub.Bagian Tata Usaha
- e) Melaksanakan Renstra dan Rencana Anggaran Satuan Kerja Sub.Bagian Tata Usaha
- f) Mengkompilasi dan mengakselerasi rancangan Renstra dan Rencana Anggaran Satuan kerja dari masing masing Seksi dalam lingkup Rumah Sakit
- g) Membantu Direktur Rumah Sakit mengkompilasi, mengakselerasi dan merumuskan penetapan kinerja Rumah Sakit Arifin Nu'mang
- h) Menghimpun dan mengelola administrasi data dan informasi Rumah Sakit
- i) Menyelenggarakan pembinaan kegiatan kehumasan di lingkup Rumah Sakit
- j) Menyelenggarakan dan menetapkan pengalokasian perlengkapan Rumah Sakit
- k) Menyelenggarakan dan menata tata naskah dan ketatalaksanaan Rumah Sakit
- l) Menyiapkan bahan koordinasi dalam melaksanakan tugas Rumah Sakit dan memberikan pelayanan administratif dan fungsional kepada unsure di lingkup Rumah Sakit serta menyiapkan rencana biaya operasional Rumah Sakit
- m) Memberikan saran dan pertimbangan kepada Direktur Rumah Sakit dalam pelaksanaan tugas dan fungsi Rumah sakit
- n) Mengumpulkan bahan koordinasi dalam penyusunan dan pengendalian anggaran Rumah sakit
- o) Menghimpun, mengolah, menggandakan dan menyimpan dokumen keuangan Rumah Sakit secara rapi
- p) Menyiapkan bahan dan data dalam rangka pembinaan teknis fungsional dan penatausahaan

- q) Menyelenggarakan urusan umum, perlengkapan, keuangan dan kepegawaian, surat menyurat, dan rumah tangga Rumah Sakit
- r) Menyiapkan dan mengkoordinasikan urusan anggaran Rumah sakit setiap tahunnya kepada instansi terkait
- s) Membuat dan menyampaikan laporan hasil pelaksanaan tugas kepada Direktur Rumah Sakit
- t) Melaksanakan pengurusan administrasi perjalanan dinas
- u) Melaksanakan tugas tugas lain yang tidak tercakup pada setiap seksi di lingkup Rumah Sakit
- v) Melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh atasan sesuai dengan tugasnya
- w) Membuat telaahan staf kepada pimpinan sesuai dengan tugasnya
- x) Mengevaluasi pelaksanaan Renstra dan Rencana anggaran Satuan Kerja Sub.Bagian Tata Usaha secara berkala
- y) Membantu Direktur Rumah Sakit dalam penyusunan laporan secara berkala dan Laporan Akuntabilitas Kinerja Pemerinth (LAKIP) Rumah Sakit
- z) Menyelenggarakan penyusunan laporan Sub.Bagian Tata Usha secara berkala terhadap pelaksanaan kegiatan Sub.Bagian Tata Usaha
- aa) Melakukan penilaian terhadap hasil dan prestasi kerja dalam DP3

**c. Uraian Tugas Kepala Seksi Perencanaan dan Pengembangan Rumah Sakit Arifin Nu'mang**

- a) Menyiapkan rancangan renstra Seksi
- b) Menyiapkan rancangan Rencana Anggaran Satuan Kerja
- c) Mengkoordinasikan rancangan Renstra dan rancangan Anggaran satuan Kerja Seksi Perencanaan dan Pengembangan dengan Direktur Rumah Sakit dan Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan
- d) Membina dan Mengkoordinasikan tugas tugas di lingkup seksi
- e) Membantu Direktur Rumah Sakit dalam pembinaan dan Pengembangan pegawai di lingkup Seksinya

- f) Melaksanakan Renstra dan Rencana Anggaran Satuan kerja Seksi
  - g) Melaksanakan pengkajian dan Perumusan Standar Operasional Prosedur (SOP) pelaksanaan tugas Seksi Perencanaan dan Pengembangan
  - h) Melaksanakan pemantauan, Monitoring dan Evaluasi pelaksanaan SOP Seksi
  - i) Mengkaji dan menyiapkan bahan rancangan kebijakan Pembinaan dan Pengembangan Rumah Sakit
  - j) Melakukan kegiatan Rekam Medik, Pelaporan, Surveillance, Epidemiologi, Pemberian informasi dan pengembangan tenaga profesi
  - k) Melaksanakan kegiatan pendidikan dan pelatihan bagi tenaga Rumah Sakit serta mengupayakan tersedianya tenaga penyuluh Rumah Sakit
  - l) Mengembangkan produk Unggulan Rumah Sakit, baik medis maupun non medis
  - m) Menyiapkan konsep telaahan staf dan pertimbangan kepada atasan
  - n) Melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan atasan sesuai dengan tugasnya
  - o) Melakukan pengawasan dalam pelaksanaan tugas Seksi Perencanaan dan Pengembangan
  - p) Mengevaluasi pelaksanaan Renstra dan Rencana Anggaran Satuan kerja Seksi Perencanaan dan Pengembangan secara berkala
  - q) Membantu Direktur Rumah Sakit dalam menyusun laporan secara berkala terhadap pelaksanaan kegiatan Seksi
  - r) Melakukan penilaian terhadap hasil dan prestasi kerja dalam DP3
- d. Uraian Tugas kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan Rumah Sakit Arifin nu'mang**
- a) Menyiapkan rancangan Renstra Seksi
  - b) Menyiapkan rancangan Rencana Anggaran Satuan kerja seksi
  - c) Mengkoordinasikan rancangan Renstra dan rencana Anggaran Satuan Kerja Seksi pelayanan Medik dan Keperawatan dengan Direktur Rumah Sakit dan Kepala Seksi Perencanaan dan Pengembangan
  - d) Membina dan mengkoordinasikan tugas tugas di lingkup Seksi

- e) Membantu Direktur Rumah Sakit dalam pembinaan dan pengembangan pegawai dalam lingkup seksinya
- f) Melaksanakan Renstra dan Rencana Anggaran Satuan Kerja Seksi
- g) Melaksanakan pengkajian dan perumusan Standar Operasional Prosedur (SOP) pelaksanaan tugas seksi Pelayanan Medis dan Keperawatan
- h) Melaksanakan pemantaun, monitoring dan evaluasi pelaksanaan SOP Seksi
- i) Menyelenggarakan pemantauan dan pengawasan penggunaan fasilitas pelayanan, kegiatan pelayanan medis, penunjang medis dan kegiatan pelayanan keperawatan serta pemamfaatan peralatan pelayanan
- j) Mengkoordinir pelaksanaan kegiatan perawatan jenazah
- k) Memantau dan mengawasi kegiatan asuhan keperawatan
- l) Menyelenggarakan pelaksanaan rencana kebutuhan tenaga pelayanan medis dan keperawatan
- m) Menyiapkan bahan pembinaan tenaga paramedis keperawatan dalam rangka pelaksanaan asuhan keperawatan sesuai standar
- n) Melakukan pengawasan dan pengendalian terhadap penggunaan dan kelayakan pakai medis dan penunjang medis pada instalasi rawat jalan dan inap
- o) Melakukan pemantauan, pengendalian, pengawasan dan evaluasi terhadap kegiatan pelayanan kepada penderita di semua instalasi mulai dari penerimaan sampai pemulangan
- p) Melakukan koordinasi untuk pemenuhan kebutuhan pelayanan dan penunjang medis baik instalasi rawat jalan, instalasi rawat inap, ruang rawat darurat, bedah sentral, ICU dan rehabilitasi medik
- q) Menyiapkan konsep telaahan staf dan pertimbangan kepada atasan
- r) Melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh atasan sesuai dengan tugasnya
- s) Melakukan pengawasan dalam pelaksanaan tugas seksi Pelayanan Medis dan Keperawatan
- t) Mengevaluasi pelaksanaan Renstra dan Rencana Anggaran satuan Kerja seksi Pelayanan Medis dan Keperawatan secara berkala

- u) Membantu Direktur Rumah Sakit dalam Menyusun laporan secara berkala terhadap pelaksanaan kegiatan Seksi
- v) Melakukan Penilaian terhadap hasil dan prestasi kerja dalam DP3

## **ISU STRATEGIS**

Perumusan isu-isu strategis dilakukan dengan menganalisis berbagai fakta dan informasi yang telah diidentifikasi untuk dipilih menjadi isu strategis serta melakukan telaahan terhadap visi, misi dan program kepala daerah terpilih, Renstra Kementerian terkait dan Renstra Dinas terkait ditingkat Kabupaten serta hasil analisis terhadap KLHS sehingga rumusan isu yang dihasilkan selaras dengan cita-cita dan harapan masyarakat terhadap kepala daerah dan wakil kepala daerah terpilih serta kebijakan pemerintah dalam jangka menengah. Perencanaan pembangunan antara lain dimaksudkan agar layanan SKPD senantiasa mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan dan aspirasi pengguna layanan. Oleh karena itu, perhatian pada aspirasi dari masyarakat dan lingkungan eksternalnya merupakan perencanaan dari luar ke dalam yang layak untuk mendapatkan perhatian serius dari para pihak.

Selanjutnya, dalam menentukan isu-isu strategis perlu juga dikemukakan mengenai analisis isu-isu strategis lainnya yang mempengaruhi atau berhubungan dengan permasalahan-permasalahan dari berbagai telaahan di atas. Isu-isu strategis lainnya yang dimaksud adalah dinamika-dinamika eksternal yang berkembang dalam lingkup global, nasional dan regional/lokal.

Maka dari itu Rumah Sakit Umum Arifin Nu'mang Kabupaten Sidenreng Rappang menentukan isu-isu strategis yang merupakan gambaran dari penggalan data dan informasi dari berbagai sumber, dituangkan dalam renja tahun 2018 diuraikan sebagai berikut :

1. Aksesibilitas dan peningkatan pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan adanya jaminan pembiayaan kesehatan bagi masyarakat melalui program JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) dan Jamkesda maka rumah sakit diharapkan selalu memperbaiki prosedur dan administrasi dengan memberikan kemudahan akses mendapatkan semua

pelayanan kesehatan bagi masyarakat sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit.

2. Peningkatan kemampuan dalam penatakelolaan Rumah Sakit dengan pengembangan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIMRS) dan penerapan pola PPK-BLUD yang mendorong efektifitas dan efisiensi. Dengan diterapkannya SIMRS dan PPK-BLUD, diharapkan adanya upaya peningkatan kualitas sistem keuangan, perbaikan manajemen pengelolaan barang perbekalan farmasi, dan manajemen logistik
3. Peningkatan profesionalisme SDM dapat mendukung tercapainya pemberian pelayanan kesehatan yang bermutu karena dilaksanakan oleh tenaga yang mempunyai pengetahuan dan keterampilan yang tinggi di bidangnya
4. Pemberian pelayanan kesehatan yang ramah, sopan dan santun dengan menerapkan prinsip 3S, akan dapat meningkatkan kepuasan dan kenyamanan pasien yang pada akhirnya akan berdampak pada peningkatan mutu dan citra Rumah Sakit

### **STRUKTUR ORGANISASI**

Adapun bagan struktur organisasi Rumah Sakit Arifin Nu'mang kabupaten Sidenreng Rappang adalah sebagai berikut :



## STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT ARIFIN NU'MANG



Selain dibantu oleh kelompok struktural, Direktur Rumah Sakit Umum Arifin Nu'mang Kabupaten Sidenreng Rappang dibantu oleh kelompok fungsional dan unsur pelaksana pelayanan :

1. Kelompok Fungsional, terdiri dari :
  - a. Komite Medik
  - b. Satuan Pengawas Internal
  - c. Komite Keperawatan
  - d. Satuan Medik Fungsional
  - e. Instalasi/Unit
2. Unsur Pelaksana Pelayanan, terdiri dari :
  - a. Instalasi Pelayanan Medis, yaitu :

- Rawat Jalan
- Kamar Operasi
- ICU
- Rawat Inap
- Gawat Darurat

b. Instalasi Penunjang Medik dan Non Medik, yaitu :

- Farmasi
- Fisioterapi
- Laboratorium
- Instalasi Sarana Air Bersih RS
- Radiologi
- Gizi
- Laundry

### KOMPOSISI SDM RUMAH SAKIT ARIFIN NU'MANG

Rumah Sakit Arifin Nu'mang pada tahun 2018 didukung oleh sumber daya manusia yang cukup dengan status pegawai Negeri Sipil (PNS) dan tenaga Sukarela, Terdiri dari laki-laki dan perempuan dari berbagai jenis kualifikasi dan jenjang pendidikan, diantaranya kualifikasi tenaga Medis, Paramedis Keperawatan, Paramedis non Keperawatan, Kesehatan Masyarakat serta tenaga non Kesehatan.

#### Komposisi SDM Berdasarkan Gender

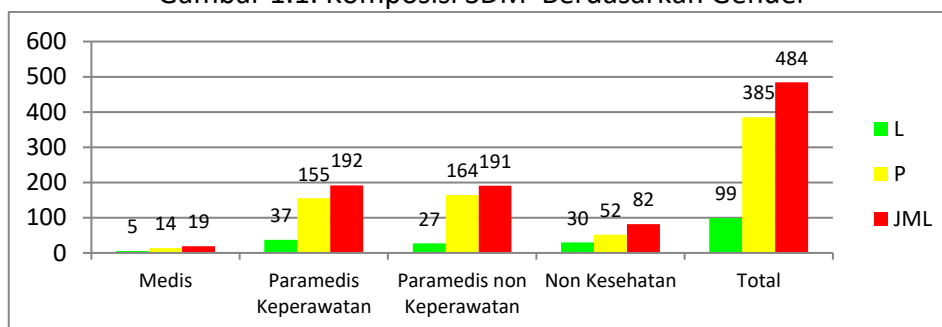
SDM yang bekerja di rumah Sakit Arifin Nu'mang merupakan tenaga profesional di bidangnya masing masing, tidak memandang apakah laki-laki atau perempuan semua mempunyai kesempatan yang sama meniti karier sesuai dengan kemampuan profesionalnya. Berikut ini adalah data SDM Rumah Sakit Arifin Nu'mang tahun 2018 berdasarkan Gender.

Tabel 1.1. Komposisi SDM Berdasarkan Gender

| KATEGORI  | PNS |    |     | SUKARELA |     |     | TOTAL |
|-----------|-----|----|-----|----------|-----|-----|-------|
|           | L   | P  | JML | L        | P   | JML |       |
| Medis     | 4   | 8  | 12  | 1        | 6   | 7   | 19    |
| Paramedis | 15  | 48 | 63  | 22       | 107 | 129 | 192   |

|                                  |    |     |     |    |     |     |     |
|----------------------------------|----|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| <b>Keperawatan</b>               |    |     |     |    |     |     |     |
| <b>Paramedis non Keperawatan</b> | 13 | 63  | 76  | 14 | 101 | 115 | 191 |
| <b>Non kesehatan</b>             | 13 | 11  | 24  | 17 | 41  | 58  | 82  |
| <b>Total</b>                     | 45 | 130 | 175 | 54 | 255 | 309 | 484 |

Gambar 1.1. Komposisi SDM Berdasarkan Gender



### Komposisi PNS Menurut Jenjang Pendidikan

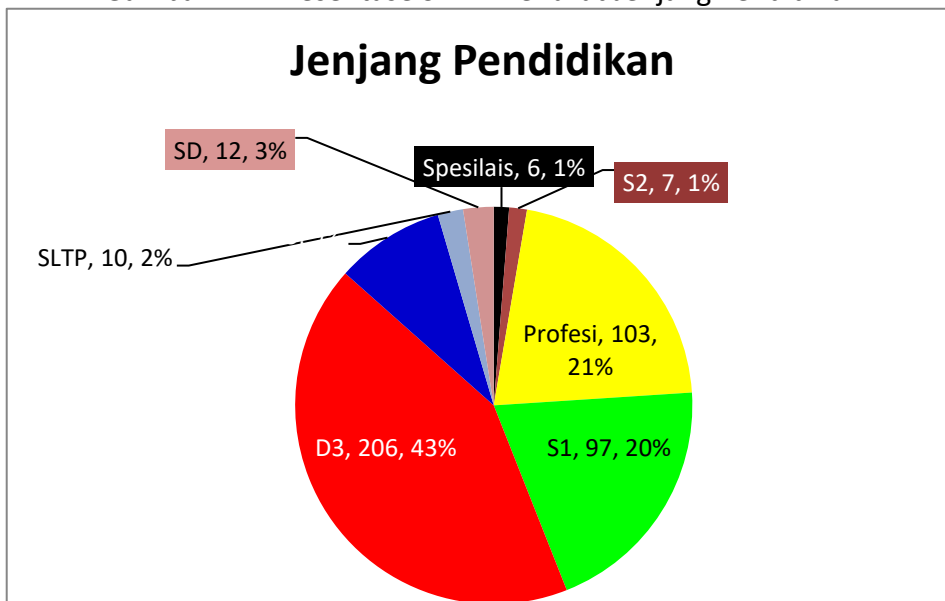
Dalam rangka memberikan pelayanan publik yang bermutu, rumah sakit Arifin Nu'mang memiliki SDM dari berbagai kualifikasi dan jenjang pendidikan mulai dari jenjang pendidikan SD, SMP, SMA, D3,D4, S1,Profesi, S2, dan spesialis. Berikut adalah data SDM Rumah Sakit Umum Arifin Nu'mang tahun 2018 berdasarkan jenjang pendidikan.

Tabel 1.2. Komposisi SDM Menurut Jenjang Pendidikan

| Jumlah           |   |
|------------------|---|
| <b>Spesialis</b> | 6 |

|              |            |
|--------------|------------|
| S2           | 7          |
| Profesi      | 103        |
| S1           | 97         |
| D3           | 206        |
| SLTA         | 43         |
| SLTP         | 10         |
| SD           | 12         |
| <b>Total</b> | <b>484</b> |

Gambar 1.2. Presentase SDM Menurut Jenjang Pendidikan

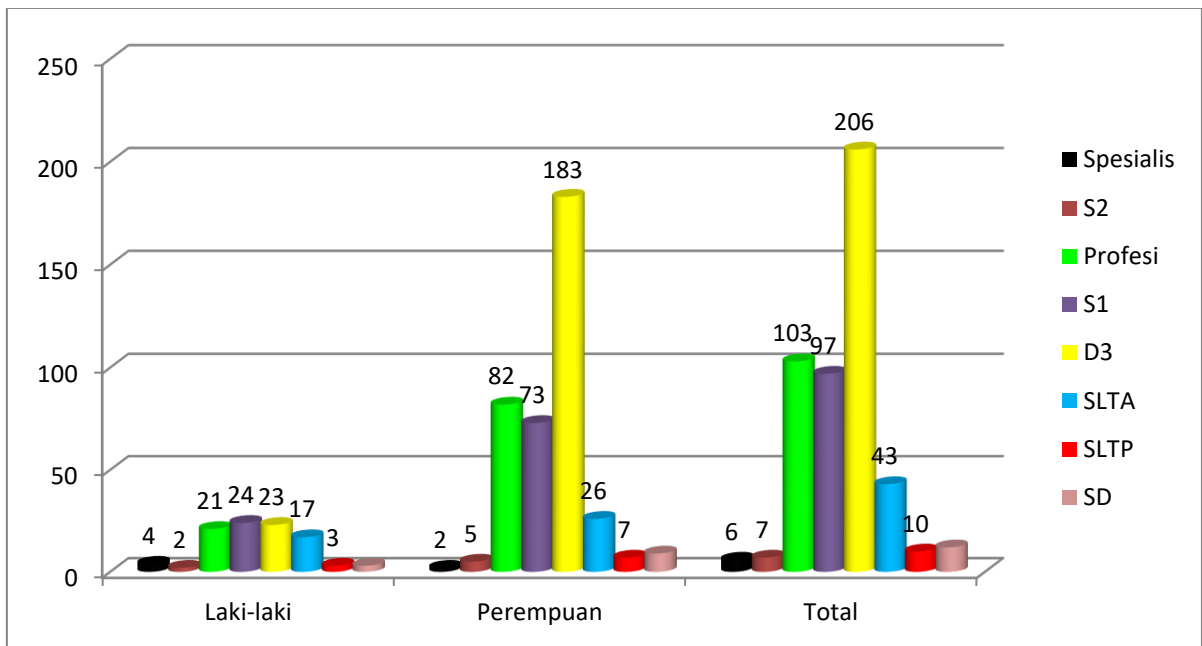


Tabel 1.3. Perimbangan SDM per Jenjang Pendidikan dan Terpilah Jenis Kelamin tahun 2018

|           | Laki Laki | Perempuan | Total |
|-----------|-----------|-----------|-------|
| Spesialis | 4         | 2         | 6     |

|                |    |     |     |
|----------------|----|-----|-----|
| <b>S2</b>      | 2  | 5   | 7   |
| <b>Profesi</b> | 21 | 82  | 103 |
| <b>S1</b>      | 24 | 73  | 97  |
| <b>D3</b>      | 23 | 183 | 206 |
| <b>SLTA</b>    | 17 | 26  | 43  |
| <b>SLTP</b>    | 3  | 7   | 10  |
| <b>SD</b>      | 3  | 9   | 12  |
| <b>Total</b>   | 97 | 387 | 484 |

Gambar 1.3. Perimbangan SDM per Jenjang Pendidikan dan Terpilah Jenis Kelamin tahun 2018



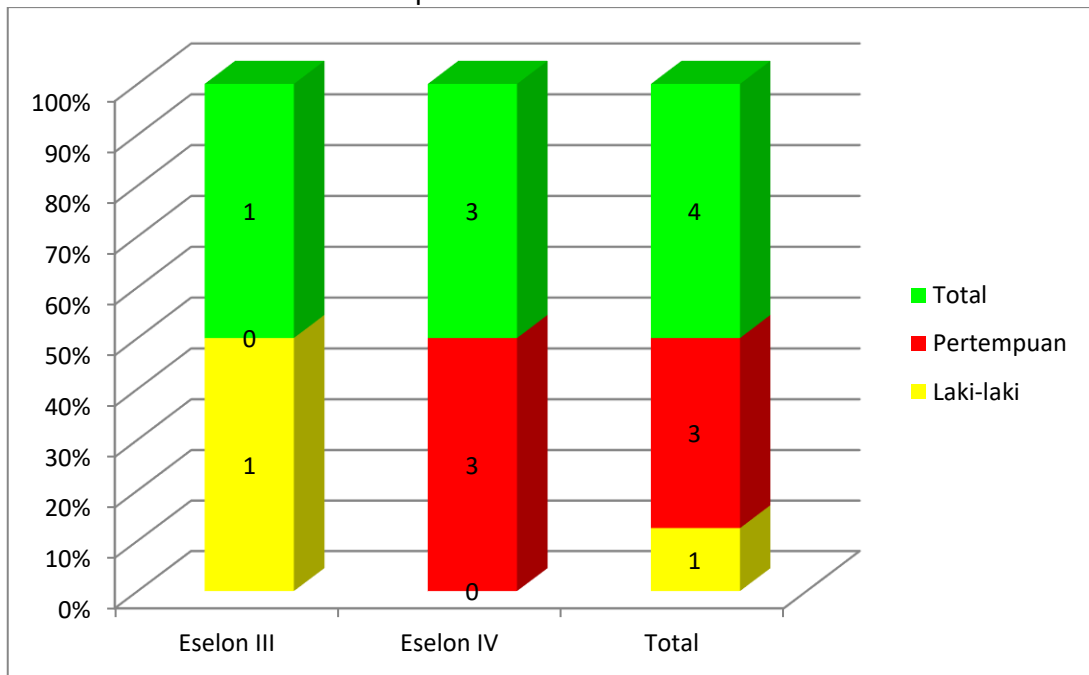
#### Komposisi SDM Menurut Jenjang Eselon

Dalam rangka menjalankan fungsi kepemimpinan, Rumah Sakit Umum Arifin Nu'mang dipimpin oleh seorang Direktur yang dibantu oleh Kasubag Tata Usaha, Kasie Perencanaan dan pengembangan serta Kasie Pelayanan Medik dan keperawatan. Direktur Rumah Sakit Umum Arifin Nu'mang merupakan jabatan struktural eselon III, sedangkan Kasubag TU, Kasie Perencanaan dan Pengembangan serta Kasie Pelayanan Medik dan Keperawatan merupakan jabatan struktural eselon IV.

Tabel 1.4. Komposisi Jenis Kelamin Jabatan Struktural

|            | Laki-Laki | Permpuan | Total |
|------------|-----------|----------|-------|
| Eselon III | 1         | 0        | 1     |
| Eselon IV  | 0         | 3        | 3     |
| jumlah     | 1         | 3        | 4     |

Gambar 1.4. Komposisi Jenis Kelamin Jabatan Struktural



**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 Rumah Sakit Arifin Nu'mang.

Salah satu inovasi yang dikembangkan adalah Penanganan anak gizi Buruk dengan perawatan bersama keluarga penderita gizi buruk. Sebagaimana diketahui bahwa penanganan gizi buruk dengan cara konvensional ternyata masih menyisakan berbagai

permasalahan yang belum mampu terselesaikan dengan baik.

Rumah Sakit Arifin Nu'mang merupakan salah satu rumah sakit yang banyak merawat penderita gizi buruk baik yang datang sendiri berobat di rumah sakit Arifin Nu'mang maupun rujukan dari Puskesmas.

