

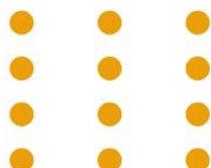


PEMERINTAH KABUPATEN LIMA PULUH KOTA



# RSUD

## dr. ACHMAD DARWIS



**LAPORAN KINERJA INSTANSI PEMERINTAH  
(LKjIP)  
TAHUN 2023**

**TAHUN ANGGARAN 2024**

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT karena dengan ridhoNya Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) Tahun Anggaran 2023 ini dapat terselesaikan. Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) Tahun Anggaran 2023 ini merupakan rangkuman dari kegiatan-kegiatan yang dilaporkan dan terkompilasi dari beberapa bidang di Rumah Sakit.

Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) Tahun Anggaran 2023 ini berisi informasi mengenai aktivitas dan segala sesuatu yang telah dicapai Rumah Sakit Umum Daerah dr. Achmad Darwis Kabupaten Lima Puluh Kota tahun 2023. Diharapkan Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) Tahun Anggaran 2023 ini dapat dijadikan bahan acuan bagi peningkatan mutu pelayanan dan pengembangan Rumah Sakit Umum Daerah dr. Achmad Darwis di masa mendatang.

Pada kesempatan ini kami ucapkan terima kasih kepada seluruh pihak yang terlibat dalam pelayanan rumah sakit, sehingga rumah sakit masih tetap eksis dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Kami menyadari bahwa isi dari Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) Tahun Anggaran 2023 ini masih belum sempurna, oleh karena itu saran dan masukan untuk penyempurnaan laporan ini. Akhirnya kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) Tahun Anggaran 2023 ini, kami sampaikan terima kasih dan penghargaan yang tinggi. Semoga amal kebaikan diterima oleh Allah SWT.

Suliki, 12 Februari 2024

Direktur  
RSUD dr. Achmad Darwis



dr. Rahmawati, MARS  
NIP. 19660809 200212 2 003

## DAFTAR ISI

<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>i</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>ii</b>
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	<b>iii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>vi</b>
<b>BAB. I   Pendahuluan.....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang.....	1
B. Tugas dan Wewenang.....	2
C. Sumber Daya Manusia (SDM)Rumah Sakit.....	5
D. Isu – Isu Strategis.....	7
E. Sistematika Penulisan.....	10
<b>BAB. II Perencanaan dan Perjanjian Kinerja.....</b>	<b>12</b>
A. Rencana Strategis (Renstra OPD).....	12
B. Perjanjian Kinerja Tahun 2023.....	28
<b>BAB. III Akuntabilitas Kinerja.....</b>	<b>29</b>
A. Metodologi Pengukuran Capaian Target Kinerja.....	29
B. Hasil Pengukuran Kinerja.....	29
C. Analisis dan Capaian Kinerja.....	30
D. Realisasi Anggaran dan Efisiensi.....	96
E. Realisasi Pendapatan.....	97
<b>BAB. IV Penutup.....</b>	<b>99</b>

### **Lampiran :**

Lampiran 1 Perubahan Perjanjian Kinerja Tahun 2023

## DAFTAR TABEL

A. Tabel 1	Struktur Organisasi RSUD dr. Achmad Darwis.....	4
B. Tabel 2	Data Ketenagaan BLUD RSUD dr. Achmad Darwis Tahun 2023.....	5
C. Tabel 3	Pemetaan Permasalahan untuk Penentuan Prioritas & Sasaran Pembangunan Daerah.....	16
D. Tabel 4	Tujuan dan Sasaran RSUD dr. Achmad Darwis Tahun 2021 – 2026.....	23
E. Tabel 5	Strategi dan Arah Kebijakan RSUD dr. Achmad Darwis Tahun 2021-2026.....	24
F. Tabel 6	Perjanjian Kinerja Tahun 2023.....	28
G. Tabel 7	Metodologi Pengukuran capaian Target Kinerja .....	29
H. Tabel 8	Pengukuran Kinerja Tahun 2023.....	30
I. Tabel 9	Program, Kegiatan dan Sub Kegiatan yang Mendukung Persentase Jenis Obat Yang Terpenuhi dan Persentase Sumber Daya Manusia (SDM) Tahun 2023.....	33
J. Tabel 10	Program, Kegiatan dan Sub Kegiatan yang Mendukung Persentase Ketersediaan Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan Yang Sesuai Standar Tahun 2023.....	38
K. Tabel 11	Capaian Kinerja Pemenuhan Sumber Daya Rumah Sakit sesuai standar.....	39
L. Tabel 12	Standar Pelayanan Minimal (SPM) RSUD dr. Achmad Darwis Tahun 2023.....	43
M. Tabel 13	Capaian Persentase indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) rumah sakit yang mencapai target.....	68
N. Tabel 14	Indikator Mutu Nasional RSUD dr. Achmad Darwis Tahun 2023.....	70

O. Tabel 15	Capaian Persentase indikator Mutu Nasional yang mencapai target.....	74
P. Tabel 16	Program, Kegiatan dan Sub Kegiatan yang Mendukung Persentase indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit dan indikator Mutu Nasional yang mencapai target tahun 2023.....	75
Q. Tabel 17	Rincian Hasil Penilaian Setiap Komponen Evaluasi dan Tindak Lanjut Evaluasi.....	76
R. Tabel 18	Capaian Nilai Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (AKIP).....	81
S. Tabel 19	Capaian Nilai Indeks Reformasi Birokrasi (IRB) Rumah Sakit .....	82
T. Tabel 20	Capaian Nilai Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) Rumah sakit.....	84
U. Tabel 21	Nilai Persepsi, Nilai Interval (NI), Nilai Interval Konversi (NIK), Mutu Pelayanan dan Kinerja Unit Pelayanan.....	87
V. Tabel 22	Disribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin.....	87
W. Tabel 23	Disribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan.....	88
X. Tabel 24	Disribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan.....	89
Y. Tabel 25	Hasil Penilaian Survey Kepuasan Masyarakat Per Unsur di RSUD dr. Achmad Darwis Semester II Tahun 2023.....	90
Z. Tabel 26	Rencana Tindak Lanjut.....	93
AA. Tabel 27	Program, Kegiatan dan Sub Kegiatan yang Mendukung Nilai Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (AKIP), Nilai Indeks Reformasi	

	Birokrasi (IRB) dan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) Rumah Sakit Tahun 2023.....	95
AA. Tabel 28	Realisasi Anggaran RSUD dr. Achmad Darwis Tahun Anggaran 2023.....	96
AB. Tabel 29	Realisasi Pendapatan RSUD dr. Achmad Darwis Tahun Anggaran 2023.....	97

## DAFTAR GAMBAR

A. Gambar 1	Hubungan antara RPJMD Dengan Renstra Perangkat Daerah.....	13
B. Gambar 2	Bagan Alir Penyusunan Rancangan Renstra RSUD dr. Achmad Darwis Kabupaten Lima Puluh Kota....	14
C. Gambar 3	Dokumentasi Pengadaan Obat- Obatan Rumah Sakit Tahun 2023.....	32
D. Gambar 4	Alat Kesehatan Computer Radiologi.....	35
E. Gambar 5	Alat Kesehatan Kompresor Udara Tekan.....	35
F. Gambar 6	Alat Kesehatan ECG .....	35
G. Gambar 7	Alat Kesehatan Kursi Roda.....	36
H. Gambar 8	Alat Kesehatan Bedside Kabinet.....	36
I. Gambar 9	Alat Kesehatan Baby Bed.....	36
J. Gambar 10	Dokumentasi Data Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan Rumah Sakit Umum Daerah dr. Achmad Darwis pada Aplikasi Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan (ASPAK) Kementerian Kesehatan RI Th 2023...	37
K. Gambar 11	Grafik Capaian Kinerja Pemenuhan Sumber Daya Rumah Sakit sesuai standar.....	40
L. Gambar 12	Grafik Capaian Persentase indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) rumah sakit yang mencapai target.....	69
M. Gambar 13	Grafik Capaian Indikator Mutu Nasional yang mencapai target.....	74
N. Gambar 14	Grafik Capaian Kinerja Akuntabilitas Keuangan dan Kinerja Rumah Sakit.....	81
O. Gambar 15	Grafik Capaian Nilai Indeks Reformasi Birokrasi (IRB) Rumah Sakit.....	82
P. Gambar 16	Grafik Capaian Nilai Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) Rumah sakit.....	84

Q. Gambar 17	Grafik Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin.....	88
R. Gambar 18	Grafik Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan.....	89
S. Gambar 19	Grafik Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan.....	90

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Terselenggaranya Kepemerintahan yang baik, bersih dan berwibawa merupakan prasyarat untuk mewujudkan aspirasi masyarakat dalam mencapai tujuan serta cita-cita bangsa bernegara, sehingga diperlukan pengembangan dan penerapan sistem pertanggung jawaban yang tepat, jelas dan legitimate agar penyelenggaraan pemerintahan dan pembangunan dapat berlangsung secara berdayaguna, berhasilguna, bersih dan bertanggungjawab, serta bebas dari korupsi, kolusi dan nepotisme.

Sistem Akuntabilitas Instansi Pemerintah (SAKIP) merupakan suatu system yang membentuk suatu siklus yang dimulai dari proses penetapan Visi, Misi, Tujuan dan Sasaran organisasi yang kemudian ditetapkan dalam penetapan kinerja, penetapan pengukuran kinerja, pengumpulan data untuk menilai kinerja, menganalisa, mereview dan melaporkan kinerja, serta menggunakan data kinerja tersebut untuk memperbaiki kinerja organisasi pada periode berikutnya. Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) RSUD dr. Achmad Darwis memiliki peran strategis, dimana laporan ini selain dipergunakan untuk memperbaiki kinerja tahun berikutnya juga sebagai bahan pertimbangan dalam merumuskan dan menetapkan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Kabupaten Lima Puluh Kota periode lima tahun kedepan.

Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) merupakan bentuk akuntabilitas dari pelaksanaan tugas dan fungsi yang dipercayakan kepada setiap instansi pemerintah atas penggunaan anggaran. Pelaporan Kinerja yaitu membandingkan antara kinerja yang seharusnya terjadi (realisasi) dengan kinerja yang diharapkan (target).

Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit Umum Daerah ( RSUD ) dr. Achmad Darwis Kabupaten Lima Puluh Kota dimaksudkan sebagai instrumen bagi RSUD dr. Achmad Darwis Kabupaten Lima Puluh Kota dalam memenuhi kewajiban untuk mempertanggungjawabkan sampai

sejauh mana tingkat keberhasilan atau kegagalan pelaksanaan misi RSUD dr. Achmad Darwis dalam tahun 2023 untuk mencapai sasaran dan tujuannya. Sasaran dan tujuan merupakan penjabaran visi, misi dan strategi yang diwujudkan melalui pelaksanaan kegiatan-kegiatan sesuai dengan program dan kebijaksanaan yang telah ditetapkan oleh RSUD Dr. Achmad Darwis Kabupaten Lima Puluh Kota.

Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LkjIP) adalah salah satu rangkaian kegiatan yang harus dilakukan setiap tahun dan merupakan salah satu bentuk manifestasi dari evaluasi semua rangkaian kinerja yang telah dilakukan selama satu tahun anggaran. semuanya harus terangkum dalam Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LkjIP), selain sebagai bahan evaluasi dari rangkaian program yang telah dicanangkan pada awal tahun anggaran, juga sebagai bahan pijakan dalam menyusun langkah-langkah pada tahun berikutnya. Selain itu laporan tahunan yang disusun secara hirarki merupakan bahan untuk menyusun berbagai kebijakan sehingga dapat ditarik langkah langkah yang lebih tepat sesuai dengan kebutuhan.

Sejak diberlakukannya Instruksi Presiden Nomor 7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (AKIP), RSUD dr. Achmad Darwis sebagai Unit Kerja Pemerintah Daerah Kabupaten Lima Puluh Kota secara bertahap telah menyusun Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP). Dan menyiapkan dokumen sesuai dengan penyempurnaan format penyusunan LKjIP berdasarkan Permenpan dan RB No. 53 Tahun 2014 tentang Juknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah.

## **B. Tugas Dan Wewenang**

Sesuai dengan Peraturan Bupati Lima Puluh Kota Nomor 110 Tahun 2020 tentang kedudukan, susunan organisasi, tugas dan fungsi serta tata kerja RSUD dr. Achmad Darwis Kabupaten Lima Puluh Kota, yaitu sebagai berikut :

**Tugas :**

RSUD mempunyai tugas memberikan pelayanan Kesehatan perorangan secara paripurna

**Fungsi :**

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan Kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
- b. Pemeliharaan dan peningkatan Kesehatan perorangan melalui pelayanan Kesehatan yang paripurna tingkat kedua sesuai kebutuhan medis;
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan Kesehatan.

**Struktur Organisasi :**

Susunan Organisasi Rumah Sakit Umum Daerah dr. Achmad Darwis terdiri dari :

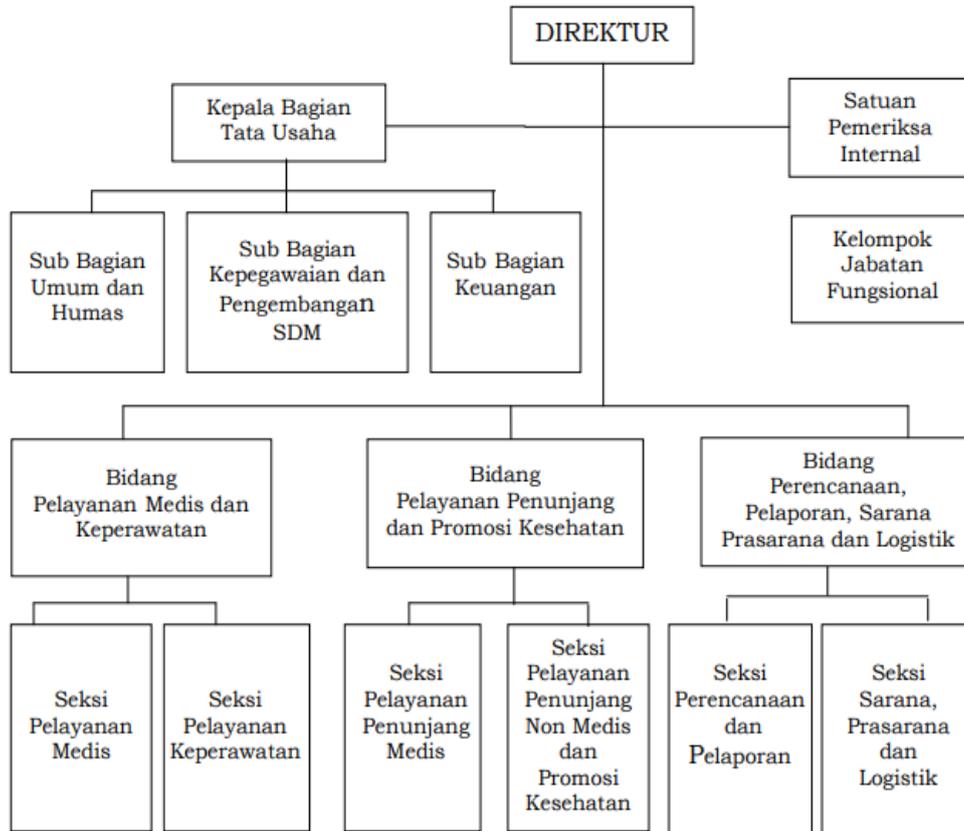
- a. Direktur;
- b. Bagian Tata Usaha, terdiri dari :
  - 1). Sub Bagian Umum dan Humas;
  - 2). Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM; dan
  - 3). Sub Bagian Keuangan.
- c. Bidang Pelayanan Medis dan Keperawatan, terdiri dari:
  - 1). Seksi Pelayanan Medis;
  - 2). Seksi Pelayanan Keperawatan.
- d. Bidang Pelayanan Penunjang dan Promosi Rumah Sakit, terdiri dari :
  - 1). Seksi Pelayanan Penunjang Medis; dan
  - 2). Seksi Pelayanan Penunjang Non Medis dan Promosi Kesehatan.
- e. Bidang Perencanaan, Pelaporan, Sarana, Prasarana dan Logistik, terdiri dari :
  - 1). Seksi Perencanaan dan Pelaporan; dan
  - 2). Seksi Sarana, Prasarana dan Logistik.

f. Kelompok Jabatan Fungsional.

Bagan Struktur Organisasi RSUD dr. Achmad Darwis berdasarkan Peraturan Bupati Nomor 110 tahun 2020 terlihat pada gambar berikut :

**Tabel 1**

Struktur Organisasi RSUD dr. Achmad Darwis



### C. SUMBER DAYA MANUSIA (SDM) RSUD dr. ACHMAD DARWIS

Sumber daya manusia yang dimiliki RSUD dr. Achmad Darwis sesuai tabel tersebut berikut :

Jumlah Ketenagaan Pada RSUD dr. Achmad Darwis :

**Tabel 2**

Data Ketenagaan BLUD RSUD dr. Achmad Darwis Tahun 2023

NO	PENDIDIKAN	STATUS KEPEGAWAIAN								TOTAL
		PNS		Kontrak BLUD		PPPK		JUMLAH		
		Lk	Pr	Lk	Pr	Lk	Pr	Lk	Pr	
1	Dokter Umum	3	14	-	2	-	-	3	16	19
2	Dokter Spesialis Penyakit Dalam	2	1	-	-	-	-	2	1	3
3	Dokter Spesialis Bedah	2	-	-	-	-	-	2	-	2
4	Dokter Spesialis Mata	1	-	-	-	-	-	1	-	1
5	Dokter Spesialis Obgyn & Gynekologi	1	2	-	-	-	-	1	2	3
6	Dokter Spesialis Paru	-	1	-	-	-	-	-	1	1
7	Dokter Spesialis THT	2	-	-	-	-	-	2	-	2
8	Dokter Spesialis Patologi Klinik	-	1	-	-	-	-	-	1	1
9	Dokter Spesialis Anastesi	1	-	-	-	-	-	1	-	1
10	Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin	-	1	-	-	-	-	-	1	1
11	Dokter Spesialis Radiologi	-	1	-	-	-	-	-	1	1
12	Dokter Spesialis Anak	1	-	-	-	-	-	1	-	1
13	Dokter Spesialis Ilmu Kejiwaan	-	1	-	-	-	-	-	1	1
14	Dokter Spesialis Neurologi	-	1	-	-	-	-	-	1	1
15	Dokter Gigi	1	1	-	-	-	-	1	1	2
16	S2 Kesehatan Masyarakat	-	1	-	-	-	-	-	1	1
17	S2 Manajemen Rumah Sakit		2	-	-	-	-	-	2	2
18	S2 Apoteker	1	-	-	-	-	-	1	-	1

NO	PENDIDIKAN	STATUS KEPEGAWAIAN								TOTAL
		PNS		Kontrak BLUD		PPPK		JUMLAH		
		Lk	Pr	Lk	Pr	Lk	Pr	Lk	Pr	
19	S2 Spesialis Keperawatan Medikal Bedah	-	1	-	-	-	-	-	1	1
20	Apoteker	1	13	-	-	-	-	1	13	14
21	Ners	5	61	4	5	-	1	9	67	76
22	Sarjana Keperawatan	1	2	-	-	-	-	1	2	3
23	S1 Kesehatan Masyarakat	1	4	1	1	1	-	3	5	8
24	S1 Ekonomi	-	-	-	1	-	-	-	1	1
25	S1 Komputer	-	1	-	-	-	-	-	1	1
26	S1 Agama	-	1	-	-	-	-	-	1	1
28	S1 Kebidanan	-	4	-	-	-	-	-	4	4
29	D IV. Kebidanan	-	4	-	2	-	-	-	6	6
30	D IV. Anastesi	-	1	1	-	-	-	1	1	2
31	S1. Fisioterapi	-	1	-	-	-	-	-	1	1
32	D IV. Gizi	-	1	-	-	-	-	-	1	1
33	D IV. Keperawatan Gigi	-	1	-	-	-	-	-	1	1
34	D III. Keperawatan	3	29	-	-	4	27	7	56	63
35	D III. Kebidanan	-	20	-	18	-	-	-	38	38
36	D III. Kep. Gigi	-	2	-	-	-	-	-	2	2
37	D III. Anestesi	3	-	-	-	-	-	3	0	3
38	D III. Radiologi	2	7	-	1	-	-	2	8	10
39	D III. Elektro Medik	-	1	-	-	-	-	-	1	1
40	D III. Analisis	1	7	-	3	2	-	3	10	13
41	D III. Fisiotherapis	-	1	-	1	-	-	-	2	2
42	D III. Rekam Medik	2	3	-	2	-	2	2	7	9
43	D III. Farmasi	-	14	-	-	-	2	-	16	16
44	D III. Adm. RS	-	-	-	1	-	-	-	1	1
45	D III. Gizi (Nutrisionis)	-	2	-	-	-	-	-	2	2
46	D III. Kesling/Sanitarian	1	-	-	-	-	1	1	1	2
47	D III. Refraksi Optisionis	-	1	-	1	-	-	-	2	2
48	D III. Tata Boga	1	-	-	3	-	-	1	3	4
49	D III. Sekretaris	-	1	-	-	-	-	-	1	1

NO	PENDIDIKAN	STATUS KEPEGAWAIAN								TOTAL
		PNS		Kontrak BLUD		PPPK		JUMLAH		
		Lk	Pr	Lk	Pr	Lk	Pr	Lk	Pr	
50	D III. Akuntansi	-	-	-	1	-	-	-	1	1
51	D III. Komputer	-	-	3	-	-	-	3	-	3
52	SPK	-	1	-	-	-	-	-	1	1
53	SMF/SAA	-	-	1	-	-	-	1	-	1
54	SMA/SLTA/MA	1	3	10	6	-	-	11	9	20
55	SMK/SMEA	-	3	22	4	-	-	22	7	29
56	SMK/STM	-	-	-	-	-	-	-	-	-
57	SMK/Tata Boga	-	-	-	2	-	-	-	2	2
58	SLTP	1	-	3	2	-	-	4	2	6
<b>JUMLAH</b>		<b>37</b>	<b>218</b>	<b>45</b>	<b>57</b>	<b>7</b>	<b>33</b>	<b>89</b>	<b>308</b>	<b>396</b>

Sumber : Sub Bagian Umum dan Kepegawaian

#### D. ISU – ISU STRATEGIS

Kinerja RSUD dr.Achmad Darwis tahun 2023 secara umum baik, dengan memperhatikan indikator pencapaian sasaran kinerja pelayanan, kinerja pelayanan publik maupun kinerja keuangan, yang sekaligus merupakan indikator keberhasilan penerapan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD).

Namun demikian untuk pencapaian optimal per-indikator pelayanan masih menemui beberapa hambatan dan permasalahan. Permasalahan tersebut antara lain adalah :

##### a. Faktor Internal

- Jenis dan jumlah SDM masih kurang.
- Sarana, prasarana dan alat kesehatan di rumah sakit belum terpenuhi sesuai standar rumah sakit kelas C sehingga perlu adanya penambahan untuk gedung, kendaraan dan peralatan kesehatan/ kedokteran baik medik dan Non Medik
- Belum terpagarnya semua lingkungan Rumah Sakit
- Belum optimalnya pengelolaan pekarangan parkir rumah sakit
- SIMRS masih belum optimal.
- Keamanan masih perlu ditingkatkan.

- Mutu pelayanan masih perlu ditingkatkan.
- Gedung kamar operasi yang belum bisa digunakan (alat kesehatan/kedokteran dan asesorir untuk 3 ruang/kamar operasi belum terisi sehingga gedung belum bisa dimanfaatkan/digunakan saat ini).

b. Faktor Eksternal

- Masyarakat Kabupaten Lima Puluh Kota belum memanfaatkan rumah sakit secara maksimal, karena sebagian masih berobat ke kota Payakumbuh.
- Kurangnya dukungan anggaran Pemda dalam mengalokasikan anggaran untuk rumah sakit, sehingga rumah sakit masih mengandalkan anggaran dari DAK yang memiliki menu serta juklak dan Juknis khusus, dan sebagian kebutuhan rumah sakit tidak tertuang dalam menu DAK tersebut.
- Lokasi rumah sakit yang jauh dari pusat kota.
- Transportasi yang kurang lancar.
- Masih ada masyarakat kurang mampu yang tidak memiliki jaminan kesehatan.
- Sudah ada kebijakan yang mengikat agar seluruh masyarakat Kabupaten Lima Puluh Kota diarahkan menggunakan akses berobat ke RSUD dr. Achmad Darwis, tetapi masyarakat masih ada yang menolak karena lokasi Rumah Sakit yang jauh dari pusat kota.

Berdasarkan permasalahan diatas jumlah SDM yang kurang merupakan masalah yang cukup mendasar dalam usaha peningkatan mutu layanan di rumah sakit. Menyikapi permasalahan ini kedepan perlu adanya penambahan sumber daya manusia di setiap bidang yang membutuhkan.

Permasalahan yang ada di RSUD dr. Achmad Darwis yaitu masih kurangnya sarana, prasarana dan peralatan kesehatan. Kondisi sarana dan prasarana di RSUD dr Achmad Darwis saat ini adalah Bangunan yang ada

kurang representatif dan tidak memenuhi standar. Rata – rata bangunan yang ada sudah lama dan sudah harus dilakukan perbaikan dan renovasi bahkan dilakukan penambahan gedung baru. Saat ini sudah ada penambahan gedung baru dan perbaikan gedung – gedung yang rusak melalui anggaran APBD, DAK dan BLUD rumah sakit. Kedepan masih banyak yang harus diperbaiki dan dilakukan pembangunan gedung baru diantaranya gedung Laboratorium, Radiologi, Rekam Medis/Medical Record, penambahan ruang rawat inap, serta perbaikan gedung – gedung sesuai dengan yang telah dituangkan dalam Masterplan Rumah Sakit.

Dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan di RSUD dr. Achmad Darwis sangat ditunjang oleh ketersediaan peralatan kesehatan/kedokteran. Kondisi saat ini peralatan kedokteran yang tersedia belum memadai sehingga pelayanan belum dapat dilaksanakan secara optimal.

Sehubungan dengan isu-isu penting yang berkaitan dengan tugas pokok dan fungsi rumah sakit sebagai institusi pelayanan publik bidang kesehatan rujukan, maka ada beberapa hal yang menjadi peluang sekaligus strategi untuk mengatasi permasalahan atau upaya peningkatan pelayanan diantaranya :

1. Tersedianya sumber daya yang memadai.
2. Tersedianya sarana dan prasarana di RSUD dr. Achmad Darwis
3. Tersedianya anggaran rumah sakit yang memadai.
4. Peningkatan dan optimalisasi manajemen keuangan RSUD dr. Achmad Darwis.
5. Terlaksananya pelaksanaan Akreditasi rumah sakit sesuai dengan Standar Kementerian Kesehatan dengan lulus paripurna.
6. Adanya kebijakan dari Pemerintah Daerah dalam pemanfaatan layanan RSUD dr. Achmad Darwis oleh seluruh masyarakat Kabupaten Lima Puluh Kota.
7. Adanya dukungan dari Pemerintah Daerah, DPRD dalam pengembangan rumah sakit sesuai master plan rumah sakit.

8. Adanya dukungan pemerintah Daerah untuk alokasi dana untuk pengadaan alat kesehatan dan asesoris 3 ruang/kamar operasi agar Gedung Bedah Sentral dapat dimanfaatkan.
9. Meningkatkan mutu pelayanan dan melakukan inovasi pelayanan sesuai kebutuhan masyarakat.
10. Terlaksananya Sistem Informasi Rumah Sakit (SIMRS) di RSUD dr. Achmad Darwis.
11. Peningkatan keamanan dilingkungan RSUD dr. Achmad Darwis.

## **E. SISTEMATIKA PENULISAN**

Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 53 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah, terdiri dari empat bab dengan sistematika sebagai berikut :

### Bab I Pendahuluan

Pada bab ini disajikan penjelasan umum organisasi, dengan penekanan kepada aspek strategis organisasi serta permasalahan utama (strategic issues) yang sedang dihadapi organisasi.

### Bab II Perencanaan Kinerja

Pada bab ini diuraikan ringkasan/ikhtisar perjanjian kinerja tahun yang bersangkutan.

### Bab III Akuntabilitas Kinerja

#### A. Capaian Kinerja Organisasi

Pada sub bab ini disajikan capaian kinerja organisasi untuk setiap pernyataan kinerja sasaran strategis Organisasi sesuai dengan hasil pengukuran kinerja organisasi. Untuk setiap pernyataan kinerja sasaran strategis tersebut dilakukan analisis capaian kinerja sebagai berikut:

1. Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini;
2. Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir;

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

#### B. Realisasi Anggaran

Pada sub bab ini diuraikan realisasi anggaran yang digunakan dan yang telah digunakan untuk mewujudkan kinerja organisasi sesuai dengan dokumen Perjanjian Kinerja.