Untuk mempercepat penanganan gizi buruk di rumah sakit Arifin Nu'mang, maka penderita gizi buruk di rawat bersama sama dengan keluarganya, sehingga selama penderita gizi buruk dirawat, maka keluarganya disediakan tempat tinggal di rumah sakit dan ditanggung oleh rumah sakit, dengan demikian keluarga bisa mendampingi dan merawat penderita tanpa berpikir untuk cepat cepat keluar dari rumah sakit.

Inovasi yang dibuat Rumah Sakit Arifin Nu'mang ternyata sangat efektif dan efisien dalam memperbaiki kondisi penderita gizi buruk yang dirawat di rumah sakit Arifin Nu'mang.



## **BAB II**

### **PERENCANAAN DAN PERJANJIAN KINERJA**

#### **RENCANA STRATEGIS RUMAH SAKIT ARIFIN NU'MANG**

Rencana Strategis (RENSTRA) merupakan kerangka pembangunan strategis Rumah Sakit Umum Arifin Nu'mang untuk periode 5 tahun. Sebagai dokumen perencanaan yang memuat penjabaran visi, misi, tujuan, sasaran dan program SKPD, RENSTRA berpedoman kepada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD).

Sebagai penerjemahan kebijakan politik Bupati sebagai Kepala Daerah yang tertuang dalam RPJMD, RENSTRA menjadi pijakan bagi perencanaan strategis SKPD, termasuk hingga ke level perencanaan tahunan. Bagian berikut akan menguraikan visi dan misi Rumah Sakit Arifin Nu'mang yang tertuang dalam RENSTRA tersebut.

#### **VISI :**

Visi SKPD adalah gambaran arah pembangunan atau kondisi masa depan yang ingin di capai SKPD melalui penyelenggaraan tugas dan fungsi dalam kurun waktu lima tahun yang akan datang, sedangkan Misi SKPD adalah rumusan umum mengenai upaya-upaya yang akan dilaksanakan untuk mewujudkan misi SKPD.

Visi Rumah Sakit Umum Arifin Nu,mang Kabupaten Sidenreng Rappang merupakan cita-cita yang menggambarkan akan dibawa kemana Rumah Sakit Umum Arifin Nu'mang Kabupaten Sidenreng Rappang di masa mendatang dan visi ini senantiasa berpijak pada kondisi, potensi, tantangan dan hambatan yang ada. Memperhatikan visi Pemerintah Kabupaten Sidenreng Rappang dan isu-isu strategis, maka dirumuskan Visi Rumah Sakit Umum Arifin Nu'mang Kabupaten Sidenreng Rappang sebagai berikut :

**“TERWUJUDNYA RSU ARIFIN NU'MANG SEBAGAI RUMAH SAKIT RUJUKAN PELAYANAN KESEHATAN YANG BERMUTU, PROFESSIONAL DAN BERETIKA”**

#### **MISI:**

Untuk mewujudkan visi tersebut, maka Misi Rumah Sakit Umum Arifin Nu'mang

Kabupaten Sidenreng Rappang adalah :

1. Meningkatkan pelayanan kesehatan yang dapat memenuhi kebutuhan dan keinginan masyarakat melalui pengembangan sistem pelayanan yang terintegrasi dan komprehensif serta berorientasi kepada kepuasan pelanggan.
2. Menciptakan tata kelola rumah sakit yang baik melalui penataan dan perbaikan manajemen yang berkualitas dan akuntabel dengan mengembangkan Sistem Informasi Rumah Sakit dan penerapan Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK\_BLUD)
3. Mewujudkan sumber daya manusia yang berkualitas melalui pemenuhan tenaga yang terlatih dan terdidik secara professional.
4. Memberikan pelayanan dengan ramah, sopan dan santun dengan menerapkan prinsip 3S (Senyum, Salam, Sapa)

## **TUJUAN**

Tujuan adalah sesuatu (apa) yang akan dicapai atau dihasilkan dalam jangka waktu 1 (satu) sampai dengan 5 (lima) tahunan. Tujuan ditetapkan dengan mengacu kepada pernyataan visi dan misi serta didasarkan pada isu-isu dan analisa strategik.

Tujuan tidak harus dinyatakan dalam bentuk kuantitatif, akan tetapi harus dapat menunjukkan suatu kondisi yang ingin dicapai di masa mendatang. Tujuan akan mengarahkan perumusan sasaran, kebijakan, program, dan kegiatan dalam rangka merealisasikan misi.

Adapun tujuan dari Renstra Rumah Sakit Umum Arifin Nu'mang Kabupaten Sidenreng Rappang adalah :

1. Menjamin layanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat dan meningkatkan kualitas pelayanan dan kenyamanan pengguna jasa layanan kesehatan sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit.
2. Meningkatkan kualitas sistem perencanaan, pelaksanaan, pengawasan dan pengendalian serta penilaian yang akuntabel, transparan dengan menerapkan SIMRS dan PPK-BLUD
3. Meningkatkan profesionalisme petugas.
4. Meningkatkan kepuasan pasien dengan memberikan pelayanan yang ramah, sopan, santun dengan

menerapkan prinsip 3S (senyum,salam,sapa)

Indikator kinerja dan target kinerja untuk masing-masing tujuan strategis diuraikan dalam tabel berikut ini:

Tabel 2.1 Tujuan dan Indikator Kinerja Rumah Sakit Arifin Nu'mang

| TUJUAN                                                                                                                                                                                                                       | JENIS PELAYANAN | INDIKATOR KINERJA UTAMA                                                                 | SATUAN                                                      | KONDISI AWAL                            | TARGET AKHIR RENSTRA              |                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------|--------------------|
| <b>Tujuan 1</b><br>Menjamin layanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat dan meningkatkan kualitas pelayanan dan kenyamanan pengguna jasa layanan kesehatan sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit. | Gawat Darurat   | Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa                                         | %                                                           | 89%                                     | 99%                               |                    |
|                                                                                                                                                                                                                              |                 | Jam buka pelayanan Gawat Darurat                                                        | Jam                                                         | 24 jam                                  | 24 jam                            |                    |
|                                                                                                                                                                                                                              |                 | Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS | %                                                           | 50%                                     | 82%                               |                    |
|                                                                                                                                                                                                                              |                 | Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana                                                 | Tim                                                         | 1 (Satu) Tim                            | 1 (Satu) Tim                      |                    |
|                                                                                                                                                                                                                              |                 | Waktu tanggap pelayanan Dokter di rawat Darurat                                         | Menit                                                       | 4 menit terlayani setelah pasien datang | 4 menit                           |                    |
|                                                                                                                                                                                                                              |                 | Kematian pasien < 24 jam                                                                | ‰                                                           | 5,0‰                                    | 2,0‰                              |                    |
|                                                                                                                                                                                                                              | Rawat Jalan     | Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka                                  | %                                                           | 100%                                    | 100%                              |                    |
|                                                                                                                                                                                                                              |                 |                                                                                         | Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis            | %                                       | 80% Dokter spesialis              | 100%               |
|                                                                                                                                                                                                                              |                 | Ketersediaan pelayanan                                                                  | %                                                           | 100                                     | 100                               |                    |
|                                                                                                                                                                                                                              |                 |                                                                                         | %                                                           | 100                                     | 100                               |                    |
|                                                                                                                                                                                                                              |                 |                                                                                         | %                                                           | 100                                     | 100                               |                    |
|                                                                                                                                                                                                                              |                 |                                                                                         | %                                                           | 100                                     | 100                               |                    |
|                                                                                                                                                                                                                              |                 | Jam buka pelayanan                                                                      | Jam                                                         | 08.00 s/d 13.00 setiap hari kerja       | 08.00 s/d 13.00 setiap hari kerja |                    |
|                                                                                                                                                                                                                              |                 | Waktu tunggu di Rawat Jalan                                                             | Menit                                                       | 40 menit                                | 26 menit                          |                    |
|                                                                                                                                                                                                                              |                 |                                                                                         | %                                                           | 85%                                     | 90%                               |                    |
|                                                                                                                                                                                                                              |                 | a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB                            | %                                                           | 100                                     | 100                               |                    |
|                                                                                                                                                                                                                              |                 |                                                                                         | b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS | %                                       | 100                               | 100                |
|                                                                                                                                                                                                                              |                 | Rawat Inap                                                                              | Pemberi pelayanan di Rawat Inap                             | %                                       | 100%                              | 100%               |
|                                                                                                                                                                                                                              |                 |                                                                                         |                                                             | %                                       | 100%                              | 100%               |
|                                                                                                                                                                                                                              |                 |                                                                                         | Dokter Penanggungjawab pasien rawat inap                    | %                                       | 100 % dr.spesialis                | 100 % dr.spesialis |
| Kersediaan pelayanan rawat inap                                                                                                                                                                                              | %               |                                                                                         | 100                                                         | 100                                     |                                   |                    |
|                                                                                                                                                                                                                              | %               |                                                                                         | 100                                                         | 100                                     |                                   |                    |
| %                                                                                                                                                                                                                            | 100             | 100                                                                                     |                                                             |                                         |                                   |                    |

|  |                                                                                               |                                                                                                       |                                                      |                            |                         |     |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------|-----|
|  |                                                                                               |                                                                                                       | %                                                    | 100                        | 100                     |     |
|  |                                                                                               | Jam visite Dokter Spesialis                                                                           | Jam                                                  | 08.00 – 14.00<br>tiap hari | 08.00 – 14.00 tiap hari |     |
|  |                                                                                               | Kejadian infeksi pasca operasi                                                                        | %                                                    | 0%                         | 0%                      |     |
|  |                                                                                               | Kejadian infeksi nosokomial                                                                           | %                                                    | 3%                         | 1,5%                    |     |
|  |                                                                                               | Tidak Adanya Kejadian pasien jatuh berakibat kecacatan/kematian                                       | %                                                    | 100%                       | 100%                    |     |
|  |                                                                                               | Kematian pasien >48 jam                                                                               | %                                                    | 0,75%                      | 0,24%                   |     |
|  |                                                                                               | Kejadian Pulang Paksa                                                                                 | %                                                    | 4%                         | 2%                      |     |
|  |                                                                                               |                                                                                                       |                                                      | 90%                        | 90%                     |     |
|  |                                                                                               | Rawat Inap TB                                                                                         |                                                      |                            |                         |     |
|  |                                                                                               | a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB                                            | %                                                    | 100                        | 100                     |     |
|  |                                                                                               | b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS                                           | %                                                    | 100                        | 100                     |     |
|  |                                                                                               | BOR ( Bed Occupancy Rate)                                                                             | %                                                    | 60                         | 80                      |     |
|  |                                                                                               | AvLOS(Average Length of Stay)                                                                         | Hari                                                 | 6                          | 3                       |     |
|  |                                                                                               | TOI ( Turn of Interval)                                                                               | Hari                                                 | 1                          | 1                       |     |
|  |                                                                                               | BTO ( Bed Turn Over)                                                                                  | Kali                                                 | 40                         | 40                      |     |
|  |                                                                                               | NDR (Nett Death Rate)                                                                                 | ‰                                                    | <25                        | <25                     |     |
|  |                                                                                               | GDR (Gross Death Rate)                                                                                | ‰                                                    | <45                        | <45                     |     |
|  | Bedah Sentral                                                                                 | Waktu Tunggu operasi elektif                                                                          | Hari                                                 | 2 hari                     | 1 hari                  |     |
|  |                                                                                               | Kejadian kematian di meja operasi                                                                     | %                                                    | 0%                         | 0%                      |     |
|  |                                                                                               | Tidak adanya kejadian operasi salah sisi                                                              | %                                                    | 100%                       | 100%                    |     |
|  |                                                                                               | Tidak adanya kejadian operasi salah orang                                                             | %                                                    | 100%                       | 100%                    |     |
|  |                                                                                               | Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi                                                     | %                                                    | 100%                       | 100%                    |     |
|  |                                                                                               | Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi                | %                                                    | 100%                       | 100%                    |     |
|  |                                                                                               | Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan anestesi endotracheal tube | %                                                    | 0%                         | 0%                      |     |
|  | Persalinan, perinatologi (kecuali rumah sakit khusus di luar rumah sakit ibu dan anak) dan KB | Kejadian kematian ibu karena persalinan                                                               | %                                                    | 0                          | 0                       |     |
|  |                                                                                               |                                                                                                       | %                                                    | 0                          | 0                       |     |
|  |                                                                                               |                                                                                                       | %                                                    | 0                          | 0                       |     |
|  |                                                                                               | Pemberi pelayanan persalinan normal                                                                   | %                                                    | 100                        | 100                     |     |
|  |                                                                                               |                                                                                                       | %                                                    | 100                        | 100                     |     |
|  |                                                                                               | Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit                                                          | Tim                                                  | 75                         | 100                     |     |
|  |                                                                                               |                                                                                                       | Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi | Sp.OG                      | 67                      | 100 |
|  |                                                                                               |                                                                                                       |                                                      | Sp.A                       | 0                       | 100 |
|  |                                                                                               |                                                                                                       | Bidan                                                | 100                        | 100                     |     |
|  |                                                                                               | Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr                                                            | %                                                    | 87%                        | 96%                     |     |
|  | Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria                                                 | %                                                                                                     | 20%                                                  | 15%                        |                         |     |
|  | Keluarga berencana                                                                            |                                                                                                       |                                                      |                            |                         |     |

|                      |                                                                                                                           |       |          |          |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------|----------|
|                      | a. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr.Sp.Og, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr.umum terlatih | %     | 20%      | 45%      |
|                      | b. Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidang terlatih                                         | %     | 100%     | 100%     |
|                      |                                                                                                                           |       |          |          |
| Intensif             | Rata – rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam                                     | %     | 0,5%     | 0,4%     |
|                      | Pemberi pelayanan unit intensif                                                                                           | %     | 0%       | 100%     |
|                      |                                                                                                                           | %     | 20%      | 65%      |
| Radiologi            | Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto                                                                                  | Jam   | 35 menit | 30 menit |
|                      | Pelaksanaan ekspertisi oleh dokter spesialis                                                                              | %     | 100%     | 100%     |
|                      | Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen                                                                                      | %     | 5%       | 1%       |
|                      |                                                                                                                           |       |          |          |
| Lab. Patologi Klinik | Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium                                                                                 | Menit | 70 menit | 35 menit |
|                      | Pelaksana ekspertisi                                                                                                      | Orang | 100%     | 100%     |
|                      | Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium                                                           | %     | 100%     | 100%     |
|                      |                                                                                                                           |       |          |          |
| Rehabilitas Medik    | Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitas Medik yang di rencanakan                                          | %     | 12%      | 8%       |
|                      | Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitas medik                                                                | %     | 100%     | 100%     |
|                      |                                                                                                                           |       |          |          |
| Farmasi              | Waktu tunggu pelayanan obat                                                                                               |       |          |          |
|                      | a. Obat jadi                                                                                                              | Menit | 30 menit | 9 menit  |
|                      | b. Racikan                                                                                                                | Menit | 35 menit | 25 menit |
|                      | Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat                                                                            | %     | 100%     | 100%     |
|                      |                                                                                                                           |       |          |          |
|                      | Penulisan resep sesuai formularium                                                                                        | %     | 100%     | 100%     |
| GIZI                 | Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien                                                                           | %     | 80%      | 89%      |
|                      | Sisa makanan yang tidak termasuk oleh pasien                                                                              | %     | 20%      | 10%      |
|                      | Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet                                                                            | %     | 100%     | 100%     |
|                      |                                                                                                                           |       |          |          |
| Band darah/ UTDRS    | Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi                                                                           | %     | 0        | 100      |
|                      | Kejadian reaksi transfusi                                                                                                 | %     | 0        | 0        |
| Pelayanan GAKIN      | Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan                                              | %     | 100      | 100      |
| Rekam Medik          | Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan                                                        | %     | 100%     | 100%     |

|                                                                                                                                                                                |                            |                                                                       |                                                                                                                      |          |                                    |          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------------------------|----------|
|                                                                                                                                                                                |                            |                                                                       | Kelengkapan informend concent setelah mendapatkan informasi yang jelas                                               | %        | 100%                               | 100%     |
|                                                                                                                                                                                |                            |                                                                       | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan                                                           | Menit    | 5 menit                            | 4 menit  |
|                                                                                                                                                                                |                            |                                                                       | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap                                                            | Menit    | 12 menit                           | 6 menit  |
|                                                                                                                                                                                |                            | Pengelolaan limbah                                                    | Baku mutu limbah cair                                                                                                | Mg/l     | Tdk ada data                       | 30       |
|                                                                                                                                                                                |                            |                                                                       |                                                                                                                      | Mg/l     | Tdk ada data                       | 80       |
|                                                                                                                                                                                |                            |                                                                       |                                                                                                                      | Mg/l     | Tdk ada data                       | 30       |
|                                                                                                                                                                                |                            |                                                                       |                                                                                                                      | Ph       | Tdk ada data                       | 7        |
|                                                                                                                                                                                |                            |                                                                       | Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan                                                              | %        | 0                                  | 100      |
|                                                                                                                                                                                |                            | Ambulance / kereta jenazah                                            | Waktu pelayanan ambulance / kereta jenazah                                                                           | Jam      | 24 jam                             | 24 jam   |
|                                                                                                                                                                                |                            |                                                                       | Kecepatan memberikan pelayanan ambulance / kereta jenazah dirumah sakit                                              | Menit    | 120 menit                          | 70 menit |
|                                                                                                                                                                                |                            |                                                                       | Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan                                                   | %        | 5 menit setelah panggilan diterima | 5 menit  |
|                                                                                                                                                                                |                            | Pemulasaraan jenazah                                                  | Waktu tanggap (response time)pelayanan pemulasaran jenazah                                                           | Menit    | 100                                | 70       |
|                                                                                                                                                                                |                            | Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit                             | Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat                                                                            | %        | 17,5%                              | 60%      |
|                                                                                                                                                                                |                            |                                                                       | Ketepatan Waktu pemeliharaan alat                                                                                    | %        | 75%                                | 85%      |
|                                                                                                                                                                                |                            |                                                                       | Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan | %        | 15%                                | 80%      |
|                                                                                                                                                                                |                            | Pelayanan Laundry                                                     | Tidak adanya kejadian linen yang hilang                                                                              | %        | 100%                               | 100%     |
|                                                                                                                                                                                |                            |                                                                       | Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap                                                              | %        | 100%                               | 100%     |
|                                                                                                                                                                                |                            | Pencegahan dan pengendalian Infeksi (PPI)                             | Adanya Anggota tim PPI yang terlatih                                                                                 | %        | 0                                  | 75       |
|                                                                                                                                                                                |                            |                                                                       | Tersedia APD di setiap instalasi/departemen                                                                          | %        | 0                                  | 60       |
|                                                                                                                                                                                |                            |                                                                       | Kegiatan penecatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/HAI (Health Care Associated Infection) di RS (min 1 Parameter) | %        | 0                                  | 75       |
| Tujuan 2<br>Meningkatkan kualitas sistem perencanaan, pelaksanaan, pengawasan dan pengendalian serta penilaian yang akuntabel, transparan dengan menerapkan SIMRS dan PPK-BLUD | Administrasi dan Manajemen | Tidak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi                     | Hari                                                                                                                 | 100%     | 100%                               |          |
|                                                                                                                                                                                |                            | Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja                             | 3 bulan                                                                                                              | 100%     | 100%                               |          |
|                                                                                                                                                                                |                            | Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat                           | %                                                                                                                    | 100%     | 100%                               |          |
|                                                                                                                                                                                |                            | Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala                               | %                                                                                                                    | 100%     | 100%                               |          |
|                                                                                                                                                                                |                            | Cost recovery                                                         | %                                                                                                                    | 10%      | 35%                                |          |
|                                                                                                                                                                                |                            | Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan                           | Bulan                                                                                                                | 80%      | 100%                               |          |
|                                                                                                                                                                                |                            | Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap | Jam                                                                                                                  | 50 menit | 10 menit                           |          |
|                                                                                                                                                                                |                            | Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) ketepatan waktu          | %                                                                                                                    | 60%      | 100%                               |          |

|                                                                                                                                                        |                            |                                                         |   |     |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------------|---|-----|-----|
| <b>Tujuan 3</b><br>Meningkatkan profesionalisme petugas                                                                                                | Administrasi dan Manajemen | Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun | % | 10% | 35% |
| <b>Tujuan 4</b><br>Meningkatkan kepuasan pasien dengan memberikan pelayanan yang ramah, sopan, santun dengan menerapkan prinsip 3S (senyum,salam,sapa) | Unit                       | Kepuasan pelanggan UGD                                  | % | 65% | 69% |
|                                                                                                                                                        |                            | Kepuasan pelanggan rawat jalan                          | % | 85% | 90% |
|                                                                                                                                                        |                            | Kepuasan pelanggan rawat inap                           | % | 90% | 90% |
|                                                                                                                                                        |                            | Kepuasan pelanggan KIA                                  | % | 60% | 80% |
|                                                                                                                                                        |                            | Kepuasan pelanggan Radiologi                            | % | 70% | 80% |
|                                                                                                                                                        |                            | Kepuasan pelanggan Laboratorium                         | % | 75% | 80% |
|                                                                                                                                                        |                            | Kepuasan pelanggan rehabilitasi medik                   | % | 70% | 80% |
|                                                                                                                                                        |                            | Kepuasan pelanggan Farmasi                              | % | 70% | 80% |

## SASARAN

Berdasarkan Visi, Misi, dan Tujuan yang telah dirumuskan, maka Sasaran Jangka Menengah Rumah Sakit Arifin Nu'mang Kabupaten Sidenreng Rappang adalah sebagai berikut :

1. Meningkatnya mutu dan efisiensi pelayanan rumah sakit.
2. Meningkatnya kualitas sistem perencanaan, pelaksanaan, pengawasan dan pengendalian serta penilaian yang akuntabel, transparan dengan menerapkan SIMRS dan PPK-BLUD
3. Meningkatnya profesionalisme sumber daya manusia berbasis kompetensi
4. Meningkatnya etika petugas dalam memberikan pelayanan yang ramah, sopan, santun dengan menerapkan prinsip 3S (senyum,salam,sapa)

Tabel 2.2.