#### Bab IV Penutup

Pada bab ini diuraikan simpulan umum atas capaian kinerja organisasi serta langkah di masa mendatang yang akan dilakukan organisasi untuk meningkatkan kinerjanya.

## **BAB II**

### **PERENCANAAN DAN PERJANJIAN KINERJA**

#### **A. Rencana Strategis (Renstra) OPD**

RSUD dr. Achmad Darwis merupakan satu-satunya rumah sakit yang ada di Kabupaten Lima Puluh Kota yang menjadi tujuan bagi masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan dan menjadi rujukan bagi fasilitas tingkat pertama yang ada di kabupaten Lima Puluh Kota. Berdasarkan Peraturan Daerah Nomor 4 Tahun 2012 berganti nama dari RSUD Suliki menjadi Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Achmad Darwis (RSUD Dr. Achmad Darwis). RSUD Dr. Achmad Darwis merupakan rumah sakit Kelas C berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor HK.03.05/I/2233/12 tahun 2012.

Mulai dioperasikan tahun 1986 dan ditetapkan sebagai rumah sakit Kelas D tahun 1994 hingga menjadi Kelas C pada tahun 2012. RSUD dr. Achmad Darwis resmi menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) berdasarkan Keputusan Bupati Lima Puluh Kota Nomor : 498 Tahun 2013 yang bertujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat tanpa mengutamakan mencari keuntungan. Dalam melakukan kegiatannya didasari pada prinsip efisiensi dan produktifitas. Untuk itu RSUD dr. Achmad Darwis dituntut untuk meningkatkan mutu pelayanan dengan meningkatkan kinerja pelayanan kesehatan sehingga dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien.

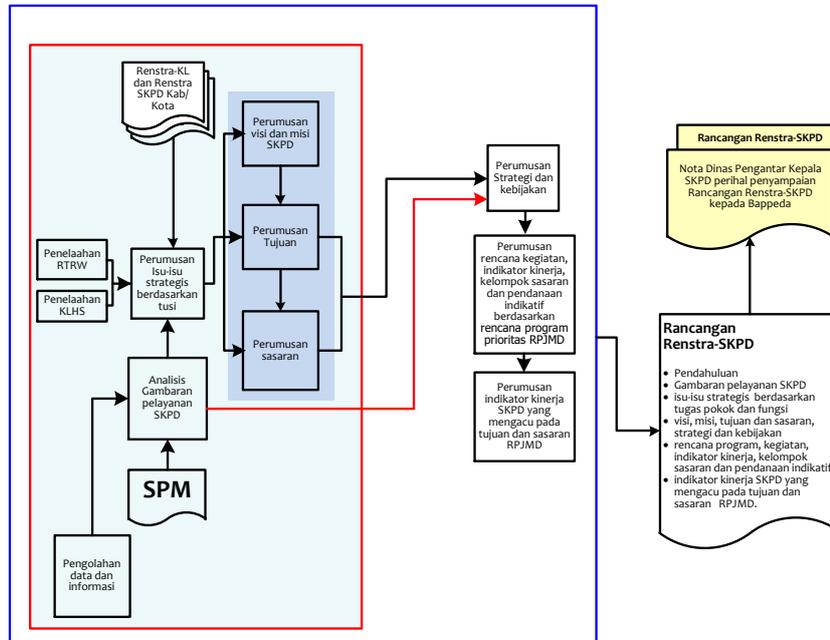
Dalam Undang-Undang No. 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional disebutkan bahwa penyusunan dan penetapan Renstra – Pemerintah Daerah merupakan bagian dari proses penyusunan dan penetapan Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJMD). Dan sesuai pasal 4 Undang-Undang No. 44 Tahun 2009, tentang Rumah Sakit, menyebutkan rumah sakit mempunyai tugas untuk memberikan pelayanan kesehatan perorangan paripurna (promotif, preventif kuratif dan rehabilitatif). Pasal 5 menyebutkan fungsi rumah sakit adalah melaksanakan; pelayanan kesehatan, pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia bidang kesehatan dan penelitian, pengembangan serta penapisan teknologi di bidang kesehatan.



Tahapan penyusunan rancangan Renstra RSUD dr. Achmad Darwis Kabupaten Lima Puluh Kota dapat digambarkan dalam bagan alir sebagai berikut:

**Gambar 2**

Bagan Alir Penyusunan Rancangan Renstra RSUD dr. Achmad Darwis Kabupaten Lima Puluh Kota



Rencana Strategis adalah serangkaian kegiatan yang bertujuan untuk mendapatkan kejelasan arah dan tujuan suatu organisasi. Dalam perencanaan yang disusun ini berisi visi, misi, tujuan, sasaran, indikator, strategi kebijakan, program, kegiatan dan sub kegiatan yang disertai dengan indikator kinerja. Renstra ini disusun sesuai dengan tugas dan fungsi RSUD dr. Achmad Darwis serta berpedoman pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) Daerah Kabupaten Lima Puluh Kota dan bersifat indikatif. Renstra ini disusun berdasarkan pendekatan kinerja, kerangka pengeluaran jangka menengah serta perencanaan dan penganggaran terpadu. Renstra disusun sesuai dengan tugas pokok dan fungsi RSUD dr. Achmad Darwis dalam rangka mewujudkan Visi Bupati Lima Puluh Kota **“Mewujudkan Lima Puluh Kota Yang Madani, Beradat dan Berbudaya Dalam Kerangka Adat Basandi Syarak, Syarak Basandi Kitabullah”**.

Renstra ini disusun dengan memperhatikan kondisi internal dan eksternal RSUD dr. Achmad Darwis yang terangkum dalam isu-isu strategis, yang memuat strategi, arah kebijakan, dan program pembangunan kesehatan berdasarkan kondisi dan potensi daerah, peluang dan tantangan bagi pengembangan pelayanan kesehatan rujukan dengan tetap memperhatikan kebijakan dan program strategis Nasional dan Daerah Kabupaten Lima Puluh Kota. Selain itu dalam rangka akuntabilitas kinerja maka dilakukan perumusan indikator kinerja yang lebih terukur dan rasional guna akselerasi pencapaian sasaran.

Pelaksanaan Renstra RSUD dr. Achmad Darwis tahun 2021 -2026 ini akan menjadi pedoman dalam penyusunan Rencana Kerja (Renja) RSUD dr. Achmad Darwis sebagai suatu dokumen perencanaan tahunan yang memuat prioritas program, kegiatan dan sub kegiatan dari Rencana Kerja RSUD dr. Achmad Darwis.

Sehubungan dengan hal tersebut maka masing-masing Bidang/Unit akan melaksanakan rencana kerja tersebut dengan menyusun rencana anggaran setiap tahunnya sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya, yang kemudian dihimpun dalam sebuah Rencana Kerja dan Anggaran (RKA/RBA) RSUD dr. Achmad Darwis Kabupaten Lima Puluh Kota sebagai pedoman pembiayaan dalam melaksanakan kegiatannya.

### **Identifikasi Permasalahan Berdasarkan Tugas dan Fungsi Pelayanan RSUD dr. Achmad Darwis**

Sesuai dengan tugas pokok dan fungsi rumah sakit, ada beberapa permasalahan yang dihadapi oleh RSUD dr. Achmad Darwis Kabupaten Lima Puluh Kota dalam menjalankan urusan wajib kesehatan utamanya dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan rujukan di Kabupaten Lima Puluh Kota.

Untuk lebih jelasnya identifikasi permasalahan berdasarkan tugas dan fungsi RSUD dr. Achmad Darwis Kabupaten Lima Puluh Kota dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

**Tabel 3**  
Pemetaan Permasalahan untuk Penentuan Prioritas & Sasaran  
Pembangunan Daerah

No	Masalah Pokok	Masalah	Akar Masalah
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Belum Optimalnya Sarana dan Prasarana Kesehatan	Rendahnya ketersediaan anggaran untuk penyediaan Sarana dan Prasarana Kesehatan	Belum Optimalnya Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk Kesehatan masyarakat dan kesehatan perorangan
2	Belum Optimalnya Kualitas Pelayanan Publik	Rendahnya kualitas dan Kuantitas unsur pelayanan Publik	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Belum Optimalnya kualitas manajemen pelayanan</li> <li>- Belum optimalnya Penanganan pengaduan masyarakat</li> <li>- Belum optimalnya kuantitas dan kualitas sarana dan prasarana pelayanan publik</li> </ul>

Jika dianalisa sesuai dengan tabel pemetaan permasalahan di atas terdapat beberapa poin akar masalah yang menjadi prioritas perbaikan untuk 5 tahun ke depan yaitu :

1. Belum Optimalnya Penyediaan fasilitas pelayanan Kesehatan untuk kesehatan masyarakat dan Kesehatan perorangan diantaranya
  - Masih kurangnya sarana dan prasarana penunjang pelayanan seperti gedung, kendaraan dan peralatan medik dan Non Medik
  - Sarana SIMRS masih belum memadai
2. Belum Optimalnya kualitas manajemen pelayanan

Manajemen pelayanan adalah hal krusial yang harus sangat diperhatikan karena merupakan penggerak untuk keberhasilan pelayanan. Oleh sebab itu para pengelola harus memahami peran dan tugasnya. Dimana hal utama dalam manajemen ini adalah merencanakan strategi yang tepat untuk menyelesaikan masalah internal maupun eksternal. Dalam hal ini di RSUD dr Achmad Darwis

semua unsur yang terlibat dalam manajemen harus benar benar memahami peran dan tugasnya masing-masing, dan bersama sama membentuk sebuah sistem pengelolaan pelayanan yang mumpuni.

3. Belum optimalnya kuantitas dan kualitas sarana dan prasarana pelayanan publik

Kondisi sarana dan prasarana di RSUD dr. Achmad Darwis saat ini adalah kurang representatif dan sebagian belum memenuhi standar bangunan sebagai fasilitas kesehatan. Rata-rata bangunan yang ada sudah berumur diatas 25 tahun dan sudah harus dilakukan perbaikan dan renovasi bahkan diperlukan penambahan gedung baru. Saat ini sudah ada penambahan gedung baru dan perbaikan gedung-gedung yang rusak melalui anggaran APBD, DAK dan BLUD rumah sakit. Kedepan masih banyak yang harus diperbaiki dan dilakukan pembangunan Gedung baru diantaranya penyempurnaan kamar operasi/Bedah sentral, Rehabilitasi ruangan rawat inap, Rehabilitasi gedung-gedung pelayanan penunjang seperti, Fisioterapi dan Gizi sehingga memenuhi standar akreditasi rumah sakit. Pembangunan Gedung Laboratorium, Radiologi dan IPS RS serta beberapa Gedung rawat inap. Yang mendesak saat ini adalah penyempurnaan Gedung Bedah Central untuk kegiatan pelayanan operasi yang mana untuk gedung kamar operasi telah dibangun pada tahun 2018 dengan Dana Alokasi Khusus (DAK) tetapi belum termasuk interior ruangan kamar operasinya yaitu Modular Operating Theater MOT (Integrated System) untuk 3 kamar OK. Di tahun 2022 telah diusulkan penganggaran untuk Pemasangan Modular Operating Theater (MOT) untuk Kamar Operasi dengan Dana Alokasi Khusus (DAK) tahun 2023 tetapi karena adanya penentuan Lokasi Prioritas (Lokpri) dari pusat dan RSUD dr. Achmad Darwis tidak termasuk ke dalam Lokpri, maka usulan tersebut tidak terlaksana. Oleh karena itu diusulkan lagi untuk TA 2023 agar Gedung Kamar Operasi ini dapat dioperasionalkan dan dimanfaatkan untuk pelayanan bedah di RSUD dr. Achmad Darwis.

Dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan di RSUD dr. Achmad Darwis sangat ditunjang oleh ketersediaan peralatan kesehatan/kedokteran, kondisi saat ini peralatan kedokteran yang tersedia belum memadai untuk mengoptimalkan dan mengembangkan layanan.

### **Telaahan Visi, Misi dan Program Kepala Daerah dan Wakil Kepala Daerah Terpilih**

Visi dan misi Kepala Daerah dan Wakil Kepala Daerah terpilih ditujukan untuk memahami arah pembangunan yang akan dilaksanakan selama kepemimpinannya. Visi Daerah sebagaimana Visi Bupati dan Wakil Bupati Lima Puluh Kota untuk tahun 2021 – 2026 adalah:

“Mewujudkan Lima Puluh Kota Yang Madani, Beradat dan Berbudaya Dalam Kerangka Adat Basandi Syarak, Syarak Basandi Kitabullah”.

Misi merupakan rumusan umum mengenai upaya-upaya yang akan dilaksanakan untuk mewujudkan Visi. Misi berfungsi sebagai pemersatu gerak, langkah dan tindakan nyata bagi segenap komponen penyelenggara pemerintahan tanpa mengabaikan mandat yang diberikannya. Adapun Misi Pemerintah Kabupaten Lima Puluh Kota adalah sebagai berikut:

- Misi Ke-1 : Meningkatkan kualitas Sumber Daya Manusia yang berbudaya dan berdaya saing berlandaskan keimanan
- Misi Ke-2 : Mendorong pertumbuhan dan perkembangan Ekonomi Lintas Sektoral yang memiliki keunggulan ditingkat lokal dan regional
- Misi Ke-3 : Mendorong potensi nagari sebagai poros pembangunan daerah
- Misi Ke-4 : Meningkatkan kualitas pelayanan publik melalui reformasi birokrasi seutuhnya
- Misi Ke-5 : Meningkatkan pembangunan infrastruktur secara terpadu yang mendorong pertumbuhan ekonomi dan kualitas kehidupan masyarakat yang lebih baik

Dalam rangka menelaah ke-5 (lima) Misi Kepala Daerah Kabupaten Lima Puluh Kota serta untuk menjawab permasalahan isu-isu strategis

daerah, maka dirumuskan tujuan dan sasaran pembangunan daerah 5 (lima) tahun kedepan untuk pelayanan kesehatan khususnya pada RSUD dr. Achmad Darwis adalah:

Misi ke -1 adalah meningkatkan kualitas Sumber Daya Manusia yang berbudaya dan berdaya saing berlandaskan keimanan, dengan sasaran-sasaran pembangunan sebagai berikut:

1. Meningkatkan kuantitas dan kualitas sarana dan prasarana kesehatan.
2. Pemenuhan akses pelayanan kesehatan yang berkualitas (Ibu, anak dan lanjut usia).
3. Meningkatnya penyehatan lingkungan serta pencegahan dan penanggulangan penyakit.
4. Meningkatnya layanan BLUD RSUD dr. Achmad Darwis.