Sasaran dan Indikator Kinerja Rumah Sakit Umum Arifin Nu'mang

| SASARAN                                                                   | JENIS PELAYANAN | INDIKATOR KINERJA UTAMA                                               | SATUAN | KONDISI AWAL | TARGET AKHIR RENSTRA |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------|--------|--------------|----------------------|
| <b>Sasaran 1</b><br>Meningkatnya mutu dan efisiensi pelayanan rumah sakit | Gawat Darurat   | Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa                       | %      | 89%          | 99%                  |
|                                                                           |                 | Jam buka pelayanan Gawat Darurat                                      | Jam    | 24 jam       | 24 jam               |
|                                                                           |                 | Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku | %      | 50%          | 82%                  |

|                               |                                                                 |       |                                   |                                   |  |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------------|-----------------------------------|--|
|                               | BLS/PPGD/GELS/ALS                                               |       |                                   |                                   |  |
|                               | Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana                         | Tim   | 1 (Satu) Tim                      | 1 (Satu) Tim                      |  |
|                               | Waktu tanggap pelayanan Dokter di rawat Darurat                 | Menit | 4 menit                           | 4 menit                           |  |
|                               |                                                                 |       | 65%                               | 69%                               |  |
|                               | Kematian pasien < 24 jam                                        | ‰     | 0,50%                             | 0,20%                             |  |
|                               | Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka          | %     | 100%                              | 100%                              |  |
| Rawat Jalan                   | Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis                | %     | 80% Dokter spesialis              | 100%                              |  |
|                               | Ketersediaan pelayanan                                          | %     | 100                               | 100                               |  |
|                               |                                                                 | %     | 100                               | 100                               |  |
|                               |                                                                 | %     | 100                               | 100                               |  |
|                               |                                                                 | %     | 100                               | 100                               |  |
|                               | Jam buka pelayanan                                              | Jam   | 08.00 s/d 13.00 setiap hari kerja | 08.00 s/d 13.00 setiap hari kerja |  |
|                               | Waktu tunggu di Rawat Jalan                                     | Menit | 40 menit                          | 26 menit                          |  |
|                               |                                                                 |       | 85%                               | 90%                               |  |
|                               | a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB      | %     | 100                               | 100                               |  |
|                               | b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS     | %     | 100                               | 100                               |  |
| Rawat Inap                    | Pemberi pelayanan di Rawat Inap                                 | %     | 100%                              | 100%                              |  |
|                               |                                                                 | %     | 100%                              | 100%                              |  |
|                               | Dokter Penanggungjawab pasien rawat inap                        | %     | 100 % dr.spesialis                | 100 % dr.spesialis                |  |
|                               | Ketersediaan pelayanan rawat inap                               | %     | 100                               | 100                               |  |
|                               |                                                                 | %     | 100                               | 100                               |  |
|                               |                                                                 | %     | 100                               | 100                               |  |
|                               |                                                                 | %     | 100                               | 100                               |  |
|                               | Jam visite Dokter Spesialis                                     | Jam   | 08.00 – 14.00 tiap hari           | 08.00 – 14.00 tiap hari           |  |
|                               | Kejadian infeksi pasca operasi                                  | %     | 0%                                | 0%                                |  |
|                               | Kejadian infeksi nosokomial                                     | %     | 3%                                | 1,5%                              |  |
|                               | Tidak Adanya Kejadian pasien jatuh berakibat kecacatan/kematian | %     | 100%                              | 100%                              |  |
|                               | Kematian pasien >48 jam                                         | %     | 0,75%                             | 0,24%                             |  |
|                               | Kejadian Pulang Paksa                                           | %     | 4%                                | 2%                                |  |
|                               |                                                                 |       | 90%                               | 90%                               |  |
|                               | Rawat Inap TB                                                   |       |                                   |                                   |  |
|                               | a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB      | %     | 100                               | 100                               |  |
|                               | b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS     | %     | 100                               | 100                               |  |
| BOR ( Bed Occupancy Rate)     | %                                                               | 60    | 60                                |                                   |  |
| AvLOS(Average Length of Stay) | Hari                                                            | 6     | 6                                 |                                   |  |



|                                                                                                                           |                                                                                               |                                                                                                       |          |          |        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|--------|
|                                                                                                                           |                                                                                               | TOI ( Turn of Interval)                                                                               | Hari     | 1        | 1      |
|                                                                                                                           |                                                                                               | BTO ( Bed Turn Over)                                                                                  | Kali     | 40       | 40     |
|                                                                                                                           |                                                                                               | NDR (Nett Death Rate)                                                                                 | %        | <25      | <25    |
|                                                                                                                           |                                                                                               | GDR (Gross Death Rate)                                                                                | %        | <45      | <45    |
| Bedah Sentral                                                                                                             |                                                                                               | Waktu Tunggu operasi elektif                                                                          | Hari     | 2 hari   | 1 hari |
|                                                                                                                           |                                                                                               | Kejadian kematian di meja operasi                                                                     | %        | 0%       | 0%     |
|                                                                                                                           |                                                                                               | Tidak adanya kejadian operasi salah sisi                                                              | %        | 100%     | 100%   |
|                                                                                                                           |                                                                                               | Tidak adanya kejadian operasi salah orang                                                             | %        | 100%     | 100%   |
|                                                                                                                           |                                                                                               | Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi                                                     | %        | 100%     | 100%   |
|                                                                                                                           |                                                                                               | Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi                | %        | 100%     | 100%   |
|                                                                                                                           |                                                                                               | Komplikasi anastesi karena overdosis, reaksi anastesi dan salah penempatan anastesi endotracheal tube | %        | 0%       | 0%     |
|                                                                                                                           | Persalinan, perinatologi (kecuali rumah sakit khusus di luar rumah sakit ibu dan anak) dan KB | Kejadian kematian ibu karena persalinan                                                               | %        | 0        | 0      |
| %                                                                                                                         |                                                                                               |                                                                                                       | 0        | 0        |        |
| %                                                                                                                         |                                                                                               |                                                                                                       | 0        | 0        |        |
| Pemberi pelayanan persalinan normal                                                                                       |                                                                                               | %                                                                                                     | 100      | 100      |        |
|                                                                                                                           |                                                                                               | %                                                                                                     | 100      | 100      |        |
| Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit                                                                              |                                                                                               | Tim                                                                                                   | 75       | 100      |        |
| Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi                                                                      |                                                                                               | Sp.OG                                                                                                 | 67       | 100      |        |
|                                                                                                                           |                                                                                               | Sp.A                                                                                                  | 0        | 100      |        |
|                                                                                                                           |                                                                                               | Bidan                                                                                                 | 100      | 100      |        |
| Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr                                                                                |                                                                                               | %                                                                                                     | 87%      | 96%      |        |
| Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria                                                                             |                                                                                               | %                                                                                                     | 20%      | 15%      |        |
| Keluarga berencana                                                                                                        |                                                                                               |                                                                                                       |          |          |        |
| a. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr.Sp.Og, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr.umum terlatih |                                                                                               | %                                                                                                     | 20%      | 45%      |        |
| b. Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidang terlatih                                         | %                                                                                             | 100%                                                                                                  | 100%     |          |        |
|                                                                                                                           |                                                                                               | 60 %                                                                                                  | 80%      |          |        |
| Intensif                                                                                                                  | Rata – rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam         | %                                                                                                     | 0,5%     | 0,4%     |        |
|                                                                                                                           | Pemberi pelayanan unit intensif                                                               | %                                                                                                     | 0%       | 100%     |        |
|                                                                                                                           |                                                                                               | %                                                                                                     | 20%      | 65%      |        |
| Radiologi                                                                                                                 | Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto                                                      | Jam                                                                                                   | 35 menit | 30 menit |        |
|                                                                                                                           | Pelaksanaan ekspertisi                                                                        | Orang                                                                                                 | 100%     | 100%     |        |
|                                                                                                                           | Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen                                                          | %                                                                                                     | 5%       | 1%       |        |
|                                                                                                                           |                                                                                               |                                                                                                       | 70%      | 80%      |        |
| Lab. Patologi Klinik                                                                                                      | Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium                                                     | Menit                                                                                                 | 70 menit | 35 menit |        |
|                                                                                                                           | Pelaksana ekspertisi                                                                          | Orang                                                                                                 | 100%     | 100%     |        |
|                                                                                                                           | Tidak adanya kesalahan pemberian hasil                                                        | %                                                                                                     | 100%     | 100%     |        |

|                            |                                                                                  |                                                         |                                    |          |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------|----------|
|                            | pemeriksaan laboratorium                                                         |                                                         |                                    |          |
|                            |                                                                                  |                                                         | 75%                                | 80%      |
| Rehabilitas Medik          | Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitas Medik yang di rencanakan | %                                                       | 12%                                | 8%       |
|                            | Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitas medik                       | %                                                       | 100%                               | 100%     |
|                            |                                                                                  |                                                         | 70%                                | 80%      |
| Farmasi                    | Waktu tunggu pelayanan obat                                                      |                                                         |                                    |          |
|                            | a. Obat jadi                                                                     | Menit                                                   | 10 menit                           | 9 menit  |
|                            | b. Racikan                                                                       | Menit                                                   | 35 menit                           | 25 menit |
|                            | Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat                                   | %                                                       | 100%                               | 100%     |
|                            |                                                                                  |                                                         | 70%                                | 80%      |
|                            | Penulisan resep sesuai formularium                                               | %                                                       | 100%                               | 100%     |
| GIZI                       | Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien                                  | %                                                       | 80%                                | 89%      |
|                            | Sisa makanan yang tidak termasuk oleh pasien                                     | %                                                       | 20%                                | 10%      |
|                            | Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet                                   | %                                                       | 100%                               | 100%     |
| Band darah/UTDRS           | Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi                                  | %                                                       | 0                                  | 100      |
|                            | Kejadian reaksi transfusi                                                        | %                                                       | 0                                  | 0        |
| Pelayanan GAKIN            | Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan     | %                                                       | 100                                | 100      |
| Rekam Medik                | Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan               | %                                                       | 100%                               | 100%     |
|                            | Kelengkapan informend concent setelah mendapatkan informasi yang jelas           | %                                                       | 100%                               | 100%     |
|                            | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan                       | Menit                                                   | 5 menit                            | 4 menit  |
|                            | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap                        | Menit                                                   | 12 menit                           | 6 menit  |
| Pengelolaan limbah         | Baku mutu limbah cair                                                            | Mg/l                                                    | 0                                  | 30       |
|                            |                                                                                  | Mg/l                                                    | 0                                  | 80       |
|                            |                                                                                  | Mg/l                                                    | 0                                  | 30       |
|                            |                                                                                  | Ph                                                      | 0                                  | 7        |
|                            |                                                                                  | Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan | %                                  | 0        |
| Ambulance / kereta jenazah | Waktu pelayanan ambulance / kereta jenazah                                       | Jam                                                     | 24 jam                             | 24 jam   |
|                            | Kecepatan memberikan pelayanan ambulance / kereta jenazah dirumah sakit          | Menit                                                   | 120 menit                          | 70 menit |
|                            | Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan               | %                                                       | 5 menit setelah panggilan diterima | 5 menit  |
| Pemusararaan jenazah       | Waktu tanggap (response time)pelayanan pemusararan jenazah                       | Jam                                                     | 100                                | 70       |

|                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                      |                                                   |          |          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------|----------|
|                                                                                                                                                      | Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit                                                                                                                                              | Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat                                                                            | %                                                 | 17,5%    | 60%      |
|                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                        | Ketepatan Waktu pemeliharaan alat                                                                                    | %                                                 | 75%      | 85%      |
|                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                        | Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan | %                                                 | 15%      | 80%      |
|                                                                                                                                                      | Pelayanan Laundry                                                                                                                                                                      | Tidak adanya kejadian linen yang hilang                                                                              | %                                                 | 100%     | 100%     |
|                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                        | Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap                                                              | %                                                 | 100%     | 100%     |
|                                                                                                                                                      | Pencegahan dan pengendalian Infeksi (PPI)                                                                                                                                              | Adanya Anggota tim PPI yang terlatih                                                                                 | %                                                 | 0        | 75       |
|                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                        | Tersedia APD di setiap instalasi/departemen                                                                          | %                                                 | 0        | 60       |
|                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                        | Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/HAI (Health Care Associated Infection) di RS (min 1 Parameter)  | %                                                 | 0        | 75       |
|                                                                                                                                                      | <b>Sasaran 2</b><br>Meningkatnya kualitas sistem perencanaan, pelaksanaan, pengawasan dan pengendalian serta penilaian yang akuntabel, transparan dengan menerapkan SIMRS dan PPK-BLUD | Administrasi dan Manajemen                                                                                           | Tidak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi | Hari     | 100%     |
| Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja                                                                                                            |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                      | 3 bulan                                           | 100%     | 100%     |
| Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat                                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                      | %                                                 | 100%     | 100%     |
| Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala                                                                                                              |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                      | %                                                 | 100%     | 100%     |
| Cost recovery                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                      | %                                                 | 10%      | 35%      |
| Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan                                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                      | Bulan                                             | 80%      | 100%     |
| Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap                                                                                |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                      | Jam                                               | 50 menit | 10 menit |
| Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) ketepatan waktu                                                                                         | %                                                                                                                                                                                      | 60%                                                                                                                  | 100%                                              |          |          |
| <b>Sasaran 3</b><br>Meningkatnya profesionalisme sumber daya manusia berbasis kompetensi                                                             | Administrasi dan Manajemen                                                                                                                                                             | Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun                                                              | %                                                 | 10%      | 35%      |
| <b>Sasaran 4</b><br>Meningkatnya etika petugas dalam memberikan pelayanan yang ramah, sopan, santun dengan menerapkan prinsip 3S (senyum,salam,sapa) | Unit                                                                                                                                                                                   | Kepuasan pelanggan UGD                                                                                               | %                                                 | 65%      | 69%      |
|                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                        | Kepuasan pelanggan rawat jalan                                                                                       | %                                                 | 85%      | 90%      |
|                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                        | Kepuasan pelanggan rawat inap                                                                                        | %                                                 | 90%      | 90%      |
|                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                        | Kepuasan pelanggan KIA                                                                                               | %                                                 | 60%      | 80%      |
|                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                        | Kepuasan pelanggan Radiologi                                                                                         | %                                                 | 70%      | 80%      |
|                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                        | Kepuasan pelanggan Laboratorium                                                                                      | %                                                 | 75%      | 80%      |
|                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                        | Kepuasan pelanggan rehabilitasi medik                                                                                | %                                                 | 70%      | 80%      |
| Kepuasan pelanggan Farmasi                                                                                                                           | %                                                                                                                                                                                      | 70%                                                                                                                  | 80%                                               |          |          |

## 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 2018 sebagai berikut:

Tabel 2.3. Program Untuk Pencapaian Sasaran Tahun 2018

| SASARAN                                                                                                                                                            | PROGRAM PENDUKUNG                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Meningkatnya mutu dan efisiensi pelayanan rumah sakit                                                                                                              | Program Pengadaan sarana dan prasarana rumah sakit |
|                                                                                                                                                                    | Program Upaya kesehatan masyarakat                 |
|                                                                                                                                                                    | Program Peningkatan mutu pelayanan kesehatan BLUD  |
| Meningkatnya kualitas sistem perencanaan, pelaksanaan, pengawasan dan pengendalian serta penilaian yang akuntabel, transparan dengan menerapkan SIMRS dan PPK-BLUD | Program Administrasi perkantoran                   |
| Meningkatnya profesionalisme sumber daya manusia berbasis kompetensi                                                                                               | Program Peningkatan mutu pelayanan kesehatan BLUD  |
| Meningkatnya etika petugas dalam memberikan pelayanan yang ramah, sopan, santun dengan menerapkan prinsip 3S (senyum,salam,sapa)                                   | Program Peningkatan mutu pelayanan kesehatan BLUD  |

## PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2018

Perjanjian Kinerja (PK) merupakan dokumen pernyataan/kesepakatan antara atasan dan bawahan untuk mencapai target kinerja yang ditetapkan satu instansi. Dokumen ini memuat sasaran strategis, indikator kinerja dan target kinerja beserta program dan anggaran. Penyusunan PK 2018 dilakukan dengan mengacu kepada RENSTRA, RENCANA KERJA (RENJA) 2018, IKU dan APBD. Rumah Sakit Umum Arifin Nu'mang telah menetapkan PK sebagai berikut:

Tabel 2.4. Perjanjian Kinerja Rumah Sakit Arifin Nu'mang Tahun 2018

| SASARAN                                                            | JENIS PELAYANAN        | INDIKATOR KINERJA UTAMA |                                                                                         | SATUAN | STANDAR MINIMAL                                  | TARGET                   |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------------------------------------------|--------------------------|
| Sasaran 1<br>Meningkatnya mutu dan efisiensi pelayanan rumah sakit | Gawat Darurat          | 1.                      | Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa                                         | %      | 100%                                             | 100%                     |
|                                                                    |                        | 2.                      | Jam buka pelayanan Gawat Darurat                                                        | Jam    | 24 Jam                                           | 24 Jam                   |
|                                                                    |                        | 3.                      | Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS | %      | 100%                                             | 100%                     |
|                                                                    |                        | 4.                      | Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana                                                 | Tim    | 1 Tim                                            | 1 Tim                    |
|                                                                    |                        | 5.                      | Waktu tanggap pelayanan Dokter di rawat Darurat                                         | Menit  | 5 Menit                                          | 5 Menit                  |
|                                                                    |                        | 7.                      | Kematian pasien < 24 jam                                                                | ‰      | Dua per seribu                                   | Dua per seribu           |
|                                                                    |                        | 8.                      | Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka                                  | %      | 100%                                             | 100%                     |
|                                                                    |                        |                         | Rawat Jalan                                                                             | 1.     | Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis | %                        |
| 2.                                                                 | Ketersediaan pelayanan |                         |                                                                                         | %      | a. Klinik Anak                                   | a. Klinik Anak           |
|                                                                    |                        |                         |                                                                                         | %      | b. Klinik Penyakit Dalam                         | b. Klinik Penyakit Dalam |
|                                                                    |                        |                         |                                                                                         | %      | c. Klinik Kebidanan                              | c. Klinik Kebidanan      |
|                                                                    |                        |                         |                                                                                         | %      | d. Klinik Bedah                                  | d. Klinik Bedah          |

|               |                               |                                                                    |                                                                |                                                                         |                                                                             |      |
|---------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------|
|               | 3.                            | Jam buka pelayanan                                                 | Jam                                                            | 08.00 s/d 13.00<br>Setiap Hari kerja<br>kecuali Jum'at :<br>08.00-11.00 | 08.00 s/d 13.00<br>Setiap Hari<br>kerja kecuali<br>Jum'at : 08.00-<br>11.00 |      |
|               | 4.                            | Waktu tunggu di Rawat Jalan                                        | Menit                                                          | 60 Menit                                                                | 60 Menit                                                                    |      |
|               | 6.                            | a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan<br>miskroskop TB     | %                                                              | 100%                                                                    | 100%                                                                        |      |
|               |                               | b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan<br>pelaporan TB di RS     | %                                                              | 100%                                                                    | 100%                                                                        |      |
| Rawat Inap    | 1.                            | Pemberi pelayanan di Rawat Inap                                    | %                                                              | a. dr. Spesialis                                                        | a. dr. Spesialis                                                            |      |
|               |                               |                                                                    | %                                                              | b. Perawat                                                              | b. Perawat                                                                  |      |
|               | 2.                            | Dokter Penanggungjawab pasien rawat inap                           | %                                                              | 100%                                                                    | 100%                                                                        |      |
|               | 3.                            | Ketersediaan pelayanan rawat inap                                  | %                                                              | a. Anak                                                                 | a. Anak                                                                     |      |
|               |                               |                                                                    | %                                                              | b. Penyakit Dalam                                                       | b. Penyakit<br>Dalam                                                        |      |
|               |                               |                                                                    | %                                                              | c. Kebidanan                                                            | c. Kebidanan                                                                |      |
|               |                               |                                                                    | %                                                              | d. Bedah                                                                | d. Bedah                                                                    |      |
|               | 4.                            | Jam visite Dokter Spesialis                                        | Jam                                                            | 08.00- 14.00                                                            | 08.00- 14.00                                                                |      |
|               | 5.                            | Kejadian infeksi pasca operasi                                     | %                                                              | Maximum 1,5 %                                                           | Maximum 1,5 %                                                               |      |
|               | 6.                            | Kejadian infeksi nosokomial                                        | %                                                              | Maximum 1,5 %                                                           | Maximum 1,5 %                                                               |      |
|               | 7.                            | Tidak Adanya Kejadian pasien jatuh berakibat<br>kecacatan/kematian | %                                                              | 100%                                                                    | 100%                                                                        |      |
|               | 8.                            | Kematian pasien >48 jam                                            | %                                                              | 0,24%                                                                   | 0,24%                                                                       |      |
|               | 9.                            | Kejadian Pulang Paksa                                              | %                                                              | 5%                                                                      | 5%                                                                          |      |
|               |                               |                                                                    |                                                                |                                                                         |                                                                             |      |
|               | 11.                           | Rawat Inap TB                                                      |                                                                |                                                                         |                                                                             |      |
|               |                               |                                                                    | a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan<br>miskroskop TB | %                                                                       | 100%                                                                        | 100% |
|               |                               |                                                                    | b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan<br>pelaporan TB di RS | %                                                                       | 100%                                                                        | 100% |
| 12.           | BOR ( Bed Occupancy Rate)     | %                                                                  | 60%                                                            | 60%                                                                     |                                                                             |      |
| 13.           | AvLOS(Average Length of Stay) | Hari                                                               | 6 hari                                                         | 6 hari                                                                  |                                                                             |      |
| 14.           | TOI ( Turn of Interval)       | Hari                                                               | 1 hari                                                         | 1 hari                                                                  |                                                                             |      |
| 15.           | BTO ( Bed Turn Over)          | Kali                                                               | 40 kali                                                        | 40 kali                                                                 |                                                                             |      |
| 16.           | NDR ( Nett Death Rate)        | ‰                                                                  | <25 perseribu                                                  | <25 perseribu                                                           |                                                                             |      |
| 17.           | GDR (Gross Death Rate)        | ‰                                                                  | <45 perseribu                                                  | <45 perseribu                                                           |                                                                             |      |
| Bedah Sentral | 1.                            | Waktu Tunggu operasi elektif                                       | Hari                                                           | 2 hari                                                                  | 2 hari                                                                      |      |
|               | 2.                            | Kejadian kematian di meja operasi                                  | %                                                              | Max. 1 %                                                                | Max. 1 %                                                                    |      |
|               | 3.                            | Tidak adanya kejadian operasi salah sisi                           | %                                                              | 100%                                                                    | 100%                                                                        |      |
|               | 4.                            | Tidak adanya kejadian operasi salah orang                          | %                                                              | 100%                                                                    | 100%                                                                        |      |
|               | 5.                            | Tidak adanya kejadian salah tindakan pada<br>operasi               | %                                                              | 100%                                                                    | 100%                                                                        |      |

|                                                                                               |    |                                                                                                                           |                                                      |                                                                             |                                                                             |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------|
|                                                                                               | 6. | Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi                                    | %                                                    | 100%                                                                        | 100%                                                                        |                  |
|                                                                                               | 7. | Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan anestesi endotracheal tube                     | %                                                    | 6 %                                                                         | 6 %                                                                         |                  |
| Persalinan, perinatologi (kecuali rumah sakit khusus di luar rumah sakit ibu dan anak) dan KB | 1. | Kejadian kematian ibu karena persalinan                                                                                   | %                                                    | a. Perdarahan Max 1 %                                                       | a. Perdarahan Max 1 %                                                       |                  |
|                                                                                               |    |                                                                                                                           | %                                                    | b. Pre-eklampsia Max 30%                                                    | b. Pre-eklampsia Max 30%                                                    |                  |
|                                                                                               |    |                                                                                                                           | %                                                    | c. Sepsis Max 0,2 %                                                         | c. Sepsis Max 0,2 %                                                         |                  |
|                                                                                               | 2. | Pemberi pelayanan persalinan normal                                                                                       | %                                                    | a. Dokter Sp.OG                                                             | a. Dokter Sp.OG                                                             |                  |
|                                                                                               |    |                                                                                                                           | %                                                    | b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal)                          | b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal)                          |                  |
|                                                                                               |    |                                                                                                                           | %                                                    | c. Bidan                                                                    | c. Bidan                                                                    |                  |
|                                                                                               | 3. | Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit                                                                              | Tim                                                  | Tim PONEK yang terlatih                                                     | Tim PONEK yang terlatih                                                     |                  |
|                                                                                               |    | 4.                                                                                                                        | Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi | Orang                                                                       | c. Dokter Sp. OG                                                            | c. Dokter Sp. OG |
|                                                                                               |    |                                                                                                                           |                                                      | Orang                                                                       | d. Dokter Sp.A                                                              | d. Dokter Sp.A   |
|                                                                                               |    |                                                                                                                           | Orang                                                | e. Dokter Sp.An/Dokter lainnya                                              | e. Dokter Sp.An/Dokter lainnya                                              |                  |
|                                                                                               | 5. | Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr                                                                                | %                                                    | 100%                                                                        | 100%                                                                        |                  |
|                                                                                               | 6. | Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria                                                                             | %                                                    | Max 20 %                                                                    | Max 20 %                                                                    |                  |
|                                                                                               | 7. | Keluarga berencana                                                                                                        |                                                      |                                                                             |                                                                             |                  |
|                                                                                               |    | a. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr.Sp.Og, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr.umum terlatih | %                                                    | 100%                                                                        | 100%                                                                        |                  |
|                                                                                               |    | b. Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidang terlatih                                         | %                                                    | 100%                                                                        | 100%                                                                        |                  |
|                                                                                               |    |                                                                                                                           |                                                      |                                                                             |                                                                             |                  |
| Intensif                                                                                      | 1. | Rata – rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam                                     | %                                                    | Max 3%                                                                      | Max 3%                                                                      |                  |
|                                                                                               | 2. | Pemberi pelayanan unit intensif                                                                                           | %                                                    | a. Dokter Sp.Anestesi dandokter spesialis sesuai degan kasus yang ditangani | a. Dokter Sp.Anestesi dandokter spesialis sesuai degan kasus yang ditangani |                  |

|                      |    |                                                                                  | %     | b. 100 % perawat minimal D3 dengan sertifikat perawatan mahir ICU/ setara | b. 100 % perawat minimal D3 dengan sertifikat perawatan mahir ICU/ setara |
|----------------------|----|----------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Radiologi            | 1. | Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto                                         | Jam   | Max 3 jam                                                                 | Max 3 jam                                                                 |
|                      | 2. | Pelaksanaan ekspertisi                                                           | Orang | Dokter Sp. Rad dan Dokter lainnya                                         | Dokter Sp. Rad dan Dokter lainnya                                         |
|                      | 3. | Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen                                             | %     | Kerusakan foto Max 2 %                                                    | Kerusakan foto Max 2 %                                                    |
|                      |    |                                                                                  |       |                                                                           |                                                                           |
| Lab. Patologi Klinik | 1. | Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium                                        | Menit | Max 140 menit kimia darah & darah rutin                                   | Max 140 menit kimia darah & darah rutin                                   |
|                      | 2. | Pelaksana ekspertisi                                                             | Orang | Dokter Sp. PK atau Dokter spesialis lain                                  | Dokter Sp. PK atau Dokter spesialis lain                                  |
|                      | 3. | Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium                  | %     | 100%                                                                      | 100%                                                                      |
|                      |    |                                                                                  |       |                                                                           |                                                                           |
| Rehabilitas Medik    | 1. | Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitas Medik yang di rencanakan | %     | Max 50 %                                                                  | Max 50 %                                                                  |
|                      | 2. | Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitas medik                       | %     | 100%                                                                      | 100%                                                                      |
|                      |    |                                                                                  |       |                                                                           |                                                                           |
| Farmasi              | 1. | Waktu tunggu pelayanan obat                                                      |       |                                                                           |                                                                           |
|                      |    | a. Obat jadi                                                                     | Menit | a. 30 menit                                                               | a. 30 menit                                                               |
|                      |    | b. Racikan                                                                       | Menit | b. 60 menit                                                               | b. 60 menit                                                               |
|                      | 2. | Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat                                   | %     | 100%                                                                      | 100%                                                                      |
|                      |    |                                                                                  |       |                                                                           |                                                                           |
|                      | 4. | Penulisan resep sesuai formularium                                               | %     | 80%                                                                       | 80%                                                                       |
| GIZI                 | 1. | Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien                                  | %     | 90%                                                                       | 90%                                                                       |
|                      | 2. | Sisa makanan yang tidak termasuk oleh pasien                                     | %     | max 20 %                                                                  | max 20 %                                                                  |
|                      | 3. | Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet                                   | %     | 100%                                                                      | 100%                                                                      |
| Band darah/ UTDRS    | 1. | Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi                                  | %     | 100 % terpenuhi                                                           | 100 % terpenuhi                                                           |
|                      | 2. | Kejadian reaksi transfusi                                                        | %     | Max 0,01 %                                                                | Max 0,01 %                                                                |
| Pelayanan GAKIN      | 1. | Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan     | %     | 100 % terlayani                                                           | 100 % terlayani                                                           |
| Rekam Medik          | 1. | Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan               | %     | 100%                                                                      | 100%                                                                      |



|                                                                                                                                                                                        |                                           |    |                                                                                                                      |         |                     |                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------------|---------------------|
|                                                                                                                                                                                        |                                           | 2. | Kelengkapan informend concent setelah mendapatkan informasi yang jelas                                               | %       | 100%                | 100%                |
|                                                                                                                                                                                        |                                           | 3. | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan                                                           | Menit   | 10 menit            | 10 menit            |
|                                                                                                                                                                                        |                                           | 4. | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap                                                            | Menit   | 15 menit            | 15 menit            |
|                                                                                                                                                                                        | Pengelolaan limbah                        | 1. | Baku mutu limbah cair                                                                                                | Mg/l    | a. BOD < 30 mg/l    | a. BOD < 30 mg/l    |
|                                                                                                                                                                                        |                                           |    |                                                                                                                      | Mg/l    | b. COD < 80 mg/l    | b. COD < 80 mg/l    |
|                                                                                                                                                                                        |                                           |    |                                                                                                                      | Mg/l    | c. TSS < 30 mg/l    | c. TSS < 30 mg/l    |
|                                                                                                                                                                                        |                                           |    |                                                                                                                      | Ph      | d. PH 6-9           | d. PH 6-9           |
|                                                                                                                                                                                        |                                           | 2. | Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan                                                              | %       | 100%                | 100%                |
|                                                                                                                                                                                        | Ambulance / kereta jenazah                | 1. | Waktu pelayanan ambulance / kereta jenazah                                                                           | Jam     | 24 jam              | 24 jam              |
|                                                                                                                                                                                        |                                           | 2. | Kecepatan memberikan pelayanan ambulance / kereta jenazah dirumah sakit                                              | Menit   | 30 menit            | 30 menit            |
|                                                                                                                                                                                        |                                           | 3. | Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan                                                   | %       | 100%                | 100%                |
|                                                                                                                                                                                        | Pemulasaraan jenazah                      | 1. | Waktu tanggap (response time)pelayanan pemulasaran jenazah                                                           | Jam     | 2 jam               | 2 jam               |
|                                                                                                                                                                                        | Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit | 1. | Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat                                                                            | %       | 80%                 | 80%                 |
|                                                                                                                                                                                        |                                           | 2. | Ketepatan Waktu pemeliharaan alat                                                                                    | %       | 100%                | 100%                |
|                                                                                                                                                                                        |                                           | 3. | Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan | %       | 50%                 | 50%                 |
|                                                                                                                                                                                        | Pelayanan Laundry                         | 1. | Tidak adanya kejadian linen yang hilang                                                                              | %       | 80%                 | 80%                 |
|                                                                                                                                                                                        |                                           | 2. | Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap                                                              | %       | 80%                 | 80%                 |
|                                                                                                                                                                                        | Pencegahan dan pengendalian Infeksi (PPI) | 1. | Adanya Anggota tim PPI yang terlatih                                                                                 | %       | 75%                 | 75%                 |
|                                                                                                                                                                                        |                                           | 2. | Tersedia APD di setiap instalasi/departemen                                                                          | %       | 60%                 | 60%                 |
|                                                                                                                                                                                        |                                           | 3. | Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/HAI (Health Care Associated Infection) di RS (min 1 Parameter)  | %       | 75%                 | 75%                 |
| <b>Sasaran 2</b><br>Meningkatnya kualitas sistem perencanaan, pelaksanaan, pengawasan dan pengendalian serta penilaian yang akuntabel, transparan dengan menerapkan SIMRS dan PPK-BLUD |                                           | 1. | Tidak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi                                                                    | Hari    | Max 2 hari          | Max 2 hari          |
|                                                                                                                                                                                        |                                           | 2. | Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja                                                                            | 3 bulan | Min. 3 bulan sekali | Min. 3 bulan sekali |
|                                                                                                                                                                                        |                                           | 3. | Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat                                                                          | %       | 100%                | 100%                |
|                                                                                                                                                                                        |                                           | 4. | Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala                                                                              | %       | 100%                | 100%                |
|                                                                                                                                                                                        |                                           | 5. | Cost recovery                                                                                                        | %       | 40%                 | 40%                 |
|                                                                                                                                                                                        |                                           | 6. | Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan                                                                          | Bulan   | Tgl 10 tiap bulan   | Tgl 10 tiap bulan   |
|                                                                                                                                                                                        |                                           | 7. | Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap                                                | Jam     | Max 2 jam           | Max 2 jam           |
|                                                                                                                                                                                        |                                           | 8. | Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) ketepatan waktu                                                         | %       | 100%                | 100%                |

|                                                                                                                                                      |    |                            |                                                         |     |         |         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------|---------------------------------------------------------|-----|---------|---------|
| <b>Sasaran 3</b><br>Meningkatnya profesionalisme sumber daya manusia berbasis kompetensi                                                             |    | 1                          | Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun | %   | 100%    | 100%    |
|                                                                                                                                                      |    | 6.                         | Kepuasan pelanggan UGD                                  | %   | 70%     | 70%     |
| <b>Sasaran 4</b><br>Meningkatnya etika petugas dalam memberikan pelayanan yang ramah, sopan, santun dengan menerapkan prinsip 3S (senyum,salam,sapa) |    | 5.                         | Kepuasan pelanggan rawat jalan                          | %   | 90%     | 90%     |
|                                                                                                                                                      |    | 10                         | Kepuasan pelanggan rawat inap                           | %   | 90%     | 90%     |
|                                                                                                                                                      |    | 8.                         | Kepuasan pelanggan KIA                                  | %   | 80 %    | 80 %    |
|                                                                                                                                                      |    | 4.                         | Kepuasan pelanggan Radiologi                            | %   | 80%     | 80%     |
|                                                                                                                                                      |    | 4.                         | Kepuasan pelanggan Laboratorium                         | %   | Max 80% | Max 80% |
|                                                                                                                                                      |    | 3.                         | Kepuasan pelanggan rehabilitasi medik                   | %   | 80%     | 80%     |
|                                                                                                                                                      | 3. | Kepuasan pelanggan Farmasi | %                                                       | 80% | 80%     |         |

### STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM)

Standar Pelayanan Minimal (SPM) merupakan ukuran keberhasilan organisasi dalam mencapai tujuan dan merupakan ikhtisar hasil berbagai Program dan Kegiatan sebagai penjabaran tugas dan fungsi organisasi. Rumah Sakit Arifin Nu'mang telah menetapkan SPM sebagai berikut:

Tabel 2.5. SPM Rumah Sakit Arifin Nu'mang

| SASARAN                                                                   | JENIS PELAYANAN | INDIKATOR KINERJA UTAMA | SATUAN                                                                                  | STANDAR MINIMAL | SUMBER DATA |                    |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------|--------------------|
| <b>Sasaran 1</b><br>Meningkatnya mutu dan efisiensi pelayanan rumah sakit | Gawat Darurat   | 1.                      | Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa                                         | %               | 100%        | Unit Gawat Darurat |
|                                                                           |                 | 2.                      | Jam buka pelayanan Gawat Darurat                                                        | Jam             | 24 Jam      |                    |
|                                                                           |                 | 3.                      | Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS | %               | 100%        |                    |
|                                                                           |                 | 4.                      | Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana                                                 | Tim             | 1 Tim       |                    |
|                                                                           |                 | 5.                      | Waktu tanggap pelayanan Dokter di rawat                                                 | Menit           | 5 Menit     |                    |

|             |                                                                                                                                             |                                                                 |        |                                                                      |                            |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------|
|             |                                                                                                                                             | Darurat                                                         |        |                                                                      |                            |
|             |                                                                                                                                             |                                                                 |        |                                                                      |                            |
|             | 7.                                                                                                                                          | Kematian pasien < 24 jam                                        | %      | Dua per seribu                                                       |                            |
|             | 8.                                                                                                                                          | Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka          | %      | 100%                                                                 |                            |
| Rawat Jalan | 1.                                                                                                                                          | Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis                | %      | 100 % Dokter Spesialis                                               | Polik Klinik               |
|             | 2.                                                                                                                                          | Ketersediaan pelayanan                                          | %      | a. Klinik Anak                                                       |                            |
|             |                                                                                                                                             |                                                                 | %      | b. Klinik Penyakit Dalam                                             |                            |
|             |                                                                                                                                             |                                                                 | %      | c. Klinik Kebidanan                                                  |                            |
|             |                                                                                                                                             |                                                                 | %      | d. Klinik Bedah                                                      |                            |
|             | 3.                                                                                                                                          | Jam buka pelayanan                                              | Jam    | 08.00 s/d 13.00<br>Setiap Hari kerja kecuali Jum'at :<br>08.00-11.00 |                            |
|             | 4.                                                                                                                                          | Waktu tunggu di Rawat Jalan                                     | Menit  | 60 Menit                                                             |                            |
| 6.          | a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan miskroskop TB<br>b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS                  | %                                                               | 100%   |                                                                      |                            |
|             |                                                                                                                                             | %                                                               | 100%   |                                                                      |                            |
| Rawat Inap  | 1.                                                                                                                                          | Pemberi pelayanan di Rawat Inap                                 | %      | a. dr. Spesialis                                                     | Ruang Perawatan rawat inap |
|             |                                                                                                                                             |                                                                 | %      | b. Perawat                                                           |                            |
|             | 2.                                                                                                                                          | Dokter Penanggungjawab pasien rawat inap                        | %      | 100%                                                                 |                            |
|             | 3.                                                                                                                                          | Ketersediaan pelayanan rawat inap                               | %      | a. Anak                                                              |                            |
|             |                                                                                                                                             |                                                                 | %      | b. Penyakit Dalam                                                    |                            |
|             |                                                                                                                                             |                                                                 | %      | c. Kebidanan                                                         |                            |
|             |                                                                                                                                             |                                                                 | %      | d. Bedah                                                             |                            |
|             | 4.                                                                                                                                          | Jam visite Dokter Spesialis                                     | Jam    | 08.00- 14.00                                                         |                            |
|             | 5.                                                                                                                                          | Kejadian infeksi pasca operasi                                  | %      | Maximum 1,5 %                                                        |                            |
|             | 6.                                                                                                                                          | Kejadian infeksi nosokomial                                     | %      | Maximum 1,5 %                                                        |                            |
|             | 7.                                                                                                                                          | Tidak Adanya Kejadian pasien jatuh berakibat kecacatan/kematian | %      | 100%                                                                 |                            |
|             | 8.                                                                                                                                          | Kematian pasien >48 jam                                         | %      | 0,24%                                                                |                            |
|             | 9.                                                                                                                                          | Kejadian Pulang Paksa                                           | %      | 5%                                                                   |                            |
|             |                                                                                                                                             |                                                                 |        |                                                                      |                            |
| 11          | Rawat Inap TB<br>a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan miskroskop TB<br>b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS | %                                                               | 100%   |                                                                      |                            |
|             |                                                                                                                                             | %                                                               | 100%   |                                                                      |                            |
| 12          | BOR ( Bed Occupancy Rate)                                                                                                                   | %                                                               | 60%    |                                                                      |                            |
| 13          | AvLOS(Average Length of Stay)                                                                                                               | Hari                                                            | 6 hari |                                                                      |                            |

|                                                                                               |                                                                                                                           |                                                      |                                                                                                       |                                                   |                                                  |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------|
|                                                                                               |                                                                                                                           | 14                                                   | TOI ( Turn of Interval)                                                                               | Hari                                              | 1 hari                                           |               |
|                                                                                               |                                                                                                                           | 15                                                   | BTO ( Bed Turn Over)                                                                                  | Kali                                              | 40 kali                                          |               |
|                                                                                               |                                                                                                                           | 16                                                   | NDR (Nett Death Rate)                                                                                 | ‰                                                 | <25 perseribu                                    |               |
|                                                                                               |                                                                                                                           | 17                                                   | GDR (Gross Death Rate)                                                                                | ‰                                                 | <45 perseribu                                    |               |
| Bedah Sentral                                                                                 |                                                                                                                           | 1.                                                   | Waktu Tunggu operasi elektif                                                                          | Hari                                              | 2 hari                                           | Kamar Operasi |
|                                                                                               |                                                                                                                           | 2.                                                   | Kejadian kematian di meja operasi                                                                     | %                                                 | Max. 1 %                                         |               |
|                                                                                               |                                                                                                                           | 3.                                                   | Tidak adanya kejadian operasi salah sisi                                                              | %                                                 | 100%                                             |               |
|                                                                                               |                                                                                                                           | 4.                                                   | Tidak adanya kejadian operasi salah orang                                                             | %                                                 | 100%                                             |               |
|                                                                                               |                                                                                                                           | 5.                                                   | Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi                                                     | %                                                 | 100%                                             |               |
|                                                                                               |                                                                                                                           | 6.                                                   | Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi                | %                                                 | 100%                                             |               |
|                                                                                               |                                                                                                                           | 7.                                                   | Komplikasi anastesi karena overdosis, reaksi anastesi dan salah penempatan anastesi endotracheal tube | %                                                 | 6 %                                              |               |
| Persalinan, perinatologi (kecuali rumah sakit khusus di luar rumah sakit ibu dan anak) dan KB | 1.                                                                                                                        | Kejadian kematian ibu karena persalinan              | %                                                                                                     | a. Perdarahan Max 1 %                             | Kamar Bersalin, Nifas, Perinatologi, Polik Obgyn |               |
|                                                                                               |                                                                                                                           |                                                      | %                                                                                                     | b. Pre-eklampsia Max 30%                          |                                                  |               |
|                                                                                               |                                                                                                                           |                                                      | %                                                                                                     | c. Sepsis Max 0,2 %                               |                                                  |               |
|                                                                                               | 2.                                                                                                                        | Pemberi pelayanan persalinan normal                  | %                                                                                                     | a. Dokter Sp. OG                                  |                                                  |               |
|                                                                                               |                                                                                                                           |                                                      | %                                                                                                     | b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal |                                                  |               |
|                                                                                               |                                                                                                                           |                                                      | %                                                                                                     | c. Bidan                                          |                                                  |               |
|                                                                                               | 3.                                                                                                                        | Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit         | Tim                                                                                                   | Tim PONEK yang terlatih                           |                                                  |               |
|                                                                                               | 4.                                                                                                                        | Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi | Orang                                                                                                 | c. Dokter Sp. OG                                  |                                                  |               |
|                                                                                               |                                                                                                                           |                                                      | Orang                                                                                                 | d. Dokter Sp.A                                    |                                                  |               |
|                                                                                               |                                                                                                                           |                                                      | Orang                                                                                                 | e. Dokter Sp.An/Dokter lainnya                    |                                                  |               |
|                                                                                               | 5.                                                                                                                        | Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr           | %                                                                                                     | 100%                                              |                                                  |               |
|                                                                                               | 6.                                                                                                                        | Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria        | %                                                                                                     | Max 20 %                                          |                                                  |               |
|                                                                                               | 7.                                                                                                                        | Keluarga berencana                                   |                                                                                                       |                                                   |                                                  |               |
|                                                                                               | a. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr.Sp.Og, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr.umum terlatih | %                                                    | 100%                                                                                                  |                                                   |                                                  |               |
|                                                                                               | b. Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidang terlatih                                         | %                                                    | 100%                                                                                                  |                                                   |                                                  |               |
|                                                                                               |                                                                                                                           |                                                      |                                                                                                       |                                                   |                                                  |               |

|                      |    |                                                                                       |       |                                                                               |                      |
|----------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Intensif             | 1. | Rata – rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam | %     | Max 3%                                                                        | High care unit (HCU) |
|                      | 2. | Pemberi pelayanan unit intensif                                                       | %     | a. Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani |                      |
|                      |    |                                                                                       | %     | b. 100 % perawat minimal D3 dengan sertifikat perawatan mahir ICU/ setara     |                      |
| Radiologi            | 1. | Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto                                              | Jam   | Max 3 jam                                                                     | Radiologi            |
|                      | 2. | Pelaksanaan ekspertisi                                                                | Orang | Dokter Sp. Rad dan Dokter lainnya                                             |                      |
|                      | 3. | Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen                                                  | %     | Kerusakan foto Max 2 %                                                        |                      |
|                      |    |                                                                                       |       |                                                                               |                      |
| Lab. Patologi Klinik | 1. | Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium                                             | Menit | Max 140 menit kimia darah & darah rutin                                       | Laboratorium         |
|                      | 2. | Pelaksana ekspertisi                                                                  | Orang | Dokter Sp. PK atau Dokter spesialis lain                                      |                      |
|                      | 3. | Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium                       | %     | 100%                                                                          |                      |
|                      |    |                                                                                       |       |                                                                               |                      |
| Rehabilitas Medik    | 1. | Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitas Medik yang di rencanakan      | %     | Max 50 %                                                                      | Fisioterapi          |
|                      | 2. | Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitas medik                            | %     | 100%                                                                          |                      |
|                      |    |                                                                                       |       |                                                                               |                      |
| Farmasi              | 1. | Waktu tunggu pelayanan obat                                                           |       |                                                                               | Farmasi              |
|                      |    | a. Obat jadi                                                                          | Menit | a. 30 menit                                                                   |                      |
|                      |    | b. Racikan                                                                            | Menit | b. 60 menit                                                                   |                      |
|                      | 2. | Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat                                        | %     | 100%                                                                          |                      |
|                      | 4. | Penulisan resep sesuai formularium                                                    | %     | 80%                                                                           |                      |
| GIZI                 | 1. | Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien                                       | %     | 90%                                                                           | Gizi                 |
|                      | 2. | Sisa makanan yang tidak termasuk oleh pasien                                          | %     | max 20 %                                                                      |                      |

|                                                               |                            |                                                                                                                      |                                                   |                  |                     |            |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------|---------------------|------------|
|                                                               | 3.                         | Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet                                                                       | %                                                 | 100%             |                     |            |
| Band darah/<br>UTDRS                                          | 1.                         | Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi                                                                      | %                                                 | 100 % terpenuhi  | UTDRS               |            |
|                                                               | 2.                         | Kejadian reaksi transfusi                                                                                            | %                                                 | Max 0,01 %       |                     |            |
| Pelayanan GAKIN                                               | 1.                         | Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan                                         | %                                                 | 100 % terlayani  | Jamkesda            |            |
| Rekam Medik                                                   | 1.                         | Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan                                                   | %                                                 | 100%             | Rekam medik         |            |
|                                                               | 2.                         | Kelengkapan informend concent setelah mendapatkan informasi yang jelas                                               | %                                                 | 100%             |                     |            |
|                                                               | 3.                         | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan                                                           | Menit                                             | 10 menit         |                     |            |
|                                                               | 4.                         | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap                                                            | Menit                                             | 15 menit         |                     |            |
| Pengelolaan limbah                                            | 1.                         | Baku mutu limbah cair                                                                                                | Mg/l                                              | a. BOD < 30 mg/l | Sanitasi            |            |
|                                                               |                            |                                                                                                                      | Mg/l                                              | b.COD < 80 mg/l  |                     |            |
|                                                               |                            |                                                                                                                      | Mg/l                                              | c. TSS < 30 mg/l |                     |            |
|                                                               |                            |                                                                                                                      | Ph                                                | d. PH 6-9        |                     |            |
|                                                               | 2.                         | Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan                                                              | %                                                 | 100%             |                     |            |
| Ambulance / kereta jenazah                                    | 1.                         | Waktu pelayanan ambulance / kereta jenazah                                                                           | Jam                                               | 24 jam           | Supir ambulance     |            |
|                                                               | 2.                         | Kecepatan memberikan pelayanan ambulance / kereta jenazah dirumah sakit                                              | Menit                                             | 30 menit         |                     |            |
|                                                               | 3.                         | Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan                                                   | %                                                 | 100%             |                     |            |
| Pemulasaran jenazah                                           | 1.                         | Waktu tanggap (response time)pelayanan pemulasaran jenazah                                                           | Jam                                               | 2 jam            |                     |            |
| Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit                     | 1.                         | Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat                                                                            | %                                                 | 80%              | IPRS                |            |
|                                                               | 2.                         | Ketepatan Waktu pemeliharaan alat                                                                                    | %                                                 | 100%             |                     |            |
|                                                               | 3.                         | Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan | %                                                 | 50%              |                     |            |
| Pelayanan Laundry                                             | 1.                         | Tidak adanya kejadian linen yang hilang                                                                              | %                                                 | 80%              | Loundry             |            |
|                                                               | 2.                         | Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap                                                              | %                                                 | 80%              |                     |            |
| Pencegahan dan pengendalian Infeksi (PPI)                     | 1.                         | Adanya Anggota tim PPI yang terlatih                                                                                 | %                                                 | 75%              | Komite PPI          |            |
|                                                               | 2.                         | Tersedia APD di setiap instalasi/departemen                                                                          | %                                                 | 60%              |                     |            |
|                                                               | 3.                         | Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/HAI (Health Care Associated Infection) di RS (min 1 Parameter)  | %                                                 | 75%              |                     |            |
| <b>Sasaran 2</b><br>Meningkatnya kualitas sistem perencanaan, | Administrasi dan Manajemen | 1.                                                                                                                   | Tidak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi | Hari             | Max 2 hari          | Tata Usaha |
|                                                               |                            | 2.                                                                                                                   | Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja         | 3 bulan          | Min. 3 bulan sekali |            |

|                                                                                                                                                      |                            |    |                                                                       |       |                   |                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------|-------|-------------------|---------------------------|
| pelaksanaan, pengawasan dan pengendalian serta penilaian yang akuntabel, transparan dengan menerapkan SIMRS dan PPK-BLUD                             |                            | 3. | Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat                           | %     | 100%              |                           |
|                                                                                                                                                      |                            | 4. | Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala                               | %     | 100%              |                           |
|                                                                                                                                                      |                            | 5. | Cost recovery                                                         | %     | 40%               |                           |
|                                                                                                                                                      |                            | 6. | Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan                           | Bulan | Tgl 10 tiap bulan |                           |
|                                                                                                                                                      |                            | 7. | Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap | Jam   | Max 2 jam         |                           |
|                                                                                                                                                      |                            | 8. | Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) ketepatan waktu          | %     | 100%              |                           |
| <b>Sasaran 3</b><br>Meningkatnya profesionalisme sumber daya manusia berbasis kompetensi                                                             | Administrasi dan Manajemen | 1  | Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun               | %     | 100%              | Dilkat                    |
| <b>Sasaran 4</b><br>Meningkatnya etika petugas dalam memberikan pelayanan yang ramah, sopan, santun dengan menerapkan prinsip 3S (senyum,salam,sapa) | Unit                       | 6. | Kepuasan pelanggan UGD                                                | %     | 70%               | Survey masing masing unit |
|                                                                                                                                                      |                            | 5. | Kepuasan pelanggan rawat jalan                                        | %     | 90%               |                           |
|                                                                                                                                                      |                            | 10 | Kepuasan pelanggan rawat inap                                         | %     | 90%               |                           |
|                                                                                                                                                      |                            | 8. | Kepuasan pelanggan KIA                                                | %     | 80 %              |                           |
|                                                                                                                                                      |                            | 4. | Kepuasan pelanggan Radiologi                                          | %     | 80%               |                           |
|                                                                                                                                                      |                            | 4. | Kepuasan pelanggan Laboratorium                                       | %     | Max 80%           |                           |
|                                                                                                                                                      |                            | 3. | Kepuasan pelanggan rehabilitasi medik                                 | %     | 80%               |                           |
|                                                                                                                                                      |                            | 3. | Kepuasan pelanggan Farmasi                                            | %     | 80%               |                           |

## RENCANA ANGGARAN TAHUN 2018

Berdasarkan Dokumen Pelaksanaan Anggaran Rumah Sakit Arifin Nu'mang, maka jumlah pendanaan yang dimungkinkan untuk dibelanjakan pada Tahun Anggaran 2018 adalah sebesar Rp. 48.306.820.000.- yang digunakan untuk membiayai Belanja Tidak Langsung sebesar Rp. 10.719.180.000,- dan Belanja Langsung sebesar Rp.37.587.640.000.- Secara rinci rencana anggaran Belanja Tidak Langsung dan Belanja Langsung dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 2.6. Rencana Belanja Rumah Sakit Arifin Nu'mang TA 2018

| No            | Uraian                 | Rencana (Rp)                | %          |
|---------------|------------------------|-----------------------------|------------|
| 1             | Belanja Tidak Langsung | Rp. 10.719.180.000.-        | 22         |
| 2             | Belanja Langsung       | Rp. 37.587.640.000.-        | 77         |
| <b>Jumlah</b> |                        | <b>Rp. 48.306.820.000.-</b> | <b>100</b> |

Alokasi anggaran belanja langsung tahun 2018 yang dialokasikan untuk membiayai program-program yang langsung mendukung pencapaian sasaran pembangunan adalah sebagai berikut :