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang meyeleggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat. Sesuai dengan tugas dan fungsinya RSUD dr. Achmad Darwis mempunyai peranan penting dalam mendukung pencapaian Visi dan Misi Pemerintah Daerah terutama di bidang kesehatan. Untuk itu RSUD dr. Achmad darwis bertekad akan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit melalui peningkatan kualitas sumber daya manusia, sarana prasarana dan perbaikan mekanisme pemberian pelayanan kesehatan secara berkesinambungan yang tertuang dalam program, kegiatan dan sub kegiatan rumah sakit 5 tahun ke depan. Dengan demikian diharapkan masyarakat Kabupaten Lima Puluh Kota semakin mudah mendapatkan pelayanan kesehatan dan puas dengan pelayanan kesehatan yang diberikan rumah sakit.

Untuk mendukung pencapaian Visi dan Misi Pemerintah Daerah, Direktur dan Staf RSUD dr. Achmad Darwis Berkomitmen untuk memberikan pelayanan yang terbaik kepada masyarakat. Adanya perhatian dan dukungan pemerintah daerah terhadap peningkatan pelayanan rumah sakit merupakan salah satu faktor yang mendukung bagi RSUD dr. Achmad Darwis untuk terus berkembang. Dari segi anggaran adanya alokasi APBN

melalui Dana Alokasi Khusus (DAK) sangat membantu rumah sakit dalam pemenuhan sarana, prasarana dan alat kesehatan. Demikian juga dari segi regulasi tahun 2017 RSUD dr. Achmad Darwis mendapatkan sertifikat “LULUS PERDANA” pada penilaian Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012 oleh Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS), dimana pencapaian ini memberikan peluang sekaligus motivasi untuk peningkatan pelayanan rumah sakit dimas yang akan datang.

Dengan mempergunakan pendekatan analisis SWOT, faktor-faktor kunci keberhasilan RSUD dr. Achmad Darwis Kabupaten Lima Puluh Kota dapat dirumuskan sebagai berikut:

1. Keramah tamahan petugas
2. Mempunyai dokter spesialis layanan dasar dan penunjang
3. Telah memiliki beberapa alat kedokteran canggih diantaranya *Laparoscopy, Phacoemulsification, Echocardiogram, USG 4 Dimensi.*
4. Memiliki Program Kerja kemitraan pasien kurang mampu untuk memfasilitasi masyarakat miskin yang belum memiliki asuransi.

Namun masih terdapat beberapa faktor yang dapat menghambat pelayanan RSUD dr. Achmad Darwis yaitu letak rumah sakit yang kurang strategis dan sulit untuk diakses semua masyarakat Kabupaten Lima Puluh Kota. Selain itu kondisi beberapa bangunan rumah sakit yang bangunannya masih ada yang belum sesuai standar atau tidak representatif. Keterbatasan APBD mengakibatkan rumah sakit belum bisa memenuhi sarana prasarana pendukung khususnya alat kesehatan untuk pelayanan spesialisik tertentu dimana juga tidak bisa diakomodir dengan Dana Alokasi Khusus (DAK).

Dalam pelaksanaan tugas pokok dan fungsi RSUD dr. Achmad Darwis selama ini, adapun faktor-faktor penghambat dan faktor-faktor pendorong yang mempengaruhi permasalahan pelayanan RSUD dr. Achmad Darwis:

### **1. Faktor Penghambat**

- (1) Anggaran kesehatan yang masih rendah.
- (2) Masih kurangnya tenaga Aparatur Sipil Negara (ASN) sehingga Rumah Sakit harus merekrut tenaga kontrak.

- (3) Belum optimalnya implementasi SOP (Standar Operasional Prosedur) Pelayanan.
- (4) Kemampuan teknologi kesehatan masih kurang.
- (5) Sarana SIMRS yang belum memadai.
- (6) Keamanan masih belum memadai dari segi sarana prasarana.
- (7) Mutu pelayanan masih belum optimal.
- (8) Lokasi Rumah Sakit yang jauh dari pusat ibukota Kabupaten.
- (9) Transportasi yang kurang lancar.

## **2. Faktor Pendorong**

- (1) Struktur Organisasi RSUD dr. Achmad Darwis yang cukup solid
- (2) Sarana dan Prasarana cukup memadai.
- (3) Motivasi kerja karyawan cukup tinggi.
- (4) Rumah Sakit sebagai BLUD diberikan fleksibilitas dalam pengelolaan manajemen rumah sakit.
- (5) Tersedianya berbagai jenis pelayanan medis dan penunjang medis;
- (6) Tingkat kepercayaan masyarakat terhadap rumah sakit semakin meningkat;
- (7) Jumlah SDM yang cukup khususnya dokter spesialis yang sangat berpengalaman dan berkompeten di bidangnya.
- (8) Tenaga keperawatan dan tenaga lainnya mempunyai kompetensi di bidangnya masing-masing.
- (9) Merupakan satu-satunya rumah sakit milik Pemerintah Daerah Kabupaten Lima Puluh Kota.
- (10) Lokasi tenang, nyaman, dan jauh dari keramaian.
- (11) Adanya komitmen dan dukungan Pemda dan DPRD.

## **Tujuan Dan Sasaran Jangka Menengah RSUD dr. Achmad Darwis**

Sesuai Permendagri Nomor 86 Tahun 2017 dimana disebutkan bahwa tujuan merupakan suatu kondisi yang akan dicapai atau dihasilkan dalam jangka waktu 5 (lima) tahunan. Sedangkan sasaran adalah rumusan kondisi yang menggambarkan tercapainya tujuan, berupa hasil

pembangunan Daerah/Perangkat Daerah. Dengan kata lain tujuan dan sasaran merupakan dampak (*impact*) keberhasilan pembangunan daerah yang diperoleh dari pencapaian berbagai program prioritas terkait. Tujuan dan sasaran yang ada di RSUD dr. Achmad Darwis sebanyak 2 tujuan, 2 indikator tujuan dan 2 sasaran dengan 6 indikator sasaran yang diuraikan sebagai berikut :

I. Tujuan 1 : Terwujudnya peningkatan mutu pelayanan kesehatan sesuai standar, dengan indikator tujuan : Persentase Capaian Indikator Mutu Pelayanan,

Adapun Sasaran pada Tujuan Pertama adalah:

1. Meningkatnya Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat, dengan indikator sasarannya :

- Persentase Pemenuhan Sumber Daya Rumah Sakit sesuai standar
- Persentase Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang mencapai target
- Persentase Indikator Mutu Nasional yang mencapai target

II. Tujuan 2 : Meningkatnya Kualitas Pelayanan Publik, dengan indikator tujuan : Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM),

Adapun Sasaran pada tujuan kedua adalah:

1. Meningkatnya kualitas dan kuantitas kinerja dan pelayanan Rumah Sakit, dengan indikator sasarannya :

- Nilai AKIP Rumah Sakit
- Nilai IRB Rumah Sakit
- Nilai IKM Rumah Sakit

Uraian tujuan dan sasaran yang akan dicapai RSUD dr. Achmad Darwis Tahun 2021 – 2026 dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

**Tabel 4**  
Tujuan dan Sasaran RSUD dr. Achmad Darwis Tahun 2021–2026

No	Tujuan	Indikator Tujuan	Sasaran	Indikator Sasaran	Formulasi Perhitungan	Target Kinerja Tujuan/ Sasaran Pada Tahun ke					
						2021	2022	2023	2024	2025	2026
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Terwujudnya peningkatan mutu pelayanan kesehatan sesuai standar	Persentase Capaian Indikator Mutu Pelayanan	Meningkatnya Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat	Persentase pemenuhan sumber daya rumah sakit sesuai standar	% jenis obat yang terpenuhi + %SDM yang sesuai standar + %Ketersediaan Sarpras, Alkes Sesuai Standar/ 3 X 100 %	66,00%	66,00%	67,00%	68,00%	69,00%	70,00%
				Persentase indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang tercapai target	Jumlah Indikator SPM Rumah Sakit yang mencapai target/ Seluruh Indikator SPM Rumah Sakit X 100%	81,72%	82,00%	82,00%	83,00%	84,00%	84,00%
				Persentase Indikator Mutu Nasional yang mencapai target	Jumlah Indikator Mutu Nasional yang terpenuhi/ Seluruh Indikator Mutu Nasional X 100%	0	65,00%	68,00%	70,00%	72,00%	75,00%
2	Meningkatnya Kualitas Pelayanan Publik	Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM),	Meningkatnya kualitas dan kuantitas kinerja dan pelayanan Rumah Sakit	Nilai AKIP Rumah Sakit	Nilai AKIP berdasarkan hasil evaluasi dari Inspektorat	64,00%	64,00%	65,00%	66,00%	67,00%	68,00%
				Indek RB Rumah Sakit	Nilai IRB berdasarkan hasil evaluasi dari Inspektorat	0	53,33%	58,75%	64,17%	69,58%	75,00%
				Nilai IKM Rumah Sakit	Nilai IKM berdasarkan hasil survey kepuasan masyarakat yang dilakukan oleh RSUD	81,00%	81,00%	82,00%	83,00%	84,00%	85,00%

## **Strategi dan Arah Kebijakan**

Strategi dan arah kebijakan merupakan rumusan perencanaan yang komprehensif tentang bagaimana Pemerintah Daerah mencapai tujuan dan sasaran RPJMD 2021-2026 dengan efektif dan efisien. Dengan pendekatan yang komprehensif, strategi juga dapat digunakan sebagai sarana untuk melakukan transformasi, reformasi dan perbaikan kinerja birokrasi. Strategi merupakan langkah berisikan program-program sebagai prioritas pembangunan Daerah/Perangkat daerah untuk mencapai sasaran. Strategi harus dijadikan rujukan penting dalam perencanaan pembangunan daerah. Rumusan strategi berupa pernyataan yang menjelaskan bagaimana tujuan dan sasaran akan dicapai dan selanjutnya diperjelas dengan serangkaian arah kebijakan. Arah kebijakan adalah rumusan kerangka pikir atau kerangka kerja untuk menyelesaikan permasalahan pembangunan dan mengantisipasi isu strategis Daerah yang dilaksanakan secara bertahap sebagai penjabaran strategis.

Pada tabel dibawah ini akan menunjukkan relevansi dan konsistensi antar pernyataan visi dan misi RPJMD 2021-2026 dengan tujuan, sasaran, strategi, dan kebijakan RSUD dr. Achmad Darwis pada Tahun 2021-2026 sebagaimana diuraikan pada tabel di bawah ini

**Tabel 5**

Strategi dan arah kebijakan RSUD dr. Achmad Darwis Tahun 2021 – 2026

<b>VISI: Mewujudkan Lima Puluh Kota Yang Madani, Beradab dan Berbudaya Dalam Kerangka Adat Basandi Syarak, Syarak Basandi Kitabullah</b>			
<b>MISI 1: Meningkatkan kualitas sumber daya manusia yang berbudaya dan berdaya saing berlandaskan keimanan</b>			
<b>Tujuan</b>	<b>Sasaran</b>	<b>Strategi</b>	<b>Arah Kebijakan</b>
Terwujudnya Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan Sesuai Standar	Meningkatnya Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat	a. Meningkatnya Sumber Daya Rumah Sakit	Peningkatan sarana, prasarana dan alat kesehatan serta pembinaan dan pengembangan aparatur dengan mengikutsertakan diklat, Bimtek,

			workshop, sosialisasi dan pertemuan ilmiah sesuai profesi tenaga kesehatan yang ada di rumah sakit
		b. Meningkatnya pelayanan kesehatan sebagai rumah sakit rujukan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peningkatan standarisasi pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal (SPM) rumah sakit yang telah ditetapkan dengan Peraturan Bupati Lima Puluh Kota Nomor 117 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah RSUD dr. Achmad Darwis.</li> <li>- Peningkatan pemenuhan Indikator Mutu Nasional di Rumah Sakit yang terdiri dari 12 indikator.</li> </ul>
<b>MISI 4: Meningkatkan kualitas pelayanan publik melalui reformasi birokrasi seutuhnya</b>			
<b>Tujuan</b>	<b>Sasaran</b>	<b>Strategi</b>	<b>Arah Kebijakan</b>
Meningkatnya Kualitas Pelayanan Publik	Meningkatnya kualitas dan kuantitas kinerja dan pelayanan Rumah Sakit	Meningkatnya kualitas tata kelola rumah sakit melalui nilai Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)	Melakukan survey Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)
		Meningkatnya pengelolaan keuangan dan kinerja rumah sakit	Peningkatan Nilai Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (AKIP) Rumah Sakit

			Peningkatan Indeks Reformasi Birokrasi Rumah Sakit
--	--	--	--

### **Rencana Program dan Kegiatan Serta Pendanaan**

Untuk dapat melaksanakan strategi dan kebijakan maka perlu disusun rencana program, kegiatan dan sub kegiatan selama periode Renstra. Program, kegiatan dan sub kegiatan tersebut adalah sebagai berikut :

1. Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota
  - a. Kegiatan : Perencanaan Penganggaran dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah
    - Sub Kegiatan : Koordinasi dan Penyusunan Laporan Capaian Kinerja dan Ikhtisar Realisasi Kinerja SKPD
  - b. Kegiatan : Administrasi Keuangan Perangkat Daerah
    - Sub Kegiatan : Penyediaan Gaji dan Tunjangan ASN
  - c. Kegiatan : Administrasi Umum Perangkat Daerah
    - Sub Kegiatan : Penyediaan Bahan Bacaan dan Peraturan Perundang-undangan
    - Sub Kegiatan : Fasilitasi Kunjungan Tamu
    - Sub Kegiatan : Penyelenggaraan Rapat Koordinasi dan Konsultasi SKPD
  - d. Kegiatan : Penyediaan Jasa Penunjang Urusan Pemerintah Daerah
    - Sub Kegiatan : Penyediaan Jasa Komunikasi, Sumber Daya Air dan Listrik
    - Sub Kegiatan : Penyediaan Jasa Pelayanan Umu Kantor
  - e. Kegiatan : Pemeliharaan Barang Milik Daerah Penunjang Urusan Pemerintah Daerah
    - Sub Kegiatan : Penyediaan Jasa Pemeliharaan Biaya Pemeliharaan Pajak dan Perizinan Kendaraan Dinas Operasional atau Lapangan
  - f. Kegiatan : Peningkatan Pelayanan BLUD
    - Sub Kegiatan : Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD

2. Program : Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat
  - a. Kegiatan : Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Untuk UKM dan UKP Kewenangan Daerah Kabupaten/Kota
    - Sub Kegiatan : Pengadaan sarana Fasilitas Pelayanan Kesehatan
    - Sub Kegiatan : Pengadaan Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Pelayanan Kesehatan
    - Sub Kegiatan : Pengadaan Bahan Habis Pakai
  - b. Kegiatan : Penyediaan Layanan Kesehatan Untuk UKM dan UKP Rujukan Tingkat Daerah Kabupaten/Kota
    - Sub Kegiatan : Pengelolaan Pelayanan Kesehatan Bagi Penduduk Terdampak Krisis Kesehatan Akibat Bencana dan/atau Berpotensi Bencana
    - Sub Kegiatan : Pengelolaan Pelayanan Kesehatan Lingkungan
    - Sub Kegiatan : Pengelolaan Jaminan Kesehatan Masyarakat
    - Sub Kegiatan : Operasional Pelayanan Rumah Sakit
3. Program : Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan
  - a. Kegiatan : Perencanaan Kebutuhan dan Pendayagunaan Sumberdaya Manusia Kesehatan untuk UKP dan UKM diwilayah Kabupaten/Kota
    - Sub Kegiatan : Pemenuhan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan Sesuai Standar
4. Program : Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan
  - a. Kegiatan : Advokasi, Pemberdayaan, Kemitraan, Peningkatan Peran Serta Masyarakat dan Lintas Sektor Tingkat Daerah Kabupaten/Kota
    - Sub Kegiatan : Peningkatan Upaya Promosi Kesehatan, Advokasi, Kemitraan dan Pemberdayaan Masyarakat

## B. Perjanjian Kinerja Tahun 2023

**Tabel 6**  
Perjanjian Kinerja Tahun 2023

OPD : RSUD dr. ACHMAD DARWIS

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target
1	Meningkatnya pemenuhan upaya Kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat	Persentase pemenuhan sumber daya rumah sakit sesuai standar	67,00 %
		Persentase Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang mencapai target	82,00 %
		Persentase Indikator Mutu Nasional yang mencapai target	68,00 %
2	Meningkatnya kualitas dan kuantitas kinerja dan pelayanan rumah sakit	Nilai AKIP Rumah Sakit	65,00 %
		Nilai IRB Rumah Sakit	58,75 %
		Nilai IKM Rumah Sakit	82,00 %

No	Program Kegiatan	Anggaran (Rp)	Ket
1	Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota	54.755.679.899,00	APBD + BLUD
2	Program Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan	70.000.000,00	APBD
<b>JUMLAH</b>		<b>54.825.679.899,00</b>	

## **BAB III**

### **AKUNTABILITAS KINERJA**

#### **A. Metodologi Pengukuran Capaian Target Kinerja**

Dalam melakukan pengukuran capaian target kinerja ini digunakan metodologi ranking capaian dengan pembagian 5 (lima) predikat dan untuk jelaskan maka di tampilkan dalam tabel dibawah ini :

**Tabel 7**  
Metodologi Pengukuran Capaian Target Kinerja

<b>NO</b>	<b>KLASIFIKASI PENILAIAN</b>	<b>PREDIKAT</b>
1	91% - 100%	Sangat Tinggi
2	76% - 90%	Tinggi
3	66% - 75%	Sedang
4	51% - 65%	Rendah
5	≤ 50%	Sangat Rendah

#### **B. Hasil Pengukuran Kinerja**

Pengukuran capaian kinerja yang mencakup penetapan indikator dan capaian kinerjanya di gunakan untuk menilai keberhasilan atau kegagalan pelaksanaan kegiatan dan program di RSUD dr. Achmad Darwis yang telah ditetapkan dalam perencanaan strategis. Rincian pengukuran kinerja berisi sasaran Strategis, indikator kinerja, target, realisasi dan Persentase Capaian kinerja.

**Tabel 8**  
Pengukuran Kinerja Tahun 2023

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target	Realisasi	% Capaian	Predikat
1	Meningkatnya Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat	Persentase pemenuhan sumber daya rumah sakit sesuai standar	67,00%	82,31%	122,85	Sangat Tinggi
		Persentase indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang tercapai target	82,00%	89,25%	108,84	Sangat Tinggi
		Persentase Indikator Mutu Nasional yang mencapai target	68,00%	61,54%	90,50	Tinggi
2	Meningkatnya akuntabilitas keuangan dan kinerja rumah sakit	Nilai AKIP Rumah Sakit	65,00%	70,25%	108,08	Sangat Tinggi
		Nilai IRB Rumah Sakit	58,75%	94,87%	161,48	Sangat Tinggi
		Nilai IKM Rumah Sakit	82,00%	82,89%	101,08	Sangat Tinggi

### C. Analisis dan Capaian Kinerja

#### 1. Meningkatkan Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat

##### a). Persentase pemenuhan sumber daya rumah sakit sesuai standar

Indikator ini adalah rata-rata jumlah komponen sumber daya RSUD dr. Achmad Darwis yang tersedia sesuai standar. Adapun komponen sumber daya RSUD dr. Achmad Darwis terdiri dari :

1. Persentase jenis obat yang terpenuhi.
2. Persentase Sumber Daya Manusia (SDM) yang sesuai standar.
3. Persentase ketersediaan sarana, prasarana dan alat kesehatan sesuai standar.

Adapun penjelasan komponen – komponen yang termasuk dalam sumber daya rumah sakit sesuai standart adalah sebagai berikut :

1). Persentase Jenis Obat yang Terpenuhi

Jenis obat yang di rencanakan dalam Rencana Bisnis Anggaran (RBA) BLUD RSUD dr. Achmad Darwis tahun 2023 sebanyak 470 jenis obat, sedangkan pengadaan atau pembelian obat pada tahun 2023 sebanyak 407 jenis obat yang terpenuhi.

Permintaan, pembelian dan penyediaan obat tergantung kasus penyakit yang ada perbulannya dengan memperhatikan pemakaian bulan sebelumnya, apabila tidak ada pemakaian/ kasus bulan berjalan maka tidak diadakan pembelian bulan berikutnya demikian juga sebaliknya.

Adapun perhitungan jenis obat yang terpenuhi selama tahun anggaran 2023 adalah sebagai berikut:

RUMUS :

$$\frac{\text{Jumlah jenis obat yang dibeli}}{\text{Jumlah jenis obat yang dianggarkan}} \times 100 =$$

$$\frac{407}{470} \times 100 = 86,59\%$$

Dari perhitungan di atas dapat dilihat bahwa untuk komponen Persentase Jenis Obat yang Terpenuhi di RSUD dr. Achmad Darwis pada tahun 2023 adalah sebesar 86,59 %.

Dokumentasi Kegiatan Sumber Daya Rumah Sakit Pengadaan Obat- Obatan Rumah Sakit Tahun 2023 :

### Gambar 3

#### Dokumentasi Pengadaan Obat- Obatan Rumah Sakit Tahun 2023



2). Persentase Sumber Daya Manusia (SDM) yang sesuai standar pada tahun 2023 adalah :

a. Persentase jumlah pegawai yang harus memiliki Surat Tanda Registrasi (STR).

Pada Tahun 2023 Jumlah Pegawai yang harus memiliki STR ditargetkan sebanyak 287 orang , terealisasi sebanyak 287 orang.

$$\text{Perhitungan} : \frac{287}{287} \times 100 = 100 \%$$

b. Persentase jumlah pegawai rumah sakit yang akan mengikuti diklat, sosialisasi, workshop dan Bimtek.

Jumlah pegawai yang mengikuti diklat, sosialisasi, workshp dan bimtek pada tahun 2023 di targetkan 396 orang, terealisasi sebanyak 396 orang.

$$\text{Perhitungan} : \frac{396}{396} \times 100 = 100\%$$

Perhitungan Persentase Sumber Daya Manusia (SDM) yang sesuai standar pada tahun 2023 adalah :

RUMUS :

Persentase jml pegawai yang harus memiliki STR + Persentase jml pegawai RS yg akan mengikuti diklat, sos, workshop dan Bimtek X100%  
2

$$\frac{100 + 100}{2} \times 100\% = 100\%$$

Dari perhitungan di atas dapat dilihat bahwa untuk komponen Persentase Sumber Daya Manusia (SDM) yang sesuai standar RSUD dr. Achmad Darwis pada tahun 2023 adalah sebesar 100 %.

Program, Kegiatan dan Sub Kegiatan yang Mendukung Persentase Jenis Obat Yang Terpenuhi dan Persentase Sumber Daya Manusia (SDM) adalah sebagai berikut :

**Tabel 9**  
Program, Kegiatan dan Sub Kegiatan yang Mendukung Persentase Jenis Obat Yang Terpenuhi dan Persentase Sumber Daya Manusia (SDM)  
Tahun 2023

No	Program, Kegiatan dan Sub Kegiatan	Anggaran
1	Program : Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota Kegiatan : Peningkatan Pelayanan BLUD ➤ Sub Kegiatan : Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD - Belanja Obat-Obatan - Belanja Pendidikan dan Pelatihan Formal RS	Rp. 6.687.915.872,00 Rp. 291.667.903,00
	<b>JUMLAH</b>	<b>Rp. 6.979.583.775,00</b>

### 3). Persentase Ketersediaan Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan Sesuai Standart

Capaian bobot ketersediaan Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan terdapat dalam Aplikasi Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan (ASPAK). Aplikasi Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan (ASPAK) adalah suatu aplikasi berbasis web yang menghimpun data dan menyajikan informasi mengenai Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan seperti Rumah Sakit dan Puskesmas.

#### - Sarana dan Prasarana

Berdasarkan Permenkes Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, sarana dan prasarana yang dipersyaratkan untuk Rumah Sakit Umum Daerah tipe C adalah sebanyak 22 ruangan. Sarana dan Prasarana yang ada di RSUD dr. Achmad Darwis sampai tahun 2023 ada sebanyak 20 Ruangan, jadi ada ruangan yang belum tersedia menurut standar Permenkes tersebut yaitu ruang penanggulangan kebakaran dan ruang pengelolaan gas medik.

Dari Sarana dan Prasarana yang ada di RSUD dr. Achmad Darwis ada beberapa yang belum memenuhi standar Permenkes seperti ruang laboratorium, ruang radiologi, ruang gizi, ruang Rekam Medis, ruang rehabilitasi medik, kamar jenazah, ruang parkir dan ruang pengelolaan air bersih, limbah dan sanitasi sehingga capaian bobot sarana dan prasarana sampai akhir tahun 2023 yang terinput dalam Aplikasi ASPAK adalah Sarana = 61,81 % dan Prasarana = 58,14%.

#### - Alat Kesehatan

Masih banyak jenis alat kesehatan sesuai standart yang belum ada di RSUD dr. Achmad Darwis, Sehingga capaian bobot Alat Kesehatan sampai akhir tahun 2023 yang terinput dalam Aplikasi Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan (ASPAK) adalah 61,05 %.

Dokumentasi beberapa pengadaan Alat Kesehatan RSUD dr. Achmad Darwis Tahun 2023 adalah sebagai berikut :

**Gambar 4**  
Alat Kesehatan Computer Radiologi



**Gambar 5**  
Alat Kesehatan Kompresor Udara Tekan



**Gambar 6**  
Alat Kesehatan ECG



**Gambar 7**  
Alat Kesehatan Kursi Roda



**Gambar 8**  
Alat Kesehatan Bedside Cabinet

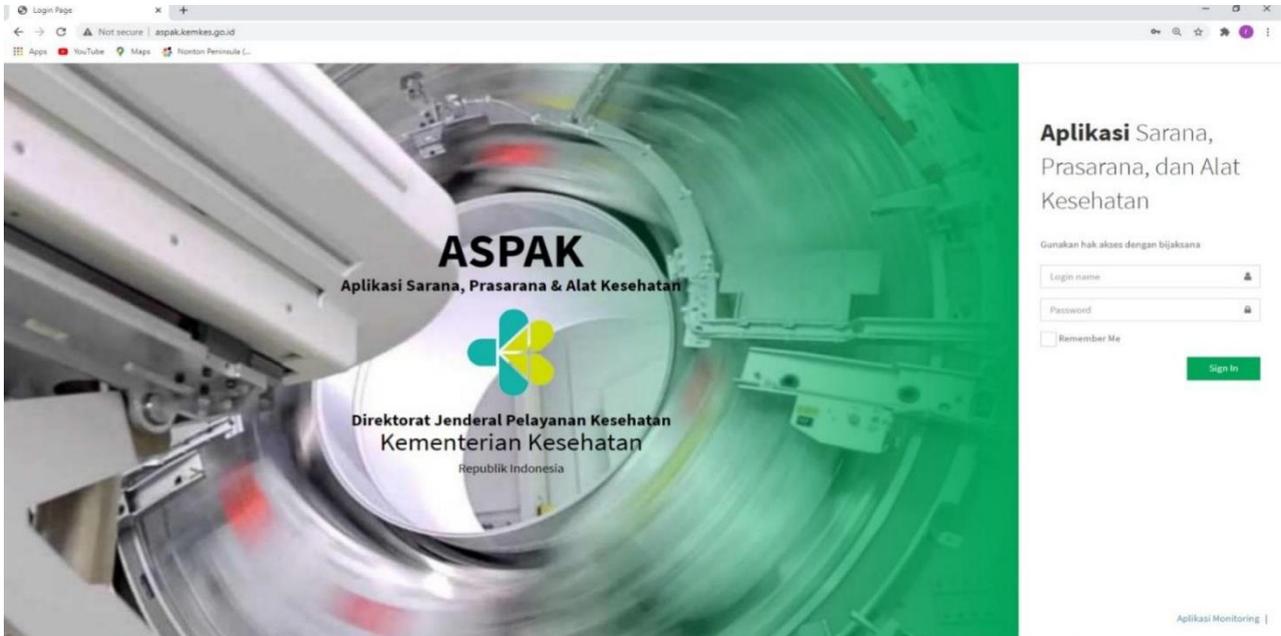


**Gambar 9**  
Alat Kesehatan Baby Bed



## Gambar 10

Dokumentasi Data Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan Rumah Sakit Umum Daerah dr. Achmad Darwis pada Aplikasi Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan (ASPAK) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2023



**Analisa Data Individual RSU RS Umum Daerah dr. Achmad Darwis**

Presentasi Keaktifan meng-update Data Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan  
Data pertanggal : Akes:08-07-2023 | Sorpras:08-07-2023

Data Sarana	Data Prasarana	Data Alat Kesehatan
100	100	100

Presentasi Kelengkapan Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan  
Data pertanggal : Akes:08-07-2023 | Sorpras:08-07-2023

Data Sarana	Data Prasarana	Data Alat Kesehatan	Kumulasi Kelengkapan (S05 +20P +30A)
61.81	58.14	61.05	60.85

Presentasi Kebutuhan Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan  
Data pertanggal : Akes:08-07-2023 | Sorpras:08-07-2023

Data Sarana	Data Prasarana	Data Alat Kesehatan	Rata-rata
38.19	41.86	38.95	39.67

Presentasi Validitas Data alat Kesehatan  
Data pertanggal : 11-07-2023

Activate Windows  
Go to Settings to activate Windows.