Tabel 2.7. Alokasi Anggaran per Sasaran Tahun Anggaran 2018

| SASARAN                                                                   | JENIS PELAYANAN | INDIKATOR                                                                                  | ANGGARAN (Rp)        | PERSENTASE ANGGARAN |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------|
| <b>Sasaran 1</b><br>Meningkatnya mutu dan efisiensi pelayanan rumah sakit | Gawat Darurat   | Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa                                            | Rp. 34.871.629.000.- | 92,77%              |
|                                                                           |                 | Jam buka pelayanan Gawat Darurat                                                           |                      |                     |
|                                                                           |                 | Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku<br>BLS/PPGD/GELS/ALS |                      |                     |
|                                                                           |                 | Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana                                                    |                      |                     |
|                                                                           |                 | Waktu tanggap pelayanan Dokter di rawat Darurat                                            |                      |                     |
|                                                                           |                 | Kematian pasien < 24 jam                                                                   |                      |                     |
|                                                                           | Rawat Jalan     | Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka                                     |                      |                     |
|                                                                           |                 | Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis                                           |                      |                     |
|                                                                           |                 | Ketersediaan pelayanan.a.klinik anak                                                       |                      |                     |
|                                                                           |                 | b. Klinik Penyakit Dalam                                                                   |                      |                     |
|                                                                           |                 | c. Klinik Kebidanan                                                                        |                      |                     |
|                                                                           |                 | d. Klinik Bedah                                                                            |                      |                     |
|                                                                           |                 | Jam buka pelayanan : 08.00 s/d 13.00 Setiap Hari kerja kecuali Jum'at : 08.00-11.00        |                      |                     |
|                                                                           |                 | Waktu tunggu di Rawat Jalan                                                                |                      |                     |
|                                                                           |                 |                                                                                            |                      |                     |



|  |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
|  |                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB</li> <li>b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |
|  | Rawat Inap                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Pemberi pelayanan di Rawat Inap .</li> <li>a. dr. Spesialis</li> <li>b. Perawat</li> <li>Dokter Penanggungjawab pasien rawat inap</li> <li>Ketersediaan pelayanan rawat inap.      a. Anak</li> <li>b. Penyakit Dalam</li> <li>c. Kebidanan</li> <li>d. Bedah</li> <li>Jam visite Dokter Spesialis</li> <li>Kejadian infeksi pasca operasi</li> <li>Kejadian infeksi nosokomial</li> <li>Tidak Adanya Kejadian pasien jatuh berakibat kecacatan/kematian</li> <li>Kematian pasien &gt;48 jam</li> <li>Kejadian Pulang Paksa</li> <li>Rawat Inap TB</li> </ul> |  |  |
|  |                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB</li> <li>b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS</li> <li>BOR ( Bed Occupancy Rate)</li> <li>AvLOS(Average Length of Stay)</li> <li>TOI ( Turn of Interval)</li> <li>BTO ( Bed Turn Over)</li> <li>NDR (Nett Death Rate)</li> <li>GDR (Gross Death Rate)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                            |  |  |
|  | Bedah Sentral                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Waktu Tunggu operasi elektif</li> <li>Kejadian kematian di meja operasi</li> <li>Tidak adanya kejadian operasi salah sisi</li> <li>Tidak adanya kejadian operasi salah orang</li> <li>Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi</li> <li>Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi</li> <li>Komplikasi anastesi karena overdosis, reaksi anastesi dan salah penempatan anastesi endotracheal tube</li> </ul>                                                                                             |  |  |
|  | Persalinan, perinatologi (kecuali rumah sakit khusus di luar rumah sakit ibu dan anak) dan KB | <ul style="list-style-type: none"> <li>Kejadian kematian ibu karena persalinan a. Perdarahan Max 1 %</li> <li>b. Pre-eklampsia Max 30%</li> <li>c. Sepsis Max 0,2 %</li> <li>Pemberi pelayanan persalinan normal</li> <li>a. Dokter Sp. OG</li> <li>b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal</li> <li>c. Bidan</li> <li>Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit</li> <li>Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi</li> </ul>                                                                                                                                               |  |  |

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                      | a. Dokter Sp. OG<br>b. Dokter Sp.A<br>c. Dokter Sp.An/Dokter lainnya<br>Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr<br>Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria<br>Keluarga berencana<br>a. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr.Sp.Og, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr.umum terlatih<br>b. Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidang terlatih |
| Intensif             | Rata – rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam<br>Pemberi pelayanan unit intensif a. Dokter Sp.Anestesi<br>dandokter spesialis sesuai degan kasus yang ditangani<br>b. 100 % perawat minimal D3 dengan sertifikat perawatan mahir ICU/ setara                                                                                                                        |
| Radiologi            | Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto<br>Pelaksanaan ekspertisi : Dokter Sp. Rad dan Dokter lainnya<br>Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen :<br>Kerusakan foto Max 2 %                                                                                                                                                                                                                                  |
| Lab. Patologi Klinik | Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium :<br>Max 140 menit kimia darah & darah rutin<br>Pelaksana ekspertisi: Dokter Sp. PK atau Dokter spesialis lain<br>Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium                                                                                                                                                                                 |
| Rehabilitas Medik    | Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitas Medik yang di rencanakan<br>Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitas medik                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Farmasi              | Waktu tunggu pelayanan obat<br>a. Obat jadi<br>b. Racikan<br>Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                      | Penulisan resep sesuai formularium                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| GIZI                 | Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien<br>Sisa makanan yang tidak termasuk oleh pasien<br>Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Bank darah/UTDRS     | Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi<br>Kejadian reaksi transfusi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

|                                                                                                                                                                                        |                                                                       |                                                                                                                      |                    |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------|
|                                                                                                                                                                                        | Pelayanan GAKIN                                                       | Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan                                         |                    |       |
| <b>Sasaran 2</b><br>Meningkatnya kualitas sistem perencanaan, pelaksanaan, pengawasan dan pengendalian serta penilaian yang akuntabel, transparan dengan menerapkan SIMRS dan PPK-BLUD | Rekam Medik                                                           | Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan                                                   | Rp.2.328.861.000.- | 6,20% |
|                                                                                                                                                                                        |                                                                       | Kelengkapan informend concent setelah mendapatkan informasi yang jelas                                               |                    |       |
|                                                                                                                                                                                        | Pengelolaan limbah                                                    | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan                                                           |                    |       |
|                                                                                                                                                                                        |                                                                       | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap                                                            |                    |       |
|                                                                                                                                                                                        |                                                                       | Baku mutu limbah cair :<br>a. BOD < 30 mg/l<br>b.COD < 80 mg/l<br>c. TSS < 30 mg/l<br>d. PH 6-9                      |                    |       |
|                                                                                                                                                                                        |                                                                       | Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan                                                              |                    |       |
|                                                                                                                                                                                        | Ambulance                                                             | Waktu pelayanan ambulance / kereta jenazah                                                                           |                    |       |
|                                                                                                                                                                                        |                                                                       | Kecepatan memberikan pelayanan ambulance / kereta jenazah dirumah sakit                                              |                    |       |
|                                                                                                                                                                                        |                                                                       | Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan                                                   |                    |       |
|                                                                                                                                                                                        | Pemulasaraan jenazah                                                  | Waktu tanggap (response time)pelayanan pemulasaran jenazah                                                           |                    |       |
|                                                                                                                                                                                        |                                                                       | Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat                                                                            |                    |       |
|                                                                                                                                                                                        | Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit                             | Ketepatan Waktu pemeliharaan alat                                                                                    |                    |       |
|                                                                                                                                                                                        |                                                                       | Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan |                    |       |
|                                                                                                                                                                                        | Pelayanan Laundry                                                     | Tidak adanya kejadian linen yang hilang                                                                              |                    |       |
|                                                                                                                                                                                        |                                                                       | Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap                                                              |                    |       |
|                                                                                                                                                                                        | Pencegahan dan pengendalian Infeksi (PPI)                             | Adanya Anggota tim PPI yang terlatih                                                                                 |                    |       |
|                                                                                                                                                                                        |                                                                       | Tersedia APD di setiap instalasi/departemen                                                                          |                    |       |
| Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/HAI (Health Care Associated Infection) di RS (min 1 Parameter)                                                                    |                                                                       |                                                                                                                      |                    |       |
|                                                                                                                                                                                        |                                                                       |                                                                                                                      |                    |       |
| Manajemen                                                                                                                                                                              | Tidak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi                     |                                                                                                                      |                    |       |
|                                                                                                                                                                                        | Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja                             |                                                                                                                      |                    |       |
|                                                                                                                                                                                        | Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat                           |                                                                                                                      |                    |       |
|                                                                                                                                                                                        | Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala                               |                                                                                                                      |                    |       |
|                                                                                                                                                                                        | Cost recovery                                                         |                                                                                                                      |                    |       |
|                                                                                                                                                                                        | Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan                           |                                                                                                                      |                    |       |
|                                                                                                                                                                                        | Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap |                                                                                                                      |                    |       |
|                                                                                                                                                                                        | Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) ketepatan waktu          |                                                                                                                      |                    |       |
|                                                                                                                                                                                        |                                                                       |                                                                                                                      |                    |       |

|                                                                                                                                                        |        |                                                         |                   |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------|-------------------|-------|
| <b>Sasaran 3</b><br>Meningkatnya profesionalisme sumber daya manusia berbasis kompetensi                                                               | Diklat | Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun | Rp. 387.150.000.- | 1,03% |
| <b>Sasaran 4</b><br>Meningkatnya etika petugas dalam memberikan pelayanan yang ramah, sopan, santun dengan menerapkan prinsip 3S (senyum, salam, sapa) | Unit   | Kepuasan pelanggan UGD                                  |                   |       |
|                                                                                                                                                        |        | Kepuasan pelanggan rawat jalan                          |                   |       |
|                                                                                                                                                        |        | Kepuasan pelanggan rawat inap                           |                   |       |
|                                                                                                                                                        |        | Kepuasan pelanggan KIA                                  |                   |       |
|                                                                                                                                                        |        | Kepuasan pelanggan Radiologi                            |                   |       |
|                                                                                                                                                        |        | Kepuasan pelanggan Laboratorium                         |                   |       |
|                                                                                                                                                        |        | Kepuasan pelanggan rehabilitasi medik                   |                   |       |
|                                                                                                                                                        |        | Kepuasan pelanggan Farmasi                              |                   |       |
| Total                                                                                                                                                  |        |                                                         | 37.587.640.000.-  | 100   |

Pada tabel di atas, jumlah anggaran untuk program/kegiatan sebesar Rp 37.587.640.000.- dengan prosentase terbesar anggaran untuk mendukung sasaran Meningkatkan mutu dan efisiensi pelayanan rumah sakit dengan besaran 92,77%. Sasaran lain dengan anggaran yang relatif besar adalah sasaran Meningkatkan kualitas sistem perencanaan, pelaksanaan, pengawasan dan pengendalian serta penilaian yang akuntabel, transparan dengan menerapkan SIMRS dan PPK-BLUD yaitu sebesar 6,20%. Sementara itu, sasaran dengan anggaran yang relatif kecil adalah sasaran Meningkatkan profesionalisme sumber daya manusia berbasis kompetensi dan Meningkatkan etika petugas dalam memberikan pelayanan yang ramah, sopan, santun dengan menerapkan prinsip 3S (senyum, salam, sapa) sebesar 1,03 % dari total anggaran belanja langsung.

## **BAB III**

### **AKUNTABILITAS KINERJA**

#### **A. CAPAIAN IKU**

Akuntabilitas kinerja adalah kewajiban untuk menjawab dari perorangan, badan hukum atau pimpinan kolektif secara transparan mengenai keberhasilan atau kegagalan dalam melaksanakan misi organisasi kepada pihak-pihak yang berwenang menerima pelaporan akuntabilitas/ pemberi amanah.

Rumah Sakit Arifin Nu'mang Kabupaten Sidenreng Rappang selaku pengembang amanah masyarakat Kabupaten Sidenreng Rappang melaksanakan kewajiban berakuntabilitas melalui penyajian Laporan Kinerja Instansi Pemerintah Kabupaten Sidenreng Rappang yang dibuat sesuai dengan ketentuan yang terkandung dalam Perpres Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) dan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata cara Review Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah.

Laporan tersebut diatas memberikan gambaran mengenai tingkat pencapaian Sasaran dan Program/ Kegiatan, baik keberhasilan-keberhasilan kinerja yang telah dicapai maupun kegagalan pada tahun 2018.

Untuk mengukur keberhasilan dari pencapaian suatu tujuan dan sasaran strategis organisasi yang akan digunakan untuk perbaikan kinerja dan peningkatan akuntabilitas kinerja, maka dalam laporan kinerja Rumah Sakit Arifin Nu'mang Kabupaten Sidenreng Rappang Tahun 2018 ini akan dijelaskan capaian indikator kinerja utama (IKU) yang mendukung pencapaian kinerja sasaran dalam RENSTRA Rumah Sakit Arifin Nu'mang Kabupaten Sidenreng Rappang. Pencapaian kinerja IKU Rumah Sakit Arifin Nu'mang Kabupaten Sidenreng Rappang secara ringkas digambarkan sebagai berikut:

Tabel 3.1. Pencapaian IKU Rumah Sakit Arifin Nu'mang tahun 2018

| SASARAN                                                            | JENIS PELAYANAN                          | INDIKATOR                                                                               | SATUAN             | STANDAR MINIMAL                                                                          | REALISASI TAHUN 2018                                                    | CAPAIAN (%)                                                             |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Sasaran 1<br>Meningkatnya mutu dan efisiensi pelayanan rumah sakit | Gawat Darurat                            | Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa                                         | %                  | 100%                                                                                     | 100%                                                                    | 100                                                                     |
|                                                                    |                                          | Jam buka pelayanan Gawat Darurat                                                        | Jam                | 24 Jam                                                                                   | 24 JAM                                                                  | 100                                                                     |
|                                                                    |                                          | Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS | %                  | 100%                                                                                     | 100%                                                                    | 100                                                                     |
|                                                                    |                                          | Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana                                                 | Tim                | 1 Tim                                                                                    | 1                                                                       | 100                                                                     |
|                                                                    |                                          | Waktu tanggap pelayanan Dokter di rawat Darurat                                         | Menit              | 5 Menit                                                                                  | 3 MENIT                                                                 | 160                                                                     |
|                                                                    |                                          | Kematian pasien < 24 jam                                                                | ‰                  | Dua per seribu                                                                           | 10 ‰                                                                    | 20                                                                      |
|                                                                    |                                          | Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka                                  | %                  | 100%                                                                                     | 100%                                                                    | 100                                                                     |
|                                                                    | Rawat Jalan                              | Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis                                        | %                  | 100 % Dokter Spesialis                                                                   | 100 % Dokter Spesialis                                                  | 100                                                                     |
|                                                                    |                                          | Ketersediaan pelayanan                                                                  | %                  | a. Klinik Anak                                                                           | a. Klinik Anak                                                          | 100                                                                     |
|                                                                    |                                          |                                                                                         | %                  | b. Klinik Penyakit Dalam                                                                 | b. Klinik Penyakit Dalam                                                | 100                                                                     |
|                                                                    |                                          |                                                                                         | %                  | c. Klinik Kebidanan                                                                      | c. Klinik Kebidanan                                                     | 100                                                                     |
|                                                                    | %                                        |                                                                                         | d. Klinik Bedah    | d. Klinik Bedah                                                                          | 100                                                                     |                                                                         |
|                                                                    |                                          |                                                                                         | Jam buka pelayanan | Jam                                                                                      | 08.00 s/d 13.00<br>Setiap Hari kerja<br>kecuali Jum'at :<br>08.00-11.00 | 08.00 s/d 13.00<br>Setiap Hari kerja<br>kecuali Jum'at :<br>08.00-11.00 |
| Waktu tunggu di Rawat Jalan                                        |                                          |                                                                                         | Menit              | 60 Menit                                                                                 | 120 Menit                                                               | 50                                                                      |
| a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan miskroskop TB        |                                          |                                                                                         | %                  | 100%                                                                                     | 100%                                                                    | 100                                                                     |
| b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS        |                                          |                                                                                         | %                  | 100%                                                                                     | 100%                                                                    | 100                                                                     |
| Rawat Inap                                                         | Pemberi pelayanan di Rawat Inap          | %                                                                                       | a. dr. Spesialis   | dr. Spesialis yang terdiri dari: dr. Spesialis Penyakit Dalam, Bedah, Anak dan Kebidanan | 100                                                                     |                                                                         |
|                                                                    |                                          | %                                                                                       | b. Perawat         | Perawat                                                                                  | 100                                                                     |                                                                         |
|                                                                    | Dokter Penanggungjawab pasien rawat inap | %                                                                                       | 100%               | 100%                                                                                     | 100                                                                     |                                                                         |
|                                                                    | Ketersediaan pelayanan rawat inap        | %                                                                                       | a. Anak            | a. Anak                                                                                  | 100                                                                     |                                                                         |

|                                                                                               |                                                                                                       |      |                                                   |                                                                                   |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----|
|                                                                                               |                                                                                                       | %    | b. Penyakit Dalam                                 | b. Penyakit Dalam                                                                 | 100 |
|                                                                                               |                                                                                                       | %    | c. Kebidanan                                      | c. Kebidanan                                                                      | 100 |
|                                                                                               |                                                                                                       | %    | d. Bedah                                          | d. Bedah                                                                          | 100 |
|                                                                                               | Jam visite Dokter Spesialis                                                                           | Jam  | 08.00- 14.00                                      | 08.00- 14.00                                                                      | 100 |
|                                                                                               | Kejadian infeksi pasca operasi                                                                        | %    | Maximum 1,5 %                                     | 2,8%                                                                              | 40  |
|                                                                                               | Kejadian infeksi nosokomial                                                                           | %    | Maximum 1,5 %                                     | 4,8%                                                                              | 60  |
|                                                                                               | Tidak Adanya Kejadian pasien jatuh berakibat kecacatan/kematian                                       | %    | 100%                                              | 100%                                                                              | 100 |
|                                                                                               | Kematian pasien >48 jam                                                                               | %    | 0,24%                                             | 2%                                                                                | 8   |
|                                                                                               | Kejadian Pulang Paksa                                                                                 | %    | 5%                                                | 1%                                                                                | 200 |
|                                                                                               | Rawat Inap TB                                                                                         |      |                                                   |                                                                                   |     |
|                                                                                               | a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB                                            | %    | 100%                                              | 100%                                                                              | 100 |
|                                                                                               | b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS                                           | %    | 100%                                              | 100%                                                                              | 100 |
|                                                                                               | BOR ( Bed Occupancy Rate)                                                                             | %    | 60%                                               | 39%                                                                               | 65  |
|                                                                                               | AvLOS(Average Length of Stay)                                                                         | Hari | 6 hari                                            | 3 hari                                                                            | 200 |
|                                                                                               | TOI ( Turn of Interval)                                                                               | Hari | 1 hari                                            | 5 hari                                                                            | 20  |
|                                                                                               | BTO ( Bed Turn Over)                                                                                  | Kali | 40 kali                                           | 42 kali                                                                           | 105 |
|                                                                                               | NDR ( Nett Death Rate)                                                                                | ‰    | <25 perseribu                                     | 11 ‰                                                                              | 100 |
|                                                                                               | GDR (Gross Death Rate)                                                                                | ‰    | <45 perseribu                                     | 21 ‰                                                                              | 100 |
| Bedah Sentral                                                                                 | Waktu Tunggu operasi elektif                                                                          | Hari | 2 hari                                            | 1 Hari                                                                            | 150 |
|                                                                                               | Kejadian kematian di meja operasi                                                                     | %    | Max. 1 %                                          | 0,00%                                                                             | 100 |
|                                                                                               | Tidak adanya kejadian operasi salah sisi                                                              | %    | 100%                                              | 100%                                                                              | 100 |
|                                                                                               | Tidak adanya kejadian operasi salah orang                                                             | %    | 100%                                              | 100%                                                                              | 100 |
|                                                                                               | Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi                                                     | %    | 100%                                              | 100%                                                                              | 100 |
|                                                                                               | Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi                | %    | 100%                                              | 100%                                                                              | 100 |
|                                                                                               | Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan anestesi endotracheal tube | %    | 6 %                                               | 0                                                                                 | 100 |
| Persalinan, perinatologi (kecuali rumah sakit khusus di luar rumah sakit ibu dan anak) dan KB | Kejadian kematian ibu karena persalinan                                                               | %    | a. Perdarahan Max 1 %                             | 0%                                                                                | 100 |
|                                                                                               |                                                                                                       | %    | b. Pre-eklampsia Max 30%                          | 0,025%                                                                            | 100 |
|                                                                                               |                                                                                                       | %    | c. Sepsis Max 0,2 %                               | 0%                                                                                | 100 |
|                                                                                               | Pemberi pelayanan persalinan normal                                                                   | %    | a. Dokter Sp. OG                                  | Dokter Sp. OG 1 Orang                                                             | 100 |
|                                                                                               |                                                                                                       | %    | b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal | Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal) jika Dokter Sp. OG Tidak Ditempat | 100 |
|                                                                                               |                                                                                                       | %    | c. Bidan                                          | Bidan 22 Orang                                                                    | 100 |

|  |                                                                                                                           |       |                                                                             |                                                                             |      |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------|
|  | Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit                                                                              | Tim   | Tim PONEK yang terlatih                                                     | ada TIM Ponek Terlatih                                                      | 100  |
|  | Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi                                                                      | Orang | c. Dokter Sp. OG                                                            | Dokter Sp. OG 1 orang                                                       | 100  |
|  |                                                                                                                           | Orang | d. Dokter Sp.A                                                              | Dokter Sp. Anak 1 orang                                                     | 100  |
|  |                                                                                                                           | Orang | e. Dokter Sp.An/Dokter lainnya                                              | Dokter Sp. Anestesi 1 orang                                                 | 100  |
|  | Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr                                                                                | %     | 100%                                                                        | 100%                                                                        | 100  |
|  | Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria                                                                             | %     | Max 20 %                                                                    | 45%                                                                         | 44,4 |
|  | Keluarga berencana                                                                                                        |       |                                                                             |                                                                             |      |
|  | a. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr.Sp.Og, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr.umum terlatih | %     | 100%                                                                        | 100%                                                                        | 100  |
|  | b. Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidang terlatih                                         | %     | 100%                                                                        | 100%                                                                        | 100  |
|  |                                                                                                                           |       |                                                                             |                                                                             |      |
|  | Intensif                                                                                                                  |       |                                                                             |                                                                             |      |
|  | Rata – rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam                                     | %     | Max 3%                                                                      | 0%                                                                          | 100  |
|  | Pemberi pelayanan unit intensif                                                                                           | %     | a. Dokter Sp.Anestesi dandokter spesialis sesuai degan kasus yang ditangani | a. Dokter Sp.Anestesi dandokter spesialis sesuai degan kasus yang ditangani | 100  |
|  |                                                                                                                           | %     | b. 100 % perawat minimal D3 dengan sertifikat perawatan mahir ICU/ setara   | 20% Perawat bersertifikat ICU                                               | 20   |
|  | Radiologi                                                                                                                 |       |                                                                             |                                                                             |      |
|  | Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto                                                                                  | Jam   | Max 3 jam                                                                   | 2 Jam                                                                       | 150  |
|  | Pelaksanaan ekspertisi                                                                                                    | Orang | Dokter Sp. Rad dan Dokter lainnya                                           | Dr. Sp. rad                                                                 | 100  |
|  | Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen                                                                                      | %     | Kerusakan foto Max 2 %                                                      | 0,03 %                                                                      | 150  |
|  |                                                                                                                           |       |                                                                             |                                                                             |      |
|  | Lab. Patologi Klinik                                                                                                      |       |                                                                             |                                                                             |      |
|  | Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium                                                                                 | Menit | Max 140 menit kimia darah & darah rutin                                     | 87 Menit                                                                    | 160  |
|  | Pelaksana ekspertisi                                                                                                      | Orang | Dokter Sp. PK atau Dokter spesialis lain                                    | dokter spesialis lain                                                       | 100  |
|  | Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium                                                           | %     | 100%                                                                        | 100%                                                                        | 100  |
|  |                                                                                                                           |       |                                                                             |                                                                             |      |



|                            |                                                                                  |       |                  |                 |     |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------|-----------------|-----|
| Rehabilitas Medik          | Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitas Medik yang di rencanakan | %     | Max 50 %         | 20%             | 250 |
|                            | Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitas medik                       | %     | 100%             | 100%            | 100 |
| Farmasi                    | Waktu tunggu pelayanan obat                                                      |       |                  |                 |     |
|                            | a. Obat jadi                                                                     | Menit | a. 30 menit      | 25 menit        | 120 |
|                            | b. Racikan                                                                       | Menit | b. 60 menit      | 37 menit        | 162 |
|                            | Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat                                   | %     | 100%             | 100%            | 100 |
|                            | Penulisan resep sesuai formularium                                               | %     | 80%              | 80%             | 100 |
| GIZI                       | Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien                                  | %     | 90%              | 100%            | 111 |
|                            | Sisa makanan yang tidak termasuk oleh pasien                                     | %     | max 20 %         | 8%              | 250 |
|                            | Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet                                   | %     | 100%             | 100%            | 100 |
| Band darah/ UTDRS          | Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi                                  | %     | 100 % terpenuhi  | 100 % terpenuhi | 100 |
|                            | Kejadian reaksi transfusi                                                        | %     | Max 0,01 %       | 0%              | 100 |
| Pelayanan GAKIN            | Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan     | %     | 100 % terlayani  | 100 % terlayani | 100 |
| Rekam Medik                | Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan               | %     | 100%             | 35%             | 35  |
|                            | Kelengkapan informend concent setelah mendapatkan informasi yang jelas           | %     | 100%             | 75%             | 75  |
|                            | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan                       | Menit | 10 menit         | 14 menit        | 71  |
|                            | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap                        | Menit | 15 menit         | 3 menit         | 500 |
| Pengelolaan limbah         | Baku mutu limbah cair                                                            | Mg/l  | a. BOD < 30 mg/l | a. 26,6mg/l     | 100 |
|                            |                                                                                  | Mg/l  | b.COD < 80 mg/l  | b.71,44mg/l     | 100 |
|                            |                                                                                  | Mg/l  | c. TSS < 30 mg/l | c. 14mg/l       | 100 |
|                            |                                                                                  | Ph    | d. PH 6-9        | d. 7            | 100 |
|                            | Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan                          | %     | 100%             | 90%             | 97  |
| Ambulance / kereta jenazah | Waktu pelayanan ambulance / kereta jenazah                                       | Jam   | 24 jam           | 24 jam          | 100 |
|                            | Kecepatan memberikan pelayanan ambulance / kereta jenazah dirumah sakit          | Menit | 30 menit         | 30 menit        | 100 |
|                            | Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan               | %     | 100%             | 100%            | 100 |

|                                                                                                                                                                                        |                                           |                                                                                                                      |         |                     |                                          |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------------|------------------------------------------|-----|
|                                                                                                                                                                                        | Pemulasaraan jenazah                      | Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah                                                         | Jam     | 2 jam               | Belum Ada Pelayanan Pemulasaraan Jenazah | 0   |
|                                                                                                                                                                                        | Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit | Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat                                                                            | %       | 80%                 | 85%                                      | 106 |
|                                                                                                                                                                                        |                                           | Ketepatan Waktu pemeliharaan alat                                                                                    | %       | 100%                | 100%                                     | 100 |
|                                                                                                                                                                                        |                                           | Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan | %       | 50%                 | 60%                                      | 120 |
|                                                                                                                                                                                        | Pelayanan Laundry                         | Tidak adanya kejadian linen yang hilang                                                                              | %       | 80%                 | 97%                                      | 121 |
|                                                                                                                                                                                        |                                           | Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap                                                              | %       | 80%                 | 100%                                     | 125 |
|                                                                                                                                                                                        | Pencegahan dan pengendalian Infeksi (PPI) | Adanya Anggota tim PPI yang terlatih                                                                                 | %       | 75%                 | 4,76 %                                   | 6   |
|                                                                                                                                                                                        |                                           | Tersedia APD di setiap instalasi/departemen                                                                          | %       | 60%                 | 65%                                      | 108 |
|                                                                                                                                                                                        |                                           | Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/HAI (Health Care Associated Infection) di RS (min 1 Parameter)  | %       | 75%                 | 100%                                     | 133 |
| <b>Sasaran 2</b><br>Meningkatnya kualitas sistem perencanaan, pelaksanaan, pengawasan dan pengendalian serta penilaian yang akuntabel, transparan dengan menerapkan SIMRS dan PPK-BLUD | Administrasi dan Manajemen                | Tidak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi                                                                    | Hari    | Max 2 hari          | 2 hari                                   | 100 |
|                                                                                                                                                                                        |                                           | Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja                                                                            | 3 bulan | Min. 3 bulan sekali | 3 bulan sekali                           | 100 |
|                                                                                                                                                                                        |                                           | Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat                                                                          | %       | 100%                | 100%                                     | 100 |
|                                                                                                                                                                                        |                                           | Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala                                                                              | %       | 100%                | 100%                                     | 100 |
|                                                                                                                                                                                        |                                           | Cost recovery                                                                                                        | %       | 40%                 | 40%                                      | 100 |
|                                                                                                                                                                                        |                                           | Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan                                                                          | Bulan   | Tgl 10 tiap bulan   | Sebelum Tanggal 10 tiap Bulan            | 100 |
|                                                                                                                                                                                        |                                           | Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap                                                | Jam     | Max 2 jam           | < 2 jam                                  | 100 |
| Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) ketepatan waktu                                                                                                                           | %                                         | 100%                                                                                                                 | 66%     | 66                  |                                          |     |
| <b>Sasaran 3</b><br>Meningkatnya profesionalisme sumber daya manusia berbasis kompetensi                                                                                               | Administrasi dan Manajemen                | Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun                                                              | %       | 100%                | 6%                                       | 6   |
| <b>Sasaran 4</b><br>Meningkatnya etika petugas dalam memberikan pelayanan yang ramah, sopan, santun dengan menerapkan                                                                  | Unit                                      | Kepuasan pelanggan UGD                                                                                               | %       | 70%                 | 90%                                      | 128 |
|                                                                                                                                                                                        |                                           | Kepuasan pelanggan rawat jalan                                                                                       | %       | 90%                 | 90%                                      | 100 |
|                                                                                                                                                                                        |                                           | Kepuasan pelanggan rawat inap                                                                                        | %       | 90%                 | 90%                                      | 100 |
|                                                                                                                                                                                        |                                           | Kepuasan pelanggan KIA                                                                                               | %       | 80 %                | 80%                                      | 100 |
|                                                                                                                                                                                        |                                           | Kepuasan pelanggan Radiologi                                                                                         | %       | 80%                 | 85%                                      | 106 |
|                                                                                                                                                                                        |                                           | Kepuasan pelanggan Laboratorium                                                                                      | %       | Max 80%             | 80%                                      | 100 |

|                                   |                                       |   |     |     |        |
|-----------------------------------|---------------------------------------|---|-----|-----|--------|
| prinsip 3S<br>(senyum,salam,sapa) | Kepuasan pelanggan rehabilitasi medik | % | 80% | 90% | 112    |
|                                   | Kepuasan pelanggan Farmasi            | % | 80% | 90% | 112    |
| Rata rata                         |                                       |   |     |     | 103,61 |

Indikator Kinerja Utama (IKU) yang mendukung sasaran strategis dalam Renstra Rumah Sakit Arifin nu'mang Kabupaten Sidenreng Rappang Tahun 2014-2018 sebanyak 117 indikator, dan dari jumlah tersebut dapat dibagi berdasarkan kriteria sebagai berikut:

**Tabel 3.2 Skala Nilai Peringkat Kinerja**

| NO. | INTERVAL NILAI REALISASI KINERJA | KRITERIA PENILAIAN REALISASI KINERJA | KODE |
|-----|----------------------------------|--------------------------------------|------|
| 1.  | >100                             | Sangat Tinggi                        | ST   |
| 2.  | 100                              | Tinggi                               | T    |
| 3.  | 80-99                            | Sedang                               | S    |
| 4.  | 50-79                            | Rendah                               | R    |
| 5.  | < 50                             | Sangat Rendah                        | SR   |

Dari 117 IKU di atas, kinerja yang dicapai menunjukkan bahwa 20,50 persen telah memenuhi kriteria sangat memuaskan, 64,96 persen telah memenuhi kriteria memuaskan, 0,86 persen telah memenuhi kriteria cukup memuaskan, 4,27 persen telah memenuhi kriteria kurang memuaskan, 1,71 persen dengan kriteria tidak memuaskan. Analisis keberhasilan dan kegagalan pencapaian IKU Rumah Sakit Arifin Nu'mang Kabupaten Sidenreng Rappang Tahun 2018 akan dijelaskan pada analisis capaian kinerja sasaran strategis di bawah.

## B. CAPAIAN KINERJA ORGANISASI

Dari hasil pengukuran dan evaluasi kinerja Secara umum Rumah Sakit Arifin Nu'mang Kabupaten Sidenreng Rappang Tahun 2018 dapat dikemukakan bahwa sebagian besar sasaran-sasaran strategis yang telah ditargetkan dapat dicapai, namun demikian masih terdapat beberapa indikator sasaran strategis yang belum mencapai target yang diharapkan tahun 2018 dengan berbagai kendala. Rincian analisis capaian masing-masing sasaran strategis dapat diuraikan sebagai berikut:

### a. Perbandingan antara target dan realisasi kinerja tahun ini.

Pengukuran target kinerja dari sasaran strategis yang telah ditetapkan akan dilakukan dengan membandingkan antara target kinerja dengan realisasi kinerja. Kriteria penilaian yang diuraikan dalam tabel dibawah selanjutnya akan dipergunakan untuk mengukur kinerja Rumah Sakit Arifin Nu'mang Kabupaten Sidenreng Rappang Tahun 2018. Pencapaian Indikator tahun 2018 secara ringkas ditunjukkan oleh tabel berikut ini:

Tabel 3.3. Perbandingan antara Target dan Realisasi Kinerja tahun 2018

| SASARAN                                                             | JENIS PELAYANAN | INDIKATOR                                                                               | SATUAN | TARGET         | REALISASI TAHUN 2018     | CAPAIAN (%) |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------|--------------------------|-------------|
| 1Sasaran 1<br>Meningkatnya mutu dan efisiensi pelayanan rumah sakit | Gawat Darurat   | Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa                                         | %      | 100%           | 100%                     | 100         |
|                                                                     |                 | Jam buka pelayanan Gawat Darurat                                                        | Jam    | 24 Jam         | 24 JAM                   | 100         |
|                                                                     |                 | Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS | %      | 100%           | 100%                     | 100         |
|                                                                     |                 | Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana                                                 | Tim    | 1 Tim          | 1                        | 100         |
|                                                                     |                 | Waktu tanggap pelayanan Dokter di rawat Darurat                                         | Menit  | 5 Menit        | 3 MENIT                  | 160         |
|                                                                     |                 | Kematian pasien < 24 jam                                                                | ‰      | Dua per seribu | 10 ‰                     | 20          |
|                                                                     |                 | Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka                                  | %      | 100%           | 100%                     | 100         |
|                                                                     | Rawat Jalan     | Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis                                        | %      | 100            | 100 % Dokter Spesialis   | 100         |
|                                                                     |                 | Ketersediaan pelayanan<br>a. Klinik Anak                                                | %      | 100            | a. Klinik Anak           | 100         |
|                                                                     |                 | b. Klinik Penyakit Dalam                                                                | %      | 100            | b. Klinik Penyakit Dalam | 100         |
|                                                                     |                 |                                                                                         |        |                |                          |             |

|  |            |                                                                                      |       |               |                                                                                          |     |
|--|------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
|  |            | c. Klinik Kebidanan                                                                  | %     | 100           | c. Klinik Kebidanan                                                                      | 100 |
|  |            | d. Klinik Bedah                                                                      | %     | 100           | d. Klinik Bedah                                                                          | 100 |
|  |            | Jam buka pelayanan 08.00 s/d 13.00<br>Setiap Hari kerja kecuali Jum'at : 08.00-11.00 | Jam   | 100           | 08.00 s/d 13.00<br>Setiap Hari kerja<br>kecuali Jum'at :<br>08.00-11.00                  | 100 |
|  |            | Waktu tunggu di Rawat Jalan                                                          | Menit | 60 Menit      | 120 Menit                                                                                | 50  |
|  |            | a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan miskroskop TB                          | %     | 100%          | 100%                                                                                     | 100 |
|  |            | b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS                          | %     | 100%          | 100%                                                                                     | 100 |
|  | Rawat Inap | Pemberi pelayanan di Rawat Inap<br>a. dr. Spesialis                                  | %     | 100           | dr. Spesialis yang terdiri dari: dr. Spesialis Penyakit Dalam, Bedah, Anak dan Kebidanan | 100 |
|  |            | b. Perawat                                                                           | %     | 100           | Perawat                                                                                  | 100 |
|  |            | Dokter Penanggungjawab pasien rawat inap                                             | %     | 100%          | 100%                                                                                     | 100 |
|  |            | Ketersediaan pelayanan rawat inap<br>a. Anak                                         | %     | 100           | a. Anak                                                                                  | 100 |
|  |            | b. Penyakit Dalam                                                                    | %     | 100           | b. Penyakit Dalam                                                                        | 100 |
|  |            | c. Kebidanan                                                                         | %     | 100           | c. Kebidanan                                                                             | 100 |
|  |            | d. Bedah                                                                             | %     | 100           | d. Bedah                                                                                 | 100 |
|  |            | Jam visite Dokter Spesialis                                                          | Jam   | 08.00- 14.00  | 08.00- 14.00                                                                             | 100 |
|  |            | Kejadian infeksi pasca operasi                                                       | %     | Maximum 1,5 % | 2,8%                                                                                     | 40  |
|  |            | Kejadian infeksi nosokomial                                                          | %     | Maximum 1,5 % | 4,8%                                                                                     | 60  |
|  |            | Tidak Adanya Kejadian pasien jatuh berakibat kecacatan/kematian                      | %     | 100%          | 100%                                                                                     | 100 |
|  |            | Kematian pasien >48 jam                                                              | %     | 0,24%         | 2%                                                                                       | 8   |
|  |            | Kejadian Pulang Paksa                                                                | %     | 5%            | 1%                                                                                       | 200 |
|  |            | Rawat Inap TB                                                                        |       |               |                                                                                          |     |
|  |            | a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan miskroskop TB                          | %     | 100%          | 100%                                                                                     | 100 |
|  |            | b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS                          | %     | 100%          | 100%                                                                                     | 100 |
|  |            | BOR ( Bed Occupancy Rate)                                                            | %     | 60%           | 39%                                                                                      | 65  |
|  |            | AvLOS(Average Length of Stay)                                                        | Hari  | 6 hari        | 3 hari                                                                                   | 200 |
|  |            | TOI ( Turn of Interval)                                                              | Hari  | 1 hari        | 5 hari                                                                                   | 20  |
|  |            | BTO ( Bed Turn Over)                                                                 | Kali  | 40 kali       | 42 kali                                                                                  | 105 |

|                                                                                               |                                                                                                                           |       |                         |                                                                                  |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------|
|                                                                                               | NDR (Nett Death Rate)                                                                                                     | %     | <25 perseribu           | 11 %                                                                             | 100  |
|                                                                                               | GDR (Gross Death Rate)                                                                                                    | %     | <45 perseribu           | 21 %                                                                             | 100  |
| Bedah Sentral                                                                                 | Waktu Tunggu operasi elektif                                                                                              | Hari  | 2 hari                  | 1 Hari                                                                           | 150  |
|                                                                                               | Kejadian kematian di meja operasi                                                                                         | %     | Max. 1 %                | 0,00%                                                                            | 100  |
|                                                                                               | Tidak adanya kejadian operasi salah sisi                                                                                  | %     | 100%                    | 100%                                                                             | 100  |
|                                                                                               | Tidak adanya kejadian operasi salah orang                                                                                 | %     | 100%                    | 100%                                                                             | 100  |
|                                                                                               | Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi                                                                         | %     | 100%                    | 100%                                                                             | 100  |
|                                                                                               | Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi                                    | %     | 100%                    | 100%                                                                             | 100  |
|                                                                                               | Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan anestesi endotracheal tube                     | %     | 6 %                     | 0                                                                                | 100  |
| Persalinan, perinatologi (kecuali rumah sakit khusus di luar rumah sakit ibu dan anak) dan KB | Kejadian kematian ibu karena persalinan a. Perdarahan Max 1 %                                                             | %     | Max 1 %                 | 0%                                                                               | 100  |
|                                                                                               | b. Pre-eklampsia Max 30%                                                                                                  | %     | Max 30%                 | 0,025%                                                                           | 100  |
|                                                                                               | c. Sepsis Max 0,2 %                                                                                                       | %     | Max 0,2 %               | 0%                                                                               | 100  |
|                                                                                               | Pemberi pelayanan persalinan normal a. Dokter Sp.OG                                                                       | %     | 100                     | Dokter Sp.OG 1 Orang                                                             | 100  |
|                                                                                               | b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal)                                                                        | %     | 100                     | Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal) jika Dokter Sp.OG Tidak Ditempat | 100  |
|                                                                                               | c. Bidan                                                                                                                  | %     |                         | Bidan 22 Orang                                                                   | 100  |
|                                                                                               | Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit                                                                              | Tim   | Tim PONEK yang terlatih | ada TIM Ponek Terlatih                                                           | 100  |
|                                                                                               | Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi : c. Dokter Sp. OG                                                   | Orang | 100                     | Dokter Sp.OG 1 orang                                                             | 100  |
|                                                                                               | d. Dokter Sp.A                                                                                                            | Orang | 100                     | Dokter Sp. Anak 1 orang                                                          | 100  |
|                                                                                               | e. Dokter Sp.An/Dokter lainnya                                                                                            | Orang | 100                     | Dokter Sp. Anestesi 1 orang                                                      | 100  |
|                                                                                               | Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr                                                                                | %     | 100%                    | 100%                                                                             | 100  |
|                                                                                               | Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria Keluarga berencana                                                          | %     | Max 20 %                | 45%                                                                              | 44,4 |
|                                                                                               | a. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr.Sp.Og, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr.umum terlatih | %     | 100%                    | 100%                                                                             | 100  |
|                                                                                               | b. Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidang terlatih                                         | %     | 100%                    | 100%                                                                             | 100  |

|                      |                                                                                                                |       |                                         |                                                                             |     |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----|
| Intensif             | Rata – rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam                          | %     | Max 3%                                  | 0%                                                                          | 100 |
|                      | Pemberi pelayanan unit intensif<br>a. Dokter Sp.Anestesi dandokter spesialis sesuai degan kasus yang ditangani | %     | 100                                     | a. Dokter Sp.Anestesi dandokter spesialis sesuai degan kasus yang ditangani | 100 |
|                      | b. 100 % perawat minimal D3 dengan sertifikat perawatan mahir ICU/ setara                                      | %     | 100                                     | 20% Perawat bersertifikat ICU                                               | 20  |
| Radiologi            | Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto                                                                       | Jam   | Max 3 jam                               | 2 Jam                                                                       | 150 |
|                      | Pelaksanaan ekspertisi : Dokter Sp. Rad dan Dokter lainnya                                                     | Orang | 100                                     | Dr. Sp. rad                                                                 | 100 |
|                      | Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen                                                                           | %     | Kerusakan foto Max 2 %                  | 0,03 %                                                                      | 150 |
|                      |                                                                                                                |       |                                         |                                                                             |     |
| Lab. Patologi Klinik | Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium                                                                      | Menit | Max 140 menit kimia darah & darah rutin | 87 Menit                                                                    | 160 |
|                      | Pelaksana ekspertisi : Dokter Sp. PK atau Dokter spesialis lain                                                | Orang | 100                                     | dokter spesialis lain                                                       | 100 |
|                      | Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium                                                | %     | 100%                                    | 100%                                                                        | 100 |
|                      |                                                                                                                |       |                                         |                                                                             |     |
| Rehabilitas Medik    | Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitas Medik yang di rencanakan                               | %     | Max 50 %                                | 20%                                                                         | 250 |
|                      | Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitas medik                                                     | %     | 100%                                    | 100%                                                                        | 100 |
|                      |                                                                                                                |       |                                         |                                                                             |     |
| Farmasi              | Waktu tunggu pelayanan obat                                                                                    |       |                                         |                                                                             |     |
|                      | a. Obat jadi                                                                                                   | Menit | a. 30 menit                             | 25 menit                                                                    | 120 |
|                      | b. Racikan                                                                                                     | Menit | b. 60 menit                             | 37 menit                                                                    | 162 |
|                      | Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat                                                                 | %     | 100%                                    | 100%                                                                        | 100 |
|                      | Penulisan resep sesuai formularium                                                                             | %     | 80%                                     | 80%                                                                         | 100 |
| GIZI                 | Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien                                                                | %     | 90%                                     | 100%                                                                        | 111 |
|                      | Sisa makanan yang tidak termasuk oleh pasien                                                                   | %     | max 20 %                                | 8%                                                                          | 250 |
|                      | Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet                                                                 | %     | 100%                                    | 100%                                                                        | 100 |

|                                           |                                                                                                                      |         |                     |                                         |     |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------------|-----------------------------------------|-----|
| Band darah/<br>UTDRS                      | Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi                                                                      | %       | 100 % terpenuhi     | 100 % terpenuhi                         | 100 |
|                                           | Kejadian reaksi transfusi                                                                                            | %       | Max 0,01 %          | 0%                                      | 100 |
| Pelayanan GAKIN                           | Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan                                         | %       | 100 % terlayani     | 100 % terlayani                         | 100 |
| Rekam Medik                               | Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan                                                   | %       | 100%                | 35%                                     | 35  |
|                                           | Kelengkapan informend concent setelah mendapatkan informasi yang jelas                                               | %       | 100%                | 75%                                     | 75  |
|                                           | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan                                                           | Menit   | 10 menit            | 14 menit                                | 71  |
|                                           | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap                                                            | Menit   | 15 menit            | 3 menit                                 | 500 |
| Pengelolaan limbah                        | Baku mutu limbah cair                                                                                                | Mg/l    | < 30 mg/l           | a. 26,6mg/l                             | 100 |
|                                           | a. BOD < 30 mg/l                                                                                                     | Mg/l    | < 80 mg/l           | b.71,44mg/l                             | 100 |
|                                           | b.COD < 80 mg/l                                                                                                      | Mg/l    | < 30 mg/l           | c. 14mg/l                               | 100 |
|                                           | c. TSS < 30 mg/l                                                                                                     | Ph      | 6-9                 | d. 7                                    | 100 |
|                                           | d. PH 6-9                                                                                                            | %       | 100%                | 90%                                     | 97  |
| Ambulance / kereta jenazah                | Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan                                                              | %       | 100%                | 90%                                     | 97  |
|                                           | Waktu pelayanan ambulance / kereta jenazah                                                                           | Jam     | 24 jam              | 24 jam                                  | 100 |
| Ambulance / kereta jenazah                | Kecepatan memberikan pelayanan ambulance / kereta jenazah dirumah sakit                                              | Menit   | 30 menit            | 30 menit                                | 100 |
|                                           | Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan                                                   | %       | 100%                | 100%                                    | 100 |
| Pemulasaraan jenazah                      | Waktu tanggap (response time)pelayanan pemulasaran jenazah                                                           | Jam     | 2 jam               | Belum Ada Pelayanan Pemulasaran Jenazah | 0   |
| Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit | Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat                                                                            | %       | 80%                 | 85%                                     | 106 |
|                                           | Ketepatan Waktu pemeliharaan alat                                                                                    | %       | 100%                | 100%                                    | 100 |
|                                           | Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan | %       | 50%                 | 60%                                     | 120 |
| Pelayanan Laundry                         | Tidak adanya kejadian linen yang hilang                                                                              | %       | 80%                 | 97%                                     | 121 |
|                                           | Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap                                                              | %       | 80%                 | 100%                                    | 125 |
| Pencegahan dan pengendalian Infeksi (PPI) | Adanya Anggota tim PPI yang terlatih                                                                                 | %       | 75%                 | 4,76 %                                  | 6   |
|                                           | Tersedia APD di setiap instalasi/departemen                                                                          | %       | 60%                 | 65%                                     | 108 |
|                                           | Kegiatan penecatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/HAI (Health Care Associated Infection) di RS (min 1 Parameter) | %       | 75%                 | 100%                                    | 133 |
| Sasaran 2 Meningkatkan kualitas sistem    | Administrasi dan Manajemen                                                                                           | Hari    | Max 2 hari          | 2 hari                                  | 100 |
|                                           | Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja                                                                            | 3 bulan | Min. 3 bulan sekali | 3 bulan sekali                          | 100 |



|                                                                                                                                                       |                            |                                                                       |       |                   |                               |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------|-------------------|-------------------------------|-----|
| perencanaan, pelaksanaan, pengawasan dan pengendalian serta penilaian yang akuntabel, transparan dengan menerapkan SIMRS dan PPK-BLUD                 |                            | Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat                           | %     | 100%              | 100%                          | 100 |
|                                                                                                                                                       |                            | Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala                               | %     | 100%              | 100%                          | 100 |
|                                                                                                                                                       |                            | Cost recovery                                                         | %     | 40%               | 40%                           | 100 |
|                                                                                                                                                       |                            | Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan                           | Bulan | Tgl 10 tiap bulan | Sebelum Tanggal 10 tiap Bulan | 100 |
|                                                                                                                                                       |                            | Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap | Jam   | Max 2 jam         | < 2 jam                       | 100 |
|                                                                                                                                                       |                            | Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) ketepatan waktu          | %     | 100%              | 66%                           | 66  |
| <b>Sasaran 3</b><br>Meningkatnya profesionalisme sumber daya manusia berbasis kompetensi                                                              | Administrasi dan Manajemen | Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun               | %     | 100%              | 6%                            | 6   |
| <b>Sasaran 4</b><br>Meningkatnya etika petugas dalam memberikan pelayanan yang ramah, sopan, santun dengan menerapkan prinsip 3S (senyum,salam ,sapa) | Unit                       | Kepuasan pelanggan UGD                                                | %     | 70%               | 90%                           | 128 |
|                                                                                                                                                       |                            | Kepuasan pelanggan rawat jalan                                        | %     | 90%               | 90%                           | 100 |
|                                                                                                                                                       |                            | Kepuasan pelanggan rawat inap                                         | %     | 90%               | 90%                           | 100 |
|                                                                                                                                                       |                            | Kepuasan pelanggan KIA                                                | %     | 80 %              | 80%                           | 100 |
|                                                                                                                                                       |                            | Kepuasan pelanggan Radiologi                                          | %     | 80%               | 85%                           | 106 |
|                                                                                                                                                       |                            | Kepuasan pelanggan Laboratorium                                       | %     | Max 80%           | 80%                           | 100 |
|                                                                                                                                                       |                            | Kepuasan pelanggan rehabilitasi medik                                 | %     | 80%               | 90%                           | 112 |
|                                                                                                                                                       |                            | Kepuasan pelanggan Farmasi                                            | %     | 80%               | 90%                           | 112 |
|                                                                                                                                                       |                            |                                                                       |       |                   | 103,61                        |     |

Dari 117 indikator kinerja yang mendukung sasaran strategis ini, 101 indikator kinerja sasaran mencapai target dan 16 indikator kinerja sasaran yang tidak mencapai target. Tetapi secara umum rata-rata pencapaian sasaran kinerja telah berhasil melampaui target yaitu dengan capaian 103,61 persen.