Monitoring | Dashboard | Copyright © 2019 Farpankes. All rights reserved.

Perhitungan Persentase ketersediaan sarana, prasarana dan alat kesehatan yang sesuai standart pada tahun 2023 adalah :

RUMUS :

$$\frac{\text{Persentase sarana} + \text{Persentase prasarana} + \text{Persentase alat kesehatan}}{3} \times 100\%$$

$$\frac{61,81 + 58,14 + 61,05}{3} \times 100\% = 60,33\%$$

Dari perhitungan di atas dapat dilihat bahwa untuk komponen Persentase ketersediaan sarana, prasarana dan alat kesehatan yang sesuai standar RSUD dr. Achmad Darwis pada tahun 2023 adalah sebesar 60,33 %.

Adapun Program, kegiatan dan sub kegiatan tahun 2023 yang mendukung keberhasilan untuk terpenuhinya sumber daya rumah sakit yaitu persentase sumber daya rumah sakit sesuai standar adalah sebagai berikut :

**Tabel 10**

Program, Kegiatan dan Sub Kegiatan yang Mendukung Persentase Ketersediaan Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan Yang Sesuai Standar Tahun 2023

No	Program, Kegiatan dan Sub Kegiatan	Anggaran
1	Program : Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota Kegiatan : Peningkatan Pelayanan BLUD ➤ Sub Kegiatan : Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD - Belanja Modal Peralatan dan Mesin BLUD - Belanja Modal Gedung dan Bangunan BLUD	Rp. 3.237.000.000,00 Rp. 963.000.000,00
	<b>JUMLAH</b>	<b>Rp. 4.200.000.000,00</b>

Jadi Pencapaian Persentase pemenuhan sumber daya rumah sakit masing masing komponen sumber daya rumah sakit tahun 2023 adalah

- Persentase jenis obat yang terpenuhi = 86,59%
- Persentase Sumber Daya Manusia (SDM) yang sesuai standar = 100%
- Persentase ketersediaan sarana, prasarana dan alat kesehatan sesuai standar = 60,33%.

untuk mencari Persentase pemenuhan sumber daya rumah sakit sesuai standar yaitu dengan Rumus

$$\frac{(\% \text{ jenis obat yang terpenuhi} + \% \text{ SDM yang sesuai standar} + \% \text{ ketersediaan Sarana, Prasarana dan Alkes sesuai standar})}{3} \times 100\%$$

$$\frac{86,59 + 100 + 60,33}{3} \times 100\% = 82,31\%$$

Dari Pencarian Persentase Pemenuhan Sumber Daya Rumah Sakit sesuai standar diatas didapatkan persentasenya adalah **82,31 %**.

Dibawah ini adalah Capaian Kinerja Pemenuhan Sumber Daya Rumah Sakit sesuai standar dari tahu 2019 sampai dengan 2023.

**Tabel 11**

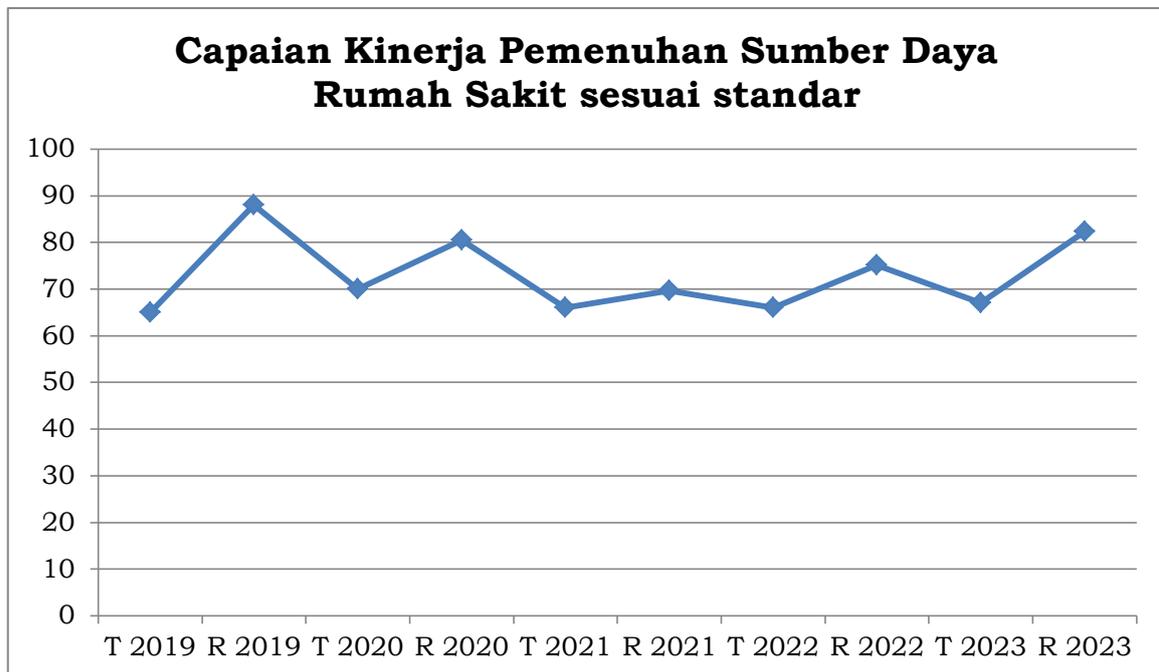
Capaian Kinerja Pemenuhan Sumber Daya Rumah Sakit sesuai standar

No	Indikator Kinerja	Target RPJMD	T	R	T	R	T	R	T	R	T	R	Ket
			2019	2019	2020	2020	2021	2021	2022	2022	2023	2023	
1	Persentase pemenuhan sumber daya rumah sakit sesuai standar	67,00%	65,00%	87,98%	70,00%	80,46%	66,00%	69,66%	66,00%	75,11%	67,00%	82,31%	

Adapun Grafik Capaian Kinerja Sumber Daya Rumah Sakit dari tahun 2019 – 2023 adalah sebagai berikut.

**Gambar 11**

Grafik Capaian Kinerja Pemenuhan Sumber Daya Rumah Sakit sesuai standar



Dari Grafik Capaian Kinerja Sumber Daya Rumah Sakit di atas dapat dilihat bahwa Target tahun 2019 = 65,00% dengan Realisasi tahun 2019 = 87,98%, Target tahun 2020 = 70,00% dengan Realisasi tahun 2020 = 80,46%, Target tahun 2021 = 66,00% dengan Realisasi tahun 2021 = 69,66%, Target Tahun 2022 = 66,00% dengan Realisasi tahun 2022 = 75,11% dan di Target Tahun 2023 sesuai dengan RPJMD tahun 2021-2026 dengan target = 67,00% dengan Realisasi 82,31%.

**b). Persentase indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) rumah sakit yang mencapai target**

Persentase indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) rumah sakit yang mencapai target merupakan indikator yang diukur untuk menggambarkan kemampuan rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas.

Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal atau ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh

rumah sakit kepada masyarakat. RSUD dr. Achmad Darwis telah memiliki Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang telah ditetapkan dengan Peraturan Bupati Lima Puluh Kota Nomor 117 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Badan Layanan Umum daerah RSUD dr. Achmad Darwis, Berlaku untuk tahun 2021 sampai dengan tahun 2026.

RSUD dr. Achmad Darwis memiliki 22 jenis pelayanan dan 93 indikator pelayanan SPM. Jenis Pelayanan dan jumlah indikatornya terdiri dari :

1. Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan gawat darurat yang mencapai target dengan jumlah indikator = 8 indikator
2. Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan rawat jalan yang mencapai target dengan jumlah indikator = 6 indikator
3. Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan rawat inap yang mencapai target dengan jumlah indikator = 10 indikator
4. Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan bedah yang mencapai target dengan jumlah indikator = 7 indikator
5. Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan persalinan dan perinatologi yang mencapai target dengan jumlah indikator = 7 indikator
6. Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan intensif yang mencapai target dengan jumlah indikator = 2 indikator
7. Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan radiologi yang mencapai target dengan jumlah indikator = 4 indikator
8. Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan laboratorium patologi klinik yang mencapai target dengan jumlah indikator = 6 indikator
9. Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan rehabilitasi medik yang mencapai target dengan jumlah indikator = 3 indikator
10. Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan farmasi yang mencapai target dengan jumlah indikator = 5 indikator

11. Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan gizi yang mencapai target dengan jumlah indikator = 3 indikator
12. Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan transfusi darah yang mencapai target dengan jumlah indikator = 2 indikator
13. Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan GAKIN yang mencapai target dengan jumlah indikator = 1 indikator
14. Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan rekam medik yang mencapai target dengan jumlah indikator = 4 indikator
15. Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan pengolahan limbah yang mencapai target dengan jumlah indikator = 2 indikator
16. Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan administrasi dan manajemen yang mencapai target dengan jumlah indikator = 9 indikator
17. Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan ambulance/ mobil jenazah yang mencapai target dengan jumlah indikator = 3 indikator
18. Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan pemulasaran jenazah yang mencapai target dengan jumlah indikator = 1 indikator
19. Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan pemeliharaan sarana yang mencapai target dengan jumlah indikator = 3 indikator
20. Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan laundry yang mencapai target dengan jumlah indikator = 2 indikator
21. Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan PPI yang mencapai target dengan jumlah indikator = 3 indikator
22. Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan keamanan yang mencapai target dengan jumlah indikator = 2 indikator

Untuk pencapaian SPM indikator masing masing jenis pelayanan tahun 2023 adalah sebagai berikut :

**Tabel 12**

Standar Pelayanan Minimal (SPM) RSUD dr. Achmad Darwis Tahun 2023

<b>Sasaran Strategis</b>	<b>Indikator Sasaran</b>	<b>Target</b>	<b>Realisasi</b>	<b>Capaian</b>	<b>Analisa</b>	<b>Ket</b>
<b>Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan gawat darurat yang mencapai target</b>	<b>Jumlah indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan gawat darurat yang mencapai target</b>	<b>8 indikator</b>	<b>7 indikator</b>		<b>Dari 8 indikator target yang terealisasi sebanyak 7 indikator</b>  <b><math>7/8 \times 100 = 87,5\%</math></b>	
<b>1. Jenis Pelayanan Gawat Darurat</b>						
	1. Kemampuan menangani life saving	100%	100%	Tercapai	Berdasarkan hasil evaluasi tahun 2023, semua pasien gawat darurat yang membutuhkan life saving yang datang ke IGD sudah mendapatkan pelayanan life saving yang artinya sudah mencapai standar.	
	2. Jam buka pelayanan gawat darurat 24 jam	24 jam	24 jam	Tercapai	Berdasarkan hasil evaluasi tahun 2023, instalasi gawat darurat buka 24 jam setiap hari yang artinya sudah mencapai standar.	
	3. Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat yang masih berlaku ATLS/BTLS/ACLS/PPGD	100%	100%	Tidak Tercapai	Sudah tercapai sesuai standar yaitu semua tenaga yang memberikan pelayanan di instalasi gawat darurat semua sudah memiliki sertifikat kegawatdaruratan.	

	4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana	Satu Tim	Satu Tim	Tercapai	Berdasarkan hasil evaluasi tahun 2023, sudah tercapai sesuai standar yaitu sudah terbentuk satu tim penanggulangan bencana.	
	5. Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat 5 menit	≤ 2 menit	1 Menit	Tercapai	Berdasarkan hasil evaluasi tahun 2023, sudah terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsive untuk menyelamatkan pasien gawat darurat sesuai standar.	
	6. Kepuasan pelanggan pada gawat darurat	≥ 86%	88,13%	Tercapai	Berdasarkan hasil evaluasi tahun 2023, kepuasan dari pelanggan terhadap pelayanan di Intalasi Gawat Darurat yang didapatkan melalui survei kepuasan sudah memenuhi standar.	
	7. Kematian pasien ≤ 24 jam	4 ‰	4‰	Tercapai	Kematian pasien ≤ 24 jam di RSUD dr. Achmad Darwis yaitu 3,006/1000, Hal ini tidak melebihi target 4/1000	
	8. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	100%	Tercapai	Sudah tercapai sesuai standar, yaitu sudah tidak ada pasien yang diharuskan menyerahkan uang muka kepada rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang diberikan.	
<b>Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan rawat jalan yang mencapai target</b>	<b>Jumlah indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan rawat jalan yang mencapai target</b>	<b>6 indikator</b>	<b>5 indikator</b>		<b>Dari 6 indikator target yang terealisasi sebanyak 5 indikator</b> <b>5/6 X100 = 83,33</b>	

<b>2. Jenis Pelayanan Rawat Jalan</b>						
	1. Pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	100%	100%	Tercapai	Berdasarkan hasil evaluasi tahun 2023, Pemberi pelayanan di poliklinik spesialis mencapai indicator SPM	
	2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan	100%	100%	Tercapai	Berdasarkan hasil evaluasi tahun 2023, Ketersediaan pelayanan rawat jalan mencapai indicator SPM	
	3. Jam buka pelayanan 08.00 s/d 13.00 WIB setiap hari kerja kecuali Jum'at 08.00 s/d 11.00 WIB	100%	100%	Tercapai	Berdasarkan hasil evaluasi tahun 2023, Jam buka pelayanan 08.00 s/d 13.00 WIB setiap hari kerja kecuali Jum'at 08.00 s/d 11.00 WIB mencapai indicator SPM	
	4. Waktu tunggu di rawat jalan 60 menit	120 menit	70 menit	Tercapai	Waktu tunggu di rawat jalan sudah mencapai target	
	5. Kepuasan pelanggan	≥ 90%	87,00%	Tidak Tercapai	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Masih ada pasien yang tidak mendapatkan pelayanan, karena status belum datang keruangan Poliklinik, sehingga dokter pulang.</li> <li>➤ Masih ada dokter Spesialis yg tidak datang karena ada halangan tertentu</li> </ul>	
	6. Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategis DOTS	100%	100%	Tercapai	Berdasarkan hasil evaluasi tahun 2023, Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategis DOTS mencapai indicator SPM	

<b>Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan rawat inap yang mencapai target</b>	<b>Jumlah indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan rawat inap yang mencapai target</b>	<b>10 indikator</b>	<b>10 indikator</b>		<b>Dari 10 indikator target yang terealisasi sebanyak 10 indikator</b>  <b>10/10 X100 = 100%</b>	
<b>3. Jenis pelayanan Rawat Inap</b>						
	1. Pemberi pelayanan di rawat inap	100%	100%	Tercapai	Berdasarkan hasil evaluasi tahun 2023, pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter spesialis, dokter umum dan perawat yang kompeten minimal D3 yang sudah sesuai standar.	
	2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	100%	Tercapai	Berdasarkan hasil evaluasi tahun 2023 sudah tercapai (sesuai standar) yaitu semua pasien yang dirawatan sudah mempunyai penanggung jawab pelayanan dokter.	
	3. Ketersediaan pelayanan rawat inap	100%	100%	Tercapai	Berdasarkan hasil evaluasi tahun 2023, Sudah tercapai (Sesuai standar), yaitu semua pelayanan yang ditargetkan sudah dapat diberikan	
	4. Jam visite Dokter Spesialis 08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	100%	100%	Tercapai	Sudah tercapai (Sesuai standar), yaitu visite dokter spesialis sudah dilakukan setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan kepada pasien yang menjadi tanggung jawabnya yang dilakukan antara jam 8.00 sampai dengan 14.00 WIB	

	5. Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5%	0%	Tercapai	Sudah tercapai (Sesuai standar)
	6. Angka kejadian infeksi nosokomial	≤ 1,5%	0,25%	Tercapai	Sudah tercapai sesuai standar yaitu jumlah pasien yang mengalami infeksi nosokomial yaitu 0,25 %, dibawah standar maksimal yang ditetapkan yang artinya pelaksanaan langkah-langkah pengendalian pencegahan infeksi sudah berjalan dengan baik .
	7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh	100%	100%	Tercapai	Sudah tercapai artinya tidak adanya pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian.
	8. Kematian pasien > 48 jam	4,00%	1,28%	Tercapai	Kematian pasien > 48 jam diatas standar ini disebabkan oleh antara lain : 1. pasien tidak bersedia dirujuk 2. pasien yang masuk dengan penyakit komplikasi 3. Pasien yang masuk adalah pasien terminal
	9. Kejadian pulang paksa	3,00%	1,76%	Tercapai	Sudah tercapai yaitu kejadian pulang atas permintaan pasien atau keluarga sebelum diperbolehkan pulang oleh dokter kasusnya masih ada tapi dengan jumlah yang masih kecil dari standar maksimal yang ditetapkan, yang biasanya dapat disebabkan oleh kendala keluarga untuk menunggu pasien di RS.

	10. Kepuasan pelanggan	≥ 92%	99,8%	Tercapai	Sudah tercapai sesuai standar, yaitu perasaan puas dari pelanggan terhadap pelayanan di rawat inap yang disampaikan melalui survei kepuasan sudah memenuhi standar.	
<b>Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan bedah yang mencapai target</b>	<b>Jumlah indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan bedah yang mencapai target</b>	<b>7 indikator</b>	<b>7 indikator</b>		<b>Dari 7 indikator target yang terealisasi sebanyak 7 indikator</b>  <b>7/7 X100 = 100%</b>	
<b>4. Jenis pelayanan Bedah</b>						
	1. Waktu tunggu operasi efektif	≤ 2 hari	≤ 2 hari	Tercapai	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian waktu tunggu operasi elektif tahun 2023 sudah mencapai standar indicator.	
	2. Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1 %	0%	Tercapai	Berdasarkan hasil evaluasi tahun 2023, kejadian kematian dimeja operasi mencapai indicator SPM.	
	3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100%	Tercapai	Berdasarkan hasil evaluasi, tidak adanya kejadian operasi salah sisi di tahun 2023 dan sudah mencapai standar indicator SPM.	
	4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%	Tercapai	Berdasarkan hasil evaluasi, diketahui tercapainya indicator tidak adanya kejadian salah orang dimeja operasi di tahun 2023 sesuai dengan standar.	
	5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100%	Tercapai	Tahun 2023 tidak terjadi salah tindakan pada saat operasi dan telah mencapai indicator standar pelayanan minimal.	
	6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100%	Tercapai	Berdasarkan hasil evaluasi, tidak ada kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi pada tahun 2023 sudah mencapai standar indicator.	

	7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube	6%	0%	Tercapai	Berdasarkan hasil evaluasi, komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube pada tahun 2023 sudah mencapai standar indikator dengan realisasi 0%.	
<b>Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan persalinan dan perinatologi yang mencapai target</b>	<b>Jumlah indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan persalinan dan perinatologi yang mencapai target</b>	<b>7 indikator</b>	<b>5 indikator</b>		<b>Dari 7 indikator target yang terealisasi sebanyak 5 indikator</b> <b>5/7 X100 = 71,43%</b>	
<b>5. Jenis pelayanan Persalinan dan Perinatologi</b>						
	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan a. Perdarahan ≤ 1%	≤ 1 %	0%	Tercapai	Berdasarkan hasil evaluasi tahun 2023, tidak ada kejadian kematian ibu melahirkan karena perdarahan yang terjadi pada saat semua kala persalinan.	
	b. Pre-eklampsia	≤ 30%	0%	Tercapai	Berdasarkan hasil evaluasi tahun 2023, tidak ada kejadian kematian ibu melahirkan karena Pre-Eklampsia yang terjadi pada saat semua kala persalinan.	
	c. Sepsis	≤ 0,2%	0%	Tercapai	Berdasarkan hasil evaluasi tahun 2023, tidak ada kejadian kematian ibu melahirkan karena sepsis yang terjadi pada saat semua kala persalinan.	

	2. Pemberi pelayanan persalinan normal	100%	100%	Tercapai	Berdasarkan hasil evaluasi tahun 2023, Pemberi pelayanan persalinan normal sudah mencapai standar yang artinya semua Pemberi pelayanan persalinan normal adalah Dokter Sp.OG, bidan yang sudah terlatih.
	3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tersedia	Tersedia	Tercapai	Berdasarkan hasil evaluasi tahun 2023, sudah tersedianya pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit yaitu tim PONEK yang terdiri Dokter Sp.OG, dokter umum terlatih, bidan dan perawat yang sudah terlatih, namun jumlah yang dilatih harus terus ditingkatkan.
	4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	100%	100%	Tercapai	Berdasarkan hasil evaluasi tahun 2023, pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi sudah mencapai standar.
	5. Kemampuan menangani BBLR 1500 – 2500 gr	90%	85,71 %	Tidak Tercapai	Berdasarkan hasil evaluasi tahun 2023, kemampuan menangani BBLR 1500-2500 gr belum mencapai target, karena dari 7 bayi BBLR, ada 1 bayi yang meninggal di dalam kandungan. saat datang ke rumah sakit DJJ sudah tidak terdengar.
	6. Pertolongan persalinan melalui seksio caseria	< 20%	39,52 %	Tidak Tercapai	Berdasarkan hasil evaluasi tahun 2023 pertolongan persalinan melalui seksio

					cesaria masih diatas standar yang telah ditetapkan. Hal ini disebabkan karena RSUD dr. Achmad Darwis adalah RS rujukan dari fasilitas tingkat pertama sehingga kasus persalinan yang masuk ke RSUD dr. Achmad Darwis adalah kasus yang sudah dengan penyulit yang tidak bisa ditangani di fasilitas tingkat pertama.	
	7. Kepuasan pelanggan	≥80%	96,20%	Tercapai	Berdasarkan hasil evaluasi tahun 2023, pernyataan puas pasien atas pelayanan persalinan sudah memenuhi standar.	
<b>Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan intensif yang mencapai target</b>	<b>Jumlah indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan intensif yang mencapai target</b>	<b>2 indikator</b>	<b>2 indikator</b>		<b>Dari 2 indikator target yang terealisasi sebanyak 2 indikator</b>  <b>2/2 X100 = 100%</b>	
<b>6. Jenis pelayanan Intensif</b>						
	1. Rata – rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3%	1,21%	Tercapai	Berdasarkan hasil evaluasi tahun 2023, rata – rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam mencapai indikator SPM	
	2. Pemberi pelayanan unit intensif	88%	100%	Tercapai	Berdasarkan hasil evaluasi tahun 2023, Pemberi pelayanan unit intensif mencapai indikator SPM.	

Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan radiologi yang mencapai target	Jumlah indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan radiologi yang mencapai target	4 indikator	3 indikator		Dari 4 indikator target yang terealisasi sebanyak 3 indikator  3/4 X100 = 75%	
<b>7. Jenis Pelayanan Radiologi</b>						
	1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax	≤ 3 jam	>3 jam	Tercapai	Capaian Waktu tunggu hasil pelayanan thorax tidak sesuai target, hal ini disebabkan karena banyaknya permintaan pemeriksaan diluar jam kerja, hasil rontgen dipinjam sebelum dilakukan ekspertise dan pasien yang segera dirujuk sebelum dilakukan ekspertise , akan ditingkatkan dengan melakukan monitoring evaluasi secara berkala dan berkelanjutan	
	2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen sama dr. Sp Radiologi	85%	79,54%	Tidak tercapai	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen sama dr. Sp Radiologi, belum sesuai target, hal ini disebabkan adanya film hasil rontgen yang dipinjam sebelum ekspertise dan belum dikembalikan ke Instalasi Radiologi	
	3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	≤ 2 %	1,85	Tercapai	Capaian Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	

					sudah mencapai target akan dipertahankan dan akan ditingkatkan dengan melakukan monitoring evaluasi secara berkala dan berkelanjutan	
	4. Kepuasan pelanggan	≥ 86%	88%	Tercapai	Capaian Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium (kimia darah dan darah rutin) sudah mencapai target akan dipertahankan dan akan ditingkatkan dengan melakukan monitoring evaluasi secara berkala dan berkelanjutan	
<b>Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan laboratorium patologi klinik yang mencapai target</b>	<b>Jumlah indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan laboratorium patologi klinik yang mencapai target</b>	<b>6 indikator</b>	<b>5 indikator</b>		<b>Dari 6 indikator target yang terealisasi sebanyak 5 indikator</b>  <b>5/6 X100 = 83,33%</b>	
<b>8. Jenis Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik</b>						
	1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium (kimia darah dan darah rutin)	≤ 140 menit	100%	Tercapai	Capaian Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium (kimia darah dan darah rutin) sudah mencapai target akan dipertahankan dan akan ditingkatkan dengan melakukan monitoring evaluasi secara berkala dan berkelanjutan	

	2. Pelaksana ekspertisi dr. Sp.PK	85%	86,54	Tercapai	Capaian Pelaksana ekspertisi dr. Sp.PK sudah mencapai target dan akan akan dipertahankan dan ditingkatkan dengan melakukan monitoring evaluasi secara berkala dan berkelanjutan	
	3. Kejadian kegagalan pelayanan laboratorium	0,5%	0%	Tercapai	Capaian Kejadian kegagalan pelayanan laboratorium sudah mencapai target akan dipertahankan dengan melakukan monitoring evaluasi secara berkala dan berkelanjutan	
	4. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	99,8%	98,5%	Tidak tercapai	Terdapat kesalahan pemberian hasil labor pada 1 orang tapi sudah dikonfirmasi langsung dan akan ditingkatkan dengan melakukan monitoring evaluasi secara berkala dan berkelanjutan	
	5. Kalibrasi alat laboratorium tepat waktu	80%	100%	Tercapai	Capaian Kalibrasi alat laboratorium tepat waktu sudah mencapai target akan dipertahankan dengan melakukan monitoring evaluasi secara berkala dan berkelanjutan	
	6. Kepuasan pelanggan	≥ 80%	89%	Tercapai	Capaian kepuasan pasien sudah mencapai target akan dipertahankan dan akan ditingkatkan dengan melakukan monitoring evaluasi secara berkala dan berkelanjutan	

<b>Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan rehabilitasi medik yang mencapai target</b>	<b>Jumlah indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan rehabilitasi medik yang mencapai target</b>	<b>3 indikator</b>	<b>3 indikator</b>		<b>Dari 3 indikator target yang terealisasi sebanyak 3 indikator</b>  <b>3/3 X100 = 100%</b>	
<b>9. Jenis pelayanan Rehabilitasi Medik</b>						
	1. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan	≤ 50%	0%	Tercapai	Capaian Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan sudah mencapai target dan akan dipertahankan dengan melakukan monitoring evaluasi secara berkala dan berkelanjutan	
	2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	100%	Tercapai	Capaian Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik sudah mencapai target dan akan dipertahankan dengan melakukan monitoring evaluasi secara berkala dan berkelanjutan	
	3. Kepuasan pelanggan	≥ 80%	85,83	Tercapai	Capaian kepuasan pelanggan sudah mencapai target dan akan dipertahankan dan ditingkatkan dengan melakukan monitoring evaluasi secara berkala dan berkelanjutan	
<b>Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan farmasi yang mencapai target</b>	<b>Jumlah indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan farmasi yang mencapai target</b>	<b>5 indikator</b>	<b>5 indikator</b>		<b>Dari 5 indikator target yang terealisasi sebanyak 5 indikator</b>  <b>5/5 X100 = 100%</b>	

<b>10. Jenis Pelayanan Farmasi</b>						
	1. Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 menit	13,92 menit	Tercapai	Capaian waktu tunggu pelayanan obat jadi sudah mencapai target akan dipertahankan dan akan ditingkatkan dengan melakukan monitoring evaluasi secara berkala dan berkelanjutan	
	2. Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit	20,02 menit	Tercapai	Capaian waktu tunggu pelayanan obat jadi sudah mencapai target akan dipertahankan dan akan ditingkatkan dengan melakukan monitoring evaluasi secara berkala dan berkelanjutan	
	3. Tidak adanya kesalahan pemberian obat	100%	100%	Tercapai	Capaian waktu tunggu pelayanan obat jadi sudah mencapai target akan dipertahankan dan akan ditingkatkan dengan melakukan monitoring evaluasi secara berkala dan berkelanjutan	
	4. Penulisan resep sesuai formularium	90%	90,61	Tercapai	Capaian Penulisan resep sesuai formularium sudah mencapai target akan dipertahankan dan akan ditingkatkan dengan melakukan monitoring evaluasi secara berkala dan berkelanjutan .Jadi masih ada penulisan resep diluar formularium 9,29%.	