**b. Perbandingan antara capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.**



|          |                                                                                               |                                    |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
|          | inap                                                                                          |                                    |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| c.       | Ketersediaan pelayanan rawat inap                                                             | 4                                  |      | 4    | 4    | 4    | 4    | 3    | 4    | 4    | 4    |
| d.       | Jam visite dokter spesialis                                                                   | 08.00 - 14.00<br>setiap hari kerja | %    | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  |
| e.       | Kejadian infeksi pasca operasi                                                                | 1,5%                               | %    | 1,5  | 1,5  | 1,5  | 1,5  | 6,1  | 5    | 9    | 2,80 |
| f.       | Angka kejadian infeksi nosokomial                                                             | 1,5%                               | %    | 1,5  | 1,5  | 1,5  | 1,5  | 6,1  | 5    | 6    | 4,80 |
| g.       | Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat/ kematian                             | 100%                               | %    | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  |
| h.       | Kematian pasien > 48 jam                                                                      | 0,24%                              | %    | 0,24 | 0,24 | 0,24 | 0,24 | 0,01 | 0,01 |      | 2    |
| i.       | Kejadian pulang paksa                                                                         | 5%                                 | %    | 5    | 5    | 5    | 5    | 4    | 4    |      | 1    |
| j.       | Kepuasan pelanggan rawat inap                                                                 | 90%                                | %    | 90   | 90   | 90   | 90   | 90   | 87   | 90   | 90   |
| k.       | Pasien Rawat Inap ditangani dengan DOTS                                                       | 100%                               | %    | 87   | 90   | 95   | 100  | 86   | 90   | 100  | 100  |
| <b>4</b> | <b>Pelayanan Bedah Sentral</b>                                                                |                                    |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| a.       | Waktu tunggu operasi elektif                                                                  | 2 hari                             | Hari | 2    | 2    | 2    | 2    | 2    | 2    | 1    | 1    |
| b.       | Kejadian kematian di meja operasi                                                             | 1%                                 | %    | 1    | 1    | 1    | 1    | 0    | 0    | 0,05 | 0    |
| c.       | Tidak adanya kejadian operasi salah sisi                                                      | 100%                               | %    | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  |
| d.       | Tidak adanya kejadian operasi salah orang                                                     | 100%                               | %    | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  |
| e.       | Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi                                             | 100%                               | %    | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  |
| f.       | Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi             | 100%                               | %    | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  |
| g.       | Komplikasi anestesi karena over dosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube | 6%                                 | %    | 06   | 6    | 6    | 6    | 0    | 0    |      | 0    |
| <b>5</b> | <b>Pelayanan Persalinan dan Perinatologi</b>                                                  |                                    |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| a.       | Kejadian kematian ibu karena persalinan                                                       | a. Perdarahan $\leq$ 1%            | %    | 1    | 1    | 1    | 1    | 0    | 0    | 0    | 0    |
|          |                                                                                               | b. Pre-eklampsia $\leq$ 30%        | %    | 30   | 30   | 30   | 30   | 0    | 0    | 0,25 | 0,03 |
|          |                                                                                               | c. Sepsis $\leq$ 0,2%              | %    | 0,2  | 0,2  | 0,2  | 0,2  | 0    | 0    | 0    | 0    |
| b.       | Pemberi pelayanan persalinan normal                                                           | a. Dokter Sp. OG                   | %    | 100  | 100  | 100  | 100  | 0    | 100  | 100  | 100  |
|          |                                                                                               | b. Dokter umum terlatih            | %    | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  |
|          |                                                                                               | c. Bidan                           | %    | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  |
| c.       | Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit                                                  | Tim PONEK yang terlatih.           | %    | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  | 100  |
| d.       | Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi                                          | a. Dokter Sp. OG                   | %    | 100  | 100  | 100  | 100  | 0    | 100  | 100  | 100  |
|          |                                                                                               | b. Dokter Sp. A                    | %    | 100  | 100  | 100  | 100  | 0    | 100  | 100  | 100  |
|          |                                                                                               | c. Dokter Sp. An                   | %    | 100  | 100  | 100  | 100  | 0    | 100  | 100  | 100  |
| e.       | Kemampuan menangani BBLR 1.500 gr - 2.500 gr                                                  | 100%                               | %    | 100  | 100  | 100  | 100  | 74   | 96   | 100  | 100  |
| f.       | Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria                                                 | 20%                                | %    | 20   | 20   | 20   | 20   | 0    | 20   | 30   | 44,4 |



|           |                                                                              |                |       |      |      |      |      |     |     |       |       |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------|------|------|------|------|-----|-----|-------|-------|
| <b>11</b> | <b>Gizi</b>                                                                  |                |       |      |      |      |      |     |     |       |       |
| a.        | Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien                              | 90%            | %     | 90   | 90   | 90   | 90   | 100 | 100 | 97    | 100   |
| b.        | Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien                                 | 20%            | %     | 20   | 20   | 20   | 20   | 20  | 10  | 9     | 8     |
| c.        | Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet                                  | 100%           | %     | 100  | 100  | 100  | 100  | 100 | 100 | 100   | 100   |
| <b>12</b> | <b>Transfusi Darah</b>                                                       |                |       |      |      |      |      |     |     |       |       |
| a.        | Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfuse                    | 100%           |       | 100  | 100  | 100  | 100  | 0   | 0   | 100   | 100   |
| b.        | Kejadian reaksi transfusi                                                    | 0,01%          |       | 0.01 | 0.01 | 0.01 | 0.01 | 0   | 0   | 0     | 0     |
| <b>13</b> | <b>Keluarga Miskin</b>                                                       |                |       |      |      |      |      |     |     |       |       |
| a.        | Pelayanan terhadap pasien Gakin yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan | 100% terlayani |       | 100  | 100  | 100  | 100  | 100 | 100 | 100   | 100   |
| <b>14</b> | <b>Rekam Medik</b>                                                           |                |       |      |      |      |      |     |     |       |       |
| a.        | Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan           | 100%           |       | 100  | 100  | 100  | 100  | 80  | 90  | 31,9  | 35    |
| b.        | Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas        | 100%           |       | 100  | 100  | 100  | 100  | 100 | 100 | 94    | 75    |
| c.        | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan                   | 10 menit       |       | 10   | 10   | 10   | 10   | 5   | 5   | 3     | 14    |
| d.        | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap                    | 15 menit       |       | 15   | 15   | 15   | 15   | 10  | 10  | 14    | 3     |
| <b>15</b> | <b>Pengolahan Limbah</b>                                                     |                |       |      |      |      |      |     |     |       |       |
| a.        | Baku mutu limbah cair                                                        | a.BOD<30 mg/l  |       | 30   | 30   | 30   | 30   | 0   | 75  | 26,6  | 26,6  |
|           |                                                                              | b.COD<80 mg/l  |       | 80   | 80   | 80   | 80   | 0   | 0   | 71,44 | 71,44 |
|           |                                                                              | c.TSS<30 mg/l  |       | 30   | 30   | 30   | 30   | 0   | 0   | 14    | 14    |
|           |                                                                              | d. PH 6-9      |       | 7    | 7    | 7    | 7    | 0   | 0   | 7     | 7     |
| b.        | Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan                       | 100%           |       | 100  | 100  | 100  | 100  | 0   | 0   | 87    | 90    |
| <b>16</b> | <b>Administrasi dan Manajemen</b>                                            |                |       |      |      |      |      |     |     |       |       |
| a.        | Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi                   | 2 hari%        | Hari  | 2    | 2    | 2    | 2    | 2   | 2   | 2     | 2     |
| b.        | Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja                                    | 3 bulan        | Bulan | 3    | 3    | 3    | 3    | 12  | 12  | 3     | 3     |
| c.        | Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat                                  | 100%           | %     | 100  | 100  | 100  | 100  | 97  | 98  | 100   | 100   |
| d.        | Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala                             | 100%           | %     | 100  | 100  | 100  | 100  | 100 | 100 | 100   | 100   |
| e.        | Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun                    | 60%            | %     | 100  | 35   | 30   | 30   | 11  | 15  | 50    | 6     |
| f.        | Cost Recovery                                                                | 40%            |       | 40   | 40   | 40   | 40   | 30  | 35  | 40    | 40    |
| g.        | Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan                                  | 100%           |       | 100  | 100  | 100  | 100  | 100 | 100 | 100   | 100   |
| h.        | Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap        | 120 menit      | Menit | 120  | 120  | 120  | 120  | 60  | 30  | <120  | 2     |

|           |                                                                                                                  |          |       |     |     |     |     |     |     |      |      |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|
| <i>i.</i> | Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu                                            | 100%     | %     | 60  | 60  | 60  | 60  | 66  | 65  | 66   | 66   |
| <b>17</b> | <b>Ambulance/Kereta Jenazah</b>                                                                                  |          |       |     |     |     |     |     |     |      |      |
| <i>a.</i> | Waktu pelayanan ambulance / kereta jenazah                                                                       | 24 jam   | Jam   | 24  | 24  | 24  | 24  | 24  | 24  | 24   | 24   |
| <i>b.</i> | Kecepatan memberikan pelayanan ambulance / kereta jenazah di Rumah Sakit                                         | 30 menit | Menit | 30  | 30  | 30  | 30  | 30  | 30  | 30   | 30   |
| <i>c.</i> | Respons time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan                                                | 100%     | %     | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100  | 100  |
| <b>18</b> | <b>Pemulasaran Jenazah</b>                                                                                       |          |       |     |     |     |     |     |     |      |      |
| <i>a.</i> | Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah                                                                      | 2 jam    | Jam   | 2   | 2   | 2   | 2   | 0   | 0   | 0    | 0    |
| <b>19</b> | <b>Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit</b>                                                                           |          |       |     |     |     |     |     |     |      |      |
| <i>a.</i> | Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat                                                                        | 80%      |       | 80  | 75  | 70  | 65  | 40  | 40  | 85   | 85   |
| <i>b.</i> | ketepatan waktu pemeliharaan alat                                                                                | 100%     |       | 100 | 100 | 100 | 100 | 80  | 85  | 87   | 100  |
| <i>c.</i> | Peralatan laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi | 100%     |       | 50  | 50  | 100 | 100 | 0   | 0   | 66   | 60   |
| <b>20</b> | <b>Laundry</b>                                                                                                   |          |       |     |     |     |     |     |     |      |      |
| <i>a.</i> | Tidak adanya kejadian linen yang hilang                                                                          | 100%     |       | 80  | 80  | 100 | 100 | 78  | 80  | 97   | 97   |
| <i>b.</i> | Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap                                                          | 100%     |       | 80  | 80  | 100 | 100 | 70  | 80  | 100  | 100  |
| <b>21</b> | <b>Pencegahan dan Pengendalian Infeksi</b>                                                                       |          |       |     |     |     |     |     |     |      |      |
| <i>a.</i> | Tersedianya anggota tim PPI yang terlatih                                                                        | 75%      |       | 75  | 75  | 75  | 75  | 45  | 45  | 4,76 | 4,76 |
| <i>b.</i> | Koordinasi APD (alat Pelindung Diri)                                                                             | 75%      |       | 60  | 67  | 75  | 75  | 20  | 40  | 80   | 65   |
| <i>c.</i> | Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di RS                                                       | 75%      |       | 75  | 75  | 75  | 75  | 50  | 60  | 66   | 100  |

Jika melihat perbandingan rata-rata realisasi indikator kinerja sampai dengan tahun 2018 terhadap target kinerja jangka menengah yang terdapat dalam Renstra Rumah Sakit Arifin Nu'mang, maka terdapat 101 indikator yang telah mencapai target jangka menengah, 16 indikator yang belum mencapai target jangka menengah. namun indikator indikator yang belum mencapai target tersebut dioptimalkan agar ditahun tahun mendatang target tersebut dapat dicapai.

**a. Analisis penyebab keberhasilan/ kegagalan atau peningkatan/ penurunan kinerja serta alternatif solusi yang telah dilakukan.**

Keberhasilan/peningkatan pencapaian beberapa indikator dalam standar pelayanan minimal (SPM) Rumah Sakit Arifin Nu'mang didukung dengan adanya dukungan dana anggaran dari APBD maupun DAK bidang kesehatan serta ketersediaan tenaga –tenaga profesional yang memadai di bidangnya masing masing, sehingga program-program dan kegiatan yang sudah direncanakan dapat terlaksana dengan baik.

Tahun 2018 Rumah Sakit Arifin Nu'mang Kabupaten Sidenreng Rappang melaksanakan beberapa kegiatan untuk peningkatan kinerja rumah sakit sesuai anggaran yang tersedia, sebagai berikut:

1. Penyediaan jasa komunikasi, sumber daya listrik dan air
2. Penyediaan jasa jaminan barang milik daerah
3. Penyediaan jasa administrasi keuangan
4. Rapat rapat koordinasi dan konsultasi ke luar daerah
5. Rapat rapat koordinasi dan konsultasi ke dalam daerah
6. Pelayanan administrasi perkantoran
7. Peningkatan kesehatan masyarakat
8. Pembangunan rumah sakit
9. Pengadaan alat-alat kesehatan rumah sakit
10. Pelayanan dan pendukung pelayanan kesehatan BLUD

Sedangkan beberapa indikator yang belum mencapai target lebih disebabkan pada ketersediaan tenaga terlatih pada bagian tertentu belum terpenuhi serta pengalokasian anggaran untuk pencapaian indikator indikator tertentu masih belum mencukupi dan semua itu dikarenakan pagu anggaran yang diberikan oleh pemerintah daerah memang belum mampu memenuhi kebutuhan rumah sakit.

**b. Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya.**

Anggaran yang direncanakan pada penetapan kinerja/ perjanjian kinerja tahun 2018 untuk pencapaian sasaran kinerja Rumah Sakit Arifin Nu'mang ini adalah sebesar

Rp.27.482.887.000.- dan setelah perubahan anggaran meningkat menjadi Rp.37.587.640.000.- dan dari anggaran tersebut terealisasi sebesar Rp.26.009.014.713.- atau **69,20%**. Dibandingkan rata-rata capaian kinerja sebesar **103.61%**, berarti tingkat efisiensi sebesar **34,41%**.

**c. Analisis program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian pernyataan kinerja.**

Program/kegiatan yang menunjang keberhasilan pencapaian sasaran kinerja Rumah Sakit Arifin Nu'mang adalah sebanyak 4 program dan 10 kegiatan, yaitu:

**program pelayanan administrasi perkantoran**, dengan 6 kegiatan yaitu :

- Penyediaan jasa komunikasi, sumber daya air dan listrik
- Penyediaan jasa jaminan barang milik daerah
- Penyediaan jasa administrasi keuangan
- Rapat-rapat koordinasi dan konsultasi ke luar daerah
- Rapat-rapat koordinasi dan konsultasi ke dalam daerah
- Pelayanan administrasi perkantoran

**Program Upaya kesehatan masyarakat**, dengan kegiatan:

- Peningkatan kesehatan masyarakat

**Program pengadaan, peningkatan sarana prasarana rumah sakit/rumah sakit jiwa/rumah sakit paru-paru/rumah sakit mata**, dengan kegiatan :

- Pembangunan rumah sakit
- Pengadaan alat-alat kesehatan rumah sakit

**Program peningkatan mutu pelayanan kesehatan BLUD**, dengan kegiatan :

- Pelayanan dan pendukung pelayanan kesehatan BLUD

Permasalahan:

Masih adanya beberapa indikator kinerja yang belum tercapai lebih disebabkan karena kurangnya biaya yang tersedia serta keterampilan para pelaksana kegiatan yang



belum memadai. Demikian juga di beberapa unit belum ada sistem yang baik untuk memperbaiki kualitas pelayanan yang diberikan

Solusi:

Melihat permasalahan yang ada, maka ke depan Rumah Sakit Arifin Nu'mang perlu mengalokasikan anggaran yang lebih besar untuk pelaksanaan kegiatan yang pencapaian indikator kinerjanya masih rendah. Perlu dilakukan pelatihan pelatihan yang lebih intensif bagi tenaga tenaga yang melaksanakan kegiatan yang pencapaiannya masih rendah sehingga keterampilannya dapat ditingkatkan. Demikian pula masih perlu perbaikan berbagai sistem yang digunakan dalam memberikan pelayanan di rumah sakit

### **REALISASI ANGGARAN**

Penyerapan anggaran belanja langsung pada tahun 2018 sebesar 69,20 % dari total anggaran yang dialokasikan. Jika dilihat dari realisasi anggaran per sasaran, penyerapan anggaran terbesar pada program/kegiatan di sasaran Meningkatnya kualitas sistem perencanaan, pelaksanaan, pengawasan dan pengendalian serta penilaian yang akuntabel, transparan dengan menerapkan SIMRS dan PPK-BLUD (74,08 %). Sedangkan penyerapan terkecil pada program/kegiatan di sasaran Meningkatnya profesionalisme sumber daya manusia berbasis kompetensi dan Meningkatnya etika petugas dalam memberikan pelayanan yang ramah, sopan, santun dengan menerapkan prinsip 3S (senyum,salam,sapa) (67,52 %).

Efisiensi anggaran menunjukkan bagaimana sasaran dengan indikator yang dirumuskan telah berhasil dicapai dengan memanfaatkan sumber daya/input tertentu. Semakin tinggi jumlah sumber daya yang dikeluarkan untuk mencapai keluaran tertentu, maka efisiensinya akan semakin rendah. Begitu juga sebaliknya, semakin rendah sumber daya yang dihabiskan untuk mencapai sasaran, maka efisiensi anggarannya akan semakin tinggi.

Pencapaian kinerja dan anggaran pada tahun 2018 secara umum menunjukkan tingkat efisiensi anggaran yang cukup tinggi. Hal ini bisa dilihat bahwa mayoritas dari seluruh

sasaran menunjukkan realisasi anggarannya lebih kecil daripada realisasi kinerjanya. Ini bisa bermakna bahwa secara umum, pencapaian kinerja dari aspek program telah dicapai dengan cara yang efisien karena realisasi anggarannya lebih kecil daripada yang ditargetkan dan juga lebih kecil daripada realisasi capaian kinerjanya.

Anggaran dan realisasi belanja langsung tahun 2018 yang dialokasikan untuk membiayai program/kegiatan dalam pencapaian sasaran pembangunan disajikan pada tabel berikut:

Tabel 3.5. Pencapaian Kinerja dan Anggaran Tahun 2018

| SASARAN                                                          | JENIS PELAYANAN | INDIKATOR                                                                                  | KINERJA        |                          |             | ANGGARAN (Rp)        |                      |             |
|------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------|-------------|----------------------|----------------------|-------------|
|                                                                  |                 |                                                                                            | TARGET         | REALISASI TAHUN 2018     | CAPAIAN (%) | TARGET               | REALISASI            | % REALISASI |
| Sasaran 1. Meningkatkan mutu dan efisiensi pelayanan rumah sakit | Gawat Darurat   | 1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa                                         | 100%           | 100%                     | 100         | Rp. 34.871.629.000,- | Rp. 24.022.329.514,- | 68,89       |
|                                                                  |                 | 2. Jam buka pelayanan Gawat Darurat                                                        | 24 Jam         | 24 JAM                   | 100         |                      |                      |             |
|                                                                  |                 | 3. Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS | 100%           | 100%                     | 100         |                      |                      |             |
|                                                                  |                 | 4. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana                                                 | 1 Tim          | 1                        | 100         |                      |                      |             |
|                                                                  |                 | 5. Waktu tanggap pelayanan Dokter di rawat Darurat                                         | 5 Menit        | 3 MENIT                  | 160         |                      |                      |             |
|                                                                  |                 | 6. Ketersediaan alat dan bahan Gawat Darurat                                               | 100%           | 100%                     | 100         |                      |                      |             |
|                                                                  |                 | 7. Kematian pasien < 24 jam                                                                | Dua per seribu | 10 %                     | 20          |                      |                      |             |
|                                                                  |                 | 8. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka                                  | 100%           | 100%                     | 100         |                      |                      |             |
|                                                                  | Rawat Jalan     | 1. Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis, dr.Spesialis                          | 100            | 100 % Dokter Spesialis   | 100         |                      |                      |             |
|                                                                  |                 | 2. Ketersediaan pelayanan.a.klinik anak                                                    | 100            | a. Klinik Anak           | 100         |                      |                      |             |
|                                                                  |                 |                                                                                            | 100            | b. Klinik Penyakit Dalam | 100         |                      |                      |             |
|                                                                  |                 | c. Klinik Kebidanan                                                                        | 100            | c. Klinik Kebidanan      | 100         |                      |                      |             |
|                                                                  |                 | d. Klinik Bedah                                                                            | 100            | d. Klinik Bedah          | 100         |                      |                      |             |

|            |    |                                                                                     |               |                                                                                          |     |
|------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
|            | 3. | Jam buka pelayanan : 08.00 s/d 13.00 Setiap Hari kerja kecuali Jum'at : 08.00-11.00 | 100           | 08.00 s/d 13.00 Setiap Hari kerja kecuali Jum'at : 08.00-11.00                           | 100 |
|            | 4. | Waktu tunggu di Rawat Jalan                                                         | 60 Menit      | 120 Menit                                                                                | 50  |
|            | 6. | a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan miskroskop TB                         | 100%          | 100%                                                                                     | 100 |
|            |    | b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS                         | 100%          | 100%                                                                                     | 100 |
| Rawat Inap | 1. | Pemberi pelayanan di Rawat Inap .<br>a. dr. Spesialis                               | 100           | dr. Spesialis yang terdiri dari: dr. Spesialis Penyakit Dalam, Bedah, Anak dan Kebidanan | 100 |
|            |    | b. Perawat                                                                          | 100           | Perawat                                                                                  | 100 |
|            | 2. | Dokter Penanggungjawab pasien rawat inap                                            | 100%          | 100%                                                                                     | 100 |
|            | 3. | Ketersediaan pelayanan rawat inap.<br>a. Anak                                       | 100           | a. Anak                                                                                  | 100 |
|            |    | b. Penyakit Dalam                                                                   | 100           | b. Penyakit Dalam                                                                        | 100 |
|            |    | c. Kebidanan                                                                        | 100           | c. Kebidanan                                                                             | 100 |
|            |    | d. Bedah                                                                            | 100           | d. Bedah                                                                                 | 100 |
|            | 4. | Jam visite Dokter Spesialis                                                         | 08.00-14.00   | 08.00-14.00                                                                              | 100 |
|            | 5. | Kejadian infeksi pasca operasi                                                      | Maximum 1,5 % | 2,8%                                                                                     | 40  |
|            | 6. | Kejadian infeksi nosokomial                                                         | Maximum 1,5 % | 4,8%                                                                                     | 60  |
|            | 7. | Tidak Adanya Kejadian pasien jatuh berakibat kecacatan/kematian                     | 100%          | 100%                                                                                     | 100 |
|            | 8. | Kematian pasien >48 jam                                                             | 0,24%         | 2%                                                                                       | 8   |
|            | 9. | Kejadian Pulang Paksa                                                               | 5%            | 1%                                                                                       | 200 |

|                                                                                  |    |                                                                                                       |               |                              |     |
|----------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------------------------|-----|
|                                                                                  | 11 | Rawat Inap TB                                                                                         |               |                              |     |
|                                                                                  |    | a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB                                            | 100%          | 100%                         | 100 |
|                                                                                  |    | b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS                                           | 100%          | 100%                         | 100 |
|                                                                                  | 12 | BOR ( Bed Occupancy Rate)                                                                             | 60%           | 39%                          | 65  |
|                                                                                  | 13 | AvLOS(Average Length of Stay)                                                                         | 6 hari        | 3 hari                       | 200 |
|                                                                                  | 14 | TOI ( Turn of Interval)                                                                               | 1 hari        | 5 hari                       | 20  |
|                                                                                  | 15 | BTO ( Bed Turn Over)                                                                                  | 40 kali       | 42 kali                      | 105 |
|                                                                                  | 16 | NDR (Nett Death Rate)                                                                                 | <25 perseribu | 11 ‰                         | 100 |
|                                                                                  | 17 | GDR (Gross Death Rate)                                                                                | <45 perseribu | 21 ‰                         | 100 |
| Bedah Sentral                                                                    | 1. | Waktu Tunggu operasi elektif                                                                          | 2 hari        | 1 Hari                       | 150 |
|                                                                                  | 2. | Kejadian kematian di meja operasi                                                                     | Max. 1 %      | 0,00%                        | 100 |
|                                                                                  | 3. | Tidak adanya kejadian operasi salah sisi                                                              | 100%          | 100%                         | 100 |
|                                                                                  | 4. | Tidak adanya kejadian operasi salah orang                                                             | 100%          | 100%                         | 100 |
|                                                                                  | 5. | Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi                                                     | 100%          | 100%                         | 100 |
|                                                                                  | 6. | Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi                | 100%          | 100%                         | 100 |
|                                                                                  | 7. | Komplikasi anastesi karena overdosis, reaksi anastesi dan salah penempatan anastesi endotracheal tube | 6 %           | 0                            | 100 |
| Persalinan, perinatologi (kecuali rumah sakit khusus di luar rumah sakit ibu dan | 1. | Kejadian kematian ibu karena persalinan a. Perdarahan Max 1 %                                         | Max 1 %       | 0%                           | 100 |
|                                                                                  |    | b. Pre-eklampsia Max 30%                                                                              | Max 30%       | 0,025%                       | 100 |
|                                                                                  |    | c. Sepsis Max 0,2 %                                                                                   | Max 0,2 %     | 0%                           | 100 |
|                                                                                  | 2. | Pemberi pelayanan persalinan normal a. Dokter Sp.OG                                                   | 100           | Dokter Sp.OG 1 Orang         | 100 |
|                                                                                  |    | b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal                                                     | 100           | Dokter umum terlatih (Asuhan | 100 |

|              |                                                                                                                           |                                                                                       |                                 |                                                                             |      |  |  |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------|--|--|
| anak) dan KB |                                                                                                                           |                                                                                       |                                 | Persalinan Normal) jika Dokter Sp.OG Tidak Ditempat                         |      |  |  |
|              |                                                                                                                           | c. Bidan                                                                              | c. Bidan                        | Bidan 22 Orang                                                              | 100  |  |  |
|              | 3.                                                                                                                        | Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit                                          | Tim PONEK yang terlatih         | ada TIM Ponek Terlatih                                                      | 100  |  |  |
|              | 4.                                                                                                                        | Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi                                  | 100                             | Dokter Sp.OG 1 orang                                                        | 100  |  |  |
|              |                                                                                                                           | a. Dokter Sp. OG                                                                      | 100                             | Dokter Sp. Anak 1 orang                                                     | 100  |  |  |
|              |                                                                                                                           | b. Dokter Sp.A                                                                        | 100                             | Dokter Sp. Anestesi 1 orang                                                 | 100  |  |  |
|              |                                                                                                                           | c. Dokter Sp.An/Dokter lainnya                                                        | 100                             |                                                                             | 100  |  |  |
|              | 5.                                                                                                                        | Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr                                            | 100%                            | 100%                                                                        | 100  |  |  |
|              | 6.                                                                                                                        | Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria                                         | Max 20 %                        | 45%                                                                         | 44,4 |  |  |
|              | 7.                                                                                                                        | Keluarga berencana                                                                    |                                 |                                                                             |      |  |  |
|              | a. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr.Sp.Og, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr.umum terlatih | 100%                                                                                  | 100%                            | 100                                                                         |      |  |  |
|              | b. Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidang terlatih                                         | 100%                                                                                  | 100%                            | 100                                                                         |      |  |  |
|              |                                                                                                                           |                                                                                       |                                 |                                                                             |      |  |  |
|              | 1.                                                                                                                        | Rata – rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam | Max 3%                          | 0%                                                                          | 100  |  |  |
|              | Intensif                                                                                                                  | 2.                                                                                    | Pemberi pelayanan unit intensif |                                                                             |      |  |  |
|              |                                                                                                                           |                                                                                       |                                 |                                                                             |      |  |  |
|              |                                                                                                                           |                                                                                       | 100                             | a. Dokter Sp.Anestesi dandokter spesialis sesuai degan kasus yang ditangani | 100  |  |  |
|              |                                                                                                                           |                                                                                       |                                 |                                                                             |      |  |  |

|                      |    |                                                                                     |                                         |                               |     |
|----------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------|-----|
|                      |    | b. 100 % perawat minimal D3 dengan sertifikat perawatan mahir ICU/ setara           | 100                                     | 20% Perawat bersertifikat ICU | 20  |
| Radiologi            | 1. | Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto                                            | Max 3 jam                               | 2 Jam                         | 150 |
|                      | 2. | Pelaksanaan ekspertisi : Dokter Sp. Rad dan Dokter lainnya                          | 100                                     | Dr. Sp. rad                   | 100 |
|                      | 3. | Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen : Kerusakan foto Max 2 %                       | Kerusakan foto Max 2 %                  | 0,03 %                        | 150 |
| Lab. Patologi Klinik | 1. | Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium : Max 140 menit kimia darah & darah rutin | Max 140 menit kimia darah & darah rutin | 87 Menit                      | 160 |
|                      | 2. | Pelaksana ekspertisi: Dokter Sp. PK atau Dokter spesialis lain                      | 100                                     | dokter spesialis lain         | 100 |
|                      | 3. | Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium                     | 100%                                    | 100%                          | 100 |
| Rehabilitas Medik    | 1. | Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitas Medik yang di rencanakan    | Max 50 %                                | 20%                           | 250 |
|                      | 2. | Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitas medik                          | 100%                                    | 100%                          | 100 |
| Farmasi              | 1. | Waktu tunggu pelayanan obat                                                         |                                         |                               |     |
|                      | a. | Obat jadi                                                                           | a. 30 menit                             | 25 menit                      | 120 |
|                      | b. | Racikan                                                                             | b. 60 menit                             | 37 menit                      | 162 |
|                      | 2. | Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat                                      | 100%                                    | 100%                          | 100 |
| GIZI                 | 4. | Penulisan resep sesuai formularium                                                  | 80%                                     | 80%                           | 100 |
|                      | 1. | Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien                                     | 90%                                     | 100%                          | 111 |
|                      | 2. | Sisa makanan yang tidak termasuk oleh pasien                                        | max 20 %                                | 8%                            | 250 |
|                      | 3. | Tidak adanya kejadian                                                               | 100%                                    | 100%                          | 100 |

|                                                               |           | kesalahan pemberian diet                                                                                             |                    |                                         |            |
|---------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------|------------|
| Bank darah/<br>UTDRS                                          | 1.        | Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi                                                                      | 100 %<br>terpenuhi | 100 %<br>terpenuhi                      | 100        |
|                                                               | 2.        | Kejadian reaksi transfusi                                                                                            | Max 0,01 %         | 0%                                      | 100        |
| Pelayanan<br>GAKIN                                            | 1.        | Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan                                         | 100 %<br>terlayani | 100 %<br>terlayani                      | 100        |
| Rekam<br>Medik                                                | 1.        | Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan                                                   | 100%               | 35%                                     | <b>35</b>  |
|                                                               | 2.        | Kelengkapan informend concent setelah mendapatkan informasi yang jelas                                               | 100%               | 75%                                     | <b>75</b>  |
|                                                               | 3.        | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan                                                           | 10 menit           | 14 menit                                | 71         |
|                                                               | 4.        | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap                                                            | 15 menit           | 3 menit                                 | <b>500</b> |
| Pengel<br>olaan<br>limbah                                     | 1.        | Baku mutu limbah cair :                                                                                              |                    |                                         |            |
|                                                               |           | a. BOD < 30 mg/l                                                                                                     | < 30 mg/l          | a.<br>26,6mg/l                          | 100        |
|                                                               |           | b.COD < 80 mg/l                                                                                                      | < 80 mg/l          | b.71,44mg<br>/l                         | 100        |
|                                                               |           | c. TSS < 30 mg/l                                                                                                     | < 30 mg/l          | c. 14mg/l                               | 100        |
|                                                               | d. PH 6-9 | 6-9                                                                                                                  | d. 7               | 100                                     |            |
|                                                               | 2.        | Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan                                                              | 100%               | 90%                                     | <b>97</b>  |
| Ambula<br>nce /<br>kereta<br>jenazah                          | 1.        | Waktu pelayanan ambulance / kereta jenazah                                                                           | 24 jam             | 24 jam                                  | 100        |
|                                                               | 2.        | Kecepatan memberikan pelayanan ambulance / kereta jenazah dirumah sakit                                              | 30 menit           | 30 menit                                | 100        |
|                                                               | 3.        | Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan                                                   | 100%               | 100%                                    | 100        |
| Pemula<br>saraan<br>jenazah                                   | 1.        | Waktu tanggap (response time)pelayanan pemulasaran jenazah                                                           | 2 jam              | Belum Ada Pelayanan Pemulasaran Jenazah | 0          |
| Pelayan<br>an<br>pemeli<br>haraan<br>sarana<br>rumah<br>sakit | 1.        | Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat                                                                            | 80%                | 85%                                     | <b>106</b> |
|                                                               | 2.        | Ketepatan Waktu pemeliharaan alat                                                                                    | 100%               | 100%                                    | 100        |
|                                                               | 3.        | Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan | 50%                | 60%                                     | <b>120</b> |





|       |    |                                       |     |     |        |                  |                  |       |
|-------|----|---------------------------------------|-----|-----|--------|------------------|------------------|-------|
|       | 4. | Kepuasan pelanggan Laboratorium       | 80% | 90% | 112    |                  |                  |       |
|       | 3. | Kepuasan pelanggan rehabilitasi medik | 80% | 90% | 112    |                  |                  |       |
|       | 3. | Kepuasan pelanggan Farmasi            | 80% | 90% | 112    |                  |                  |       |
| Total |    |                                       |     |     | 103,61 | 41.632.322.000.- | 38.051.679.680.- | 69,20 |

### Analisa Efisiensi

Bagian yang disajikan dalam tabel ini terkait dengan efisiensi anggaran untuk sasaran yang pencapaian kerjanya mencapai atau lebih dari 100%. Terlihat bahwa dari 4 sasaran, menunjukkan pencapaian yang sama atau lebih dari 100%, sebagaimana ditunjukkan dalam tabel di bawah ini. Sebagai contoh, untuk sasaran Meningkatnya mutu dan efisiensi pelayanan rumah sakit, telah mencapai kinerja sebanyak 92,92% namun dengan realisasi anggaran hanya sebanyak 91,29% dari total anggaran yang dialokasikan. Capaian serupa juga bisa dilihat dari pencapaian sasaran Meningkatnya kualitas sistem perencanaan, pelaksanaan, pengawasan dan pengendalian serta penilaian yang akuntabel, transparan dengan menerapkan SIMRS dan PPK-BLUD, dengan pencapaian kinerja sebanyak 95,75%, namun dengan realisasi anggaran hanya sebanyak 93,26%. demikian juga bisa dengan pencapaian sasaran Meningkatnya etika petugas dalam memberikan pelayanan yang ramah, sopan, santun dengan menerapkan prinsip 3S (senyum,salam,sapa), dengan pencapaian kinerja sebanyak 111,38%, namun dengan realisasi anggaran hanya sebanyak 99,99%.

Banyaknya sasaran yang berhasil dicapai dengan sumber daya yang efisien menunjukkan bahwa efisiensi anggaran telah mencapai tingkat yang tinggi. Kondisi ini sejalan dengan prinsip pengelolaan anggaran publik dan lebih jauh, juga sejalan dengan prinsip pemerintahan yang baik, yang salah satunya adalah pengelolaan sumber daya anggaran yang efisien dalam mencapai tujuan dan sasaran pembangunan.

Tabel 3.6. Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

| SASARAN | JENIS PELAYANAN | INDIKATOR | CAPAIAN KINERJA (%) | % REALISASI ANGGARAN | TINGKAT EFISIENSI |
|---------|-----------------|-----------|---------------------|----------------------|-------------------|
|---------|-----------------|-----------|---------------------|----------------------|-------------------|

Sasaran 1. Meningkatkan mutu dan efisiensi pelayanan rumah sakit

|               |    |                                                                                         |                                           |     |
|---------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----|
| Gawat Darurat | 1. | Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa                                         | 100                                       |     |
|               | 2. | Jam buka pelayanan Gawat Darurat                                                        | 100                                       |     |
|               | 3. | Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS | 100                                       |     |
|               | 4. | Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana                                                 | <b>100</b>                                |     |
|               | 5. | Waktu tanggap pelayanan Dokter di rawat Darurat                                         | 160                                       |     |
|               |    |                                                                                         |                                           |     |
|               | 7. | Kematian pasien < 24 jam                                                                | <b>20</b>                                 |     |
|               | 8. | Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka                                  | 100                                       |     |
| Rawat Jalan   | 1. | Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis                                        | 100                                       |     |
|               | 2. | Ketersediaan pelayanan klinik anak                                                      | 100                                       |     |
|               |    | Ketersediaan pelayanan klinik interna                                                   | 100                                       |     |
|               |    | Ketersediaan pelayanan klinik obgyn                                                     | 100                                       |     |
|               |    | Ketersediaan pelayanan klinik bedah                                                     | 100                                       |     |
|               | 3. | Jam buka pelayanan                                                                      | 100                                       |     |
|               | 4. | Waktu tunggu di Rawat Jalan                                                             | <b>50</b>                                 |     |
|               |    |                                                                                         |                                           |     |
| Rawat Inap    | 1. | Pemberi pelayanan di Rawat Inap                                                         | 100                                       |     |
|               |    |                                                                                         | 100                                       |     |
|               | 2. | Dokter Penanggungjawab pasien rawat inap                                                | 100                                       |     |
|               | 3. | Ketersediaan pelayanan rawat inap anak                                                  | 100                                       |     |
|               |    |                                                                                         | Ketersediaan pelayanan rawat inap interna | 100 |
|               |    |                                                                                         | Ketersediaan pelayanan rawat obgyn        | 100 |
|               |    |                                                                                         | Ketersediaan pelayanan rawat bedah        | 100 |
|               | 4. | Jam visite Dokter Spesialis                                                             | 100                                       |     |
|               | 5. | Kejadian infeksi pasca operasi                                                          | <b>40</b>                                 |     |
|               | 6. | Kejadian infeksi nosokomial                                                             | <b>60</b>                                 |     |
|               | 7. | Tidak Adanya Kejadian pasien jatuh berakibat kecacatan/kematian                         | 100                                       |     |

68,89

37,09

|                                                                                               |                                                                                                       |                                                                     |                                                             |                                                   |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----|
|                                                                                               |                                                                                                       | 8.                                                                  | Kematian pasien >48 jam                                     | 8                                                 |     |
|                                                                                               |                                                                                                       | 9.                                                                  | Kejadian Pulang Paksa                                       | 200                                               |     |
|                                                                                               |                                                                                                       |                                                                     |                                                             |                                                   |     |
|                                                                                               |                                                                                                       | 11                                                                  | Rawat Inap TB                                               |                                                   |     |
|                                                                                               |                                                                                                       |                                                                     | a. Penegekan diagnosis TB melalui pemeriksaan miskroskop TB | 100                                               |     |
|                                                                                               |                                                                                                       |                                                                     | b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS | 100                                               |     |
|                                                                                               |                                                                                                       | 12                                                                  | BOR ( Bed Occupancy Rate)                                   | 65                                                |     |
|                                                                                               |                                                                                                       | 13                                                                  | AvLOS(Average Length of Stay)                               | 200                                               |     |
|                                                                                               |                                                                                                       | 14                                                                  | TOI ( Turn of Interval)                                     | 20                                                |     |
|                                                                                               |                                                                                                       | 15                                                                  | BTO ( Bed Turn Over)                                        | 105                                               |     |
|                                                                                               |                                                                                                       | 16                                                                  | NDR (Nett Death Rate)                                       | 100                                               |     |
|                                                                                               |                                                                                                       | 17                                                                  | GDR (Gross Death Rate)                                      | 100                                               |     |
|                                                                                               |                                                                                                       | Bedah Sentral                                                       | 1.                                                          | Waktu Tunggu operasi elektif                      | 150 |
|                                                                                               |                                                                                                       |                                                                     | 2.                                                          | Kejadian kematian di meja operasi                 | 100 |
|                                                                                               |                                                                                                       |                                                                     | 3.                                                          | Tidak adanya kejadian operasi salah sisi          | 100 |
|                                                                                               |                                                                                                       |                                                                     | 4.                                                          | Tidak adanya kejadian operasi salah orang         | 100 |
|                                                                                               |                                                                                                       |                                                                     | 5.                                                          | Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi | 100 |
| 6.                                                                                            | Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi                |                                                                     | 100                                                         |                                                   |     |
| 7.                                                                                            | Komplikasi anastesi karena overdosis, reaksi anastesi dan salah penempatan anastesi endotracheal tube |                                                                     | 100                                                         |                                                   |     |
| Persalinan, perinatologi (kecuali rumah sakit khusus di luar rumah sakit ibu dan anak) dan KB | 1.                                                                                                    | Kejadian kematian ibu karena persalinan a.perdarahan max 1%         | 100                                                         |                                                   |     |
|                                                                                               |                                                                                                       | b.pre-eklamsi max 0,1%                                              | 100                                                         |                                                   |     |
|                                                                                               |                                                                                                       | c.sepsis, max 0,2%                                                  | 100                                                         |                                                   |     |
|                                                                                               | 2.                                                                                                    | Pemberi pelayanan persalinan normal a.dokter Sp.OG                  | 100                                                         |                                                   |     |
|                                                                                               |                                                                                                       | b.dokter umum terlatih                                              | 100                                                         |                                                   |     |
|                                                                                               |                                                                                                       | c.bidan                                                             | 100                                                         |                                                   |     |
|                                                                                               | 3.                                                                                                    | Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit                        | 100                                                         |                                                   |     |
|                                                                                               | 4.                                                                                                    | Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi a.dokter Sp.OG | 100                                                         |                                                   |     |
|                                                                                               |                                                                                                       | b.dokter Sp.A.                                                      | 100                                                         |                                                   |     |
|                                                                                               |                                                                                                       | c.dokter Sp.An./dokter lainnya                                      | 100                                                         |                                                   |     |
| 5.                                                                                            | Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr                                                            | 100                                                                 |                                                             |                                                   |     |
| 6.                                                                                            | Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria                                                         | 44,4                                                                |                                                             |                                                   |     |
| 7.                                                                                            | Keluarga berencana                                                                                    |                                                                     |                                                             |                                                   |     |
|                                                                                               | a. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr.Sp.Og, dr.Sp.B,       | 100                                                                 |                                                             |                                                   |     |

|  |                      |                                                                                          |            |  |
|--|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--|
|  |                      | dr.Sp.U, dr.umum terlatih                                                                |            |  |
|  |                      | b. Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidang terlatih        | 100        |  |
|  |                      |                                                                                          |            |  |
|  | Intensif             | 1. Rata – rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam | 100        |  |
|  |                      | 2. Pemberi pelayanan unit intensif a.dokter Sp.An.<br>b.100% perawat                     | 100<br>20  |  |
|  | Radiologi            | 1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto                                              | 150        |  |
|  |                      | 2. Pelaksanaan ekspertisi                                                                | 100        |  |
|  |                      | 3. Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen                                                  | 150        |  |
|  |                      |                                                                                          |            |  |
|  | Radiologi Klinik     | 1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium                                             | 160        |  |
|  |                      | 2. Pelaksana ekspertisi                                                                  | 100        |  |
|  |                      |                                                                                          |            |  |
|  | Lab. Patologi Klinik | 3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium                       | 100        |  |
|  |                      |                                                                                          |            |  |
|  | Rehabilitas Medik    | 1. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitas Medik yang di rencanakan      | 250        |  |
|  |                      | 2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitas medik                            | 100        |  |
|  |                      |                                                                                          |            |  |
|  | Farmasi              | 1. Waktu tunggu pelayanan obat<br>a. Obat jadi<br>b. Racikan                             | 120<br>162 |  |
|  |                      | 2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat                                        | 100        |  |
|  |                      |                                                                                          |            |  |
|  |                      | 4. Penulisan resep sesuai formularium                                                    | 100        |  |
|  | GIZI                 | 1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien                                       | 111        |  |
|  |                      | 2. Sisa makanan yang tidak termasuk oleh pasien                                          | 250        |  |
|  |                      | 3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet                                        | 100        |  |
|  | Bank darah/UTDRS     | 1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi                                       | 100        |  |
|  |                      | 2. Kejadian reaksi transfusi                                                             | 100        |  |
|  | Pelayanan GAKIN      | 1. Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan          | 100        |  |

|                                                                 |                                           |    |                                                                                                                      |     |       |       |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|-------|
| yang akuntabel, transparan dengan menerapkan SIMRS dan PPK-BLUD | Rekam Medik                               | 1. | Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan                                                   | 35  | 74,08 | 21,67 |
|                                                                 |                                           | 2. | Kelengkapan informend concent setelah mendapatkan informasi yang jelas                                               | 75  |       |       |
|                                                                 |                                           | 3. | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan                                                           | 71  |       |       |
|                                                                 |                                           | 4. | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap                                                            | 500 |       |       |
|                                                                 | Pengelolaan limbah                        | 1. | a.BOD<30 mg/l                                                                                                        | 100 |       |       |
|                                                                 |                                           |    | b.COD <80 mg/l                                                                                                       | 100 |       |       |
|                                                                 |                                           |    | c.TSS<30mg/l                                                                                                         | 100 |       |       |
|                                                                 |                                           |    | d.Ph 6-9                                                                                                             | 100 |       |       |
|                                                                 |                                           | 2. | Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan                                                              | 97  |       |       |
|                                                                 | Ambulance / kereta jenazah                | 1. | Waktu pelayanan ambulance / kereta jenazah                                                                           | 100 |       |       |
|                                                                 |                                           | 2. | Kecepatan memberikan pelayanan ambulance / kereta jenazah dirumah sakit                                              | 100 |       |       |
|                                                                 |                                           | 3. | Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan                                                   | 100 |       |       |
|                                                                 | Pemulasaan jenazah                        | 1. | Waktu tanggap (response time)pelayanan pemulasaran jenazah                                                           | 0   |       |       |
|                                                                 | Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit | 1. | Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat                                                                            | 106 |       |       |
|                                                                 |                                           | 2. | Ketepatan Waktu pemeliharaan alat                                                                                    | 100 |       |       |
|                                                                 |                                           | 3. | Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan | 120 |       |       |
|                                                                 | Pelayanan Laundry                         | 1. | Tidak adanya kejadian linen yang hilang                                                                              | 121 |       |       |
|                                                                 |                                           | 2. | Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap                                                              | 125 |       |       |
|                                                                 | Pencegahan dan pengendalian Infeksi (PPI) | 1. | Adanya Anggota tim PPI yang terlatih                                                                                 | 6   |       |       |
|                                                                 |                                           | 2. | Tersedia APD di setiap instalasi/departemen                                                                          | 108 |       |       |
|                                                                 |                                           | 3. | Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/HAI (Health Care Associated Infection) di RS (min 1 Parameter)  | 133 |       |       |
|                                                                 | Manajemen                                 | 1. | Tidak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi                                                                    | 100 |       |       |
|                                                                 |                                           | 2. | Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja                                                                            | 100 |       |       |
|                                                                 |                                           | 3. | Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat                                                                          | 100 |       |       |
|                                                                 |                                           | 4. | Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala                                                                              | 100 |       |       |

|                                                                                                                                                      |        |    |                                                                       |          |       |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----|-----------------------------------------------------------------------|----------|-------|-------|
|                                                                                                                                                      |        | 5. | Cost recovery                                                         | 100      |       |       |
|                                                                                                                                                      |        | 6. | Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan                           | 100      |       |       |
|                                                                                                                                                      |        | 7. | Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap | 100      |       |       |
|                                                                                                                                                      |        | 8. | Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) ketepatan waktu          | 66       |       |       |
| <b>Sasaran 3.</b><br>Meningkatnya profesionalisme sumber daya manusia berbasis kompetensi                                                            | Diklat | 1  | Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun               | 6<br>128 | 67,52 | 30,08 |
| <b>Sasaran 4.</b> Meningkatkan etika petugas dalam memberikan pelayanan yang ramah, sopan, santun dengan menerapkan prinsip 3S (senyum, salam, sapa) | Unit   | 6. | Kepuasan pelanggan UGD                                                | 100      |       |       |
|                                                                                                                                                      |        | 5. | Kepuasan pelanggan rawat jalan                                        | 100      |       |       |
|                                                                                                                                                      |        | 10 | Kepuasan pelanggan rawat inap                                         | 100      |       |       |
|                                                                                                                                                      |        | 8. | Kepuasan pelanggan KIA                                                | 106      |       |       |
|                                                                                                                                                      |        | 4. | Kepuasan pelanggan Radiologi                                          | 100      |       |       |
|                                                                                                                                                      |        | 4. | Kepuasan pelanggan Laboratorium                                       | 112      |       |       |
|                                                                                                                                                      |        | 3. | Kepuasan pelanggan rehabilitasi medik                                 | 112      |       |       |
|                                                                                                                                                      |        | 3. | Kepuasan pelanggan Farmasi                                            | 112      |       |       |
|                                                                                                                                                      |        |    |                                                                       | 103,61   |       |       |

## **BAB IV**

### **PENUTUP**

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 Rumah Sakit Arifin Nu'mang juga menjadi punya makna strategis, sebagai bagian dari penerjemahan tugas dan fungsi Rumah Sakit Arifin Nu'mang. Pengukuran-pengukuran kinerja telah dilakukan, dan dikuatkan dengan data pendukung yang mengurai bukan hanya pencapaian tahun pelaporan 2018, namun juga melihat tren pencapaiannya dari tahun ke tahun, dan kontribusinya untuk pencapaian target akhir RENSTRA. Secara umum, nampak bahwa kinerja Rumah Sakit Arifin Nu'mang pada tahun 2018 adalah sangat baik, karena terdapat 24 indikator memenuhi kriteria sangat tinggi dan 76 indikator memenuhi kriteria tinggi.

Dari evaluasi dan analisis atas pencapaian sasaran dan IKU yang sudah diuraikan dalam bab III, terlihat bahwa kerja keras telah dilakukan oleh Rumah Sakit Arifin Nu'mang 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) 2018, 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 Rumah Sakit Arifin Nu'mang diantaranya adalah peningkatan kapasitas sarana dan prasarana, peningkatan kualitas pelayanan, peningkatan kompetensi dan profesionalitas SDM. Bagi unit di lingkungan Rumah Sakit Arifin Nu'mang sendiri, 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 unit di lingkungan Rumah Sakit Arifin Nu'mang 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.

Rappang, Februari 2019  
Direktur Rumah Sakit Arifin Nu'mang

dr.H.Budi Santoso,M.Si.

Pangkat : Pembina

Nip : 10670509 2000031 005