	5. Kepuasan pelanggan	≥ 80%	86%	Tercapai	Capaian kepuasan pasien di RSUD dr.Achmad Darwis tahun 2023 sudah mencapai target.Capaian ini akan dipertahankan dan ditingkatkan dengan terus memberikan pelayanan yang terbaik untul klien(pasien dan keluarga), serta selalu melakukan monitoring evaluasi secara berkala dan berkelanjutan.	
<b>Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan gizi yang mencapai target</b>	<b>Jumlah indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan gizi yang mencapai target</b>	<b>3 indikator</b>	<b>3 indikator</b>		<b>Dari 3 indikator target yang terealisasi sebanyak 3 indikator</b>  <b>3/3 X100 = 100%</b>	
<b>11. Jenis Pelayanan Gizi</b>						
	1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90%	90%	Tercapai	Capaian Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien sudah mencapai target dan akan ditingkatkan dengan melakukan monitoring evaluasi secara berkala dan berkelanjutan	
	2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20%	1,13%	Tercapai	Capaian Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien sudah mencapai target akan dipertahankan dan akan ditingkatkan dengan melakukan monitoring evaluasi secara berkala dan berkelanjutan	

	3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%	100%	Tercapai	Capaian Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet sudah mencapai target akan dipertahankan dan akan ditingkatkan dengan melakukan monitoring evaluasi secara berkala dan berkelanjutan	
<b>Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan transfusi darah yang mencapai target</b>	<b>Jumlah indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan transfusi darah yang mencapai target</b>	<b>2 indikator</b>	<b>1 indikator</b>		<b>Dari 2 indikator target yang terealisasi sebanyak 1 indikator</b>  <b><math>1/2 \times 100 = 50\%</math></b>	
<b>12. Jenis Pelayanan Transfusi Darah</b>						
	1. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi terpenuhi	100%	100%	Tercapai	Capaian Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi terpenuhi sudah mencapai target akan dipertahankan dan akan ditingkatkan dengan melakukan monitoring evaluasi secara berkala dan berkelanjutan	
	2. Kejadian reaksi transfusi	$\leq 0,01\%$	0,5%	Tidak tercapai	Dari 443 pasien yang menerima komponen darah 2 orang mengalami reaksi transfusi. Reaksi transfusi diamati pada pasien yang menerima produk darah, reaksi transfusi dapat berupa demam, menggigil. dan akan ditingkatkan dengan melakukan monitoring evaluasi secara berkala dan berkelanjutan	

<b>Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan GAKIN yang mencapai target</b>	<b>Jumlah indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan GAKIN yang mencapai target</b>	<b>1 indikator</b>	<b>1 indikator</b>		Dari 1 indikator target yang terealisasi sebanyak 1 indikator  <b>1/1 X100 = 100%</b>	
<b>13. Jenis Pelayanan GAKIN</b>						
	1. Pelayanan terhadap pasien Gakin yang datang ke rumah sakit pada setiap unit pelayanan	100%	100%	Tercapai	Sudah tercapai sesuai standar, dimana seluruh pasien gakin sudah dilayani sesuai dengan prosedur pelayanan	
<b>Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan rekam medik yang mencapai target</b>	<b>Jumlah indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan rekam medik yang mencapai target</b>	<b>4 indikator</b>	<b>2 indikator</b>		<b>Dari 4 indikator target yang terealisasi sebanyak 2 indikator</b>  <b>2/4 X100 = 50%</b>	
<b>14. Jenis Pelayanan Rekam Medik</b>						
	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 1 x 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	85,54%	Tidak tercapai	Capaian pengisian rekam medik 1x24 jam setelah selesai pelayanan tidak tercapai karena PPA belum melengkapi rekam medis antara lain kelengkapan identitas PPA, tanda tangan PPA, waktu dan jam penulisan oleh PPA dan akan ditingkatkan dengan melakukan monitoring evaluasi secara berkala dan berkelanjutan	

	2. Kelengkapan informed consent setelah mendapat informasi yang jelas	100%	99,45 %	Tidak tercapai	Capaian kelengkapan informed consent setelah mendapat informasi yang jelas tidak tercapai karena masih ada Saksi dan Dokter yang belum menanda tangani Form Informed Consent dan akan ditingkatkan dengan melakukan monitoring evaluasi secara berkala dan berkelanjutan
	3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	Rerata $\leq$ 10 menit	8,25 menit	Tercapai	Capaian Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan sudah mencapai target dan akan ditingkatkan dengan melakukan monitoring evaluasi secara berkala dan berkelanjutan
	4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	Rerata $\leq$ 15 menit	9,75	Tercapai	Capaian Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap sudah mencapai target dan akan ditingkatkan dengan melakukan monitoring evaluasi secara berkala dan berkelanjutan
<b>Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan pengolahan limbah yang mencapai target</b>	<b>Jumlah indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan pengolahan limbah yang mencapai target</b>	<b>2 indikator</b>	<b>1 indikator</b>		<b>Dari 2 indikator target yang terealisasi sebanyak 1 indikator</b>  <b><math>1/2 \times 100 = 50\%</math></b>
<b>15. Jenis Pelayanan Pengolahan Limbah</b>					

	1. Baku mutu Limbah Cair	100 %	100 %	Tercapai	Capaian baku mutu limbah cair sudah mencapai target dan akan ditingkatkan dengan melakukan monitoring evaluasi secara berkala dan berkelanjutan
	a. BOD	<30 mg/ltr	3,44 mg/ltr		
	b. COD	<80 mg/ltr	12,4 mg/ltr		
	c. TSS	<30 mg/ltr	2,75 mg/ltr		
	d. PH	6 - 9	4,54		
	2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100%	98%	Tidak tercapai	Pengelolaan limbah padat infeksius tidak tercapai target
<b>Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan administrasi dan manajemen yang mencapai target</b>	<b>Jumlah indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan administrasi dan manajemen yang mencapai target</b>	<b>9 indikator</b>	<b>9 indikator</b>		<b>Dari 9 indikator target yang terealisasi sebanyak 9 indikator</b>  <b>9/9X100 = 100%</b>
<b>16. Jenis Pelayanan Administrasi dan Manajemen</b>					

	1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan Direksi	100%	100%	Tercapai	Setiap selesai pertemuan langsung ditindaklanjuti oleh bidang, Instalasi dan Unit terkait
	2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100%	Tercapai	Seluruh dokumen tersedia adapun waktu penyelesaiannya selama 2 bulan.
	3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%	Tercapai	Pengusulan kenaikan pangkat sudah tepat waktu
	4. Ketepatan waktu penguluan kenaikan gaji berkala	100%	100%	Tercapai	penguluan kenaikan gaji berkala sudah tepat waktu
	5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	≥ 60%	100%	Tercapai	Jml seluruh pegawai 397 orang, jumlah pegawai yang mendapat diklat 397 orang $397/397 \times 100 = 100\%$
	6. Cost Recovery	≥ 40%	59,36%	Tercapai	Cost Recovery telah melebihi target yang telah ditetapkan
	7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100%	Tercapai	Penyusunan Laporan keuangan bulanan (SPJ Fungsional Pengeluaran dan Penerimaan) bulan Oktober, November dan Desember Tahun 2023 dilaksanakan dan selesai sebelum tanggal 10 bulan Berikutnya.
	8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam	100%	Tercapai	Pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap telah dilaksanakan dalam waktu tidak melebihi dari 2 jam.
	9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	75%	100%	Tercapai	Pembayaran imbalan (insentif) dilakukan per triwulan atau 4 kali setahun dengan mempertimbangkan ketersediaan anggaran.

<b>Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan ambulance/ mobil jenazah yang mencapai target</b>	<b>Jumlah indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan ambulance/ mobil jenazah yang mencapai target</b>	<b>3 indikator</b>	<b>3 indikator</b>		Dari 3 indikator target yang terealisasi sebanyak 3 indikator  <b>3/3X100 = 100%</b>	
<b>17. Jenis pelayanan Ambulance/Mobil Jenazah</b>						
	1. Waktu pelayanan ambulance/ mobil jenazah	24 jam	24 Jam	Tercapai	Waktu pelayanan di RSUD dr. Achmad Darwis adalah 24 jam sehingga tercapai 100%	
	2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/ mobil jenazah di rumah sakit	100%	100%	Tercapai	Jumlah kecepatan ambulance dalam memberikan pelayanan adalah : - Jumlah Pelayanan = 487 layanan - Jumlah Pelayanan Rujukan = 350 layanan (244 Layanan yang kurang 30 menit dan 106 layanan max 1 jam)  Jumlah Pelayanan Jenazah = 137 layanan	
	3. Waktu tanggap pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	Maks.1 jam	1 jam	Tercapai	Waktu tanggap pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan yaitu 1 jam, dimana setiap masyarakat yang membutuhkan ambulance langsung diberikan pelayanan setelah menyelesaikan administrasinya dari 487 pelayanan ambulance 24 jam, terdapat 106 layanan tanggap pelayanan max 1 jam	

<b>Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan pemulasaran jenazah yang mencapai target</b>	<b>Jumlah indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan pemulasaran jenazah yang mencapai target</b>	<b>1 indikator</b>	<b>1 indikator</b>		<b>Dari 1 indikator target yang terealisasi sebanyak 1 indikator</b>  <b>1/1 X100 = 100%</b>	
<b>18. Jenis Pelayanan Pemulasaran Jenazah</b>						
	1. Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah	≤ 2 jam	< 2 jam	Tercapai	Capaian Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah sudah mencapai target dan akan ditingkatkan dengan melakukan monitoring evaluasi secara berkala dan berkelanjutan	
<b>Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan pemeliharaan sarana yang mencapai target</b>	<b>Jumlah indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan pemeliharaan sarana yang mencapai target</b>	<b>3 indikator</b>	<b>3 indikator</b>		Dari 3 indikator target yang terealisasi sebanyak 3 indikator  <b>3/3 X 100 = 100%</b>	
<b>19. Jenis pelayanan pemeliharaan sarana</b>						
	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≥ 80%	92,22%	Tercapai	- Jumlah laporan alat yang masuk = 180 laporan - Jumlah laporan yang ditanggapi kurang dari 15 menit = 166 laporan 166/180 X 100%= 92,22%	
	2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat	75%	87,10%	Tercapai	- Jumlah pemeliharaan alat = 566 alat	

					<p>- Jumlah pemeliharaan alat yang sesuai jadwal pemeliharaan = 493</p> <p><math>493/566 \times 100\% = 87,10\%</math></p> <p>Rumah sakit masih kekurangan tenaga ATEM untuk lebih memaksimalkan ketepatan waktu pemeliharaan alat di rumah sakit</p>	
	3. Peralatan laboratorium, elektromedik, alkes lain dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai ketentuan	75%	81,39%	Tercapai	<p>- Jumlah alat yang harus dikalibrasi = 258 alat</p> <p>- Jumlah alat yang dilakukan kalibrasi = 210 alat.</p> <p><math>210/258 \times 100\% = 81,39\%</math></p>	
<b>Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan laundry yang mencapai target</b>	<b>Jumlah indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan laundry yang mencapai target</b>	<b>2 indikator</b>	<b>2 indikator</b>		<b>Dari 2 indikator target yang terealisasi sebanyak 2 indikator</b>	
					<b><math>2/2 \times 100 = 100\%</math></b>	
<b>20. Jenis Pelayanan Laundry</b>						
	1. Tidak ada kejadian linen yang hilang	90%	100%	Tercapai	Capaian Tidak ada kejadian linen yang hilang sudah mencapai target dan akan ditingkatkan dengan melakukan monitoring evaluasi secara berkala dan berkelanjutan	

	2. Ketepatan waktu untuk penyediaan linen ruang rawat inap	85%	100%	Tercapai	Capaian Ketepatan waktu untuk penyediaan linen ruang rawat inap sudah mencapai target dan akan ditingkatkan dengan melakukan monitoring evaluasi secara berkala dan berkelanjutan	
<b>Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan PPI yang mencapai target</b>	<b>Jumlah indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan PPI yang mencapai target</b>	<b>3 indikator</b>	<b>3 indikator</b>		<b>Dari 3 indikator target yang terealisasi sebanyak 3 indikator</b>  <b>3/3 X100 = 100%</b>	
<b>21. Jenis Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)</b>						
	1. Ada anggota Tim PPI yang terlatih	75%	93,90%	Tercapai	Berdasarkan hasil evaluasi tahun 2023, anggota Tim PPI yang terlatih sudah mencapai indikator SPM	
	2. Tersedia Alat Pelindung Diri (APD) disetiap instalasi	60%	100%	Tercapai	Berdasarkan hasil evaluasi tahun 2023, Tersedia Alat Pelindung Diri (APD) disetiap instalasi sudah mencapai indikator SPM	
	3. Kegiatan surveilans infeksi nosolomial / HAI (Health Care Associated Infection) di rumah sakit	75%	100 %	Tercapai	Berdasarkan hasil evaluasi tahun 2023, Kegiatan surveilans infeksi nosolomial / HAI (Health Care Associated Infection) di rumah sakit sudah mencapai indikator SPM	
<b>Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan keamanan yang mencapai target</b>	<b>Jumlah indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan keamanan yang mencapai target</b>	<b>2 indikator</b>	<b>2 indikator</b>		Dari 2 indikator target terealisasi sebanyak 2 indikator  <b>2/2 X 100 = 100%</b>	

<b>22. Jenis Pelayanan Keamanan</b>						
	1. Petugas keamanan yang bersertifikat	100%	100%	Tercapai	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jumlah petugas keamanan = 8 orang</li> <li>- Jumlah petugas keamanan yang memiliki sertifikat dan Kartu Tanda Anggota: 8 orang</li> </ul>	
	2. Sistem Keamanan	Ada	Ada	Tercapai	Sistim pengamanan CCTV 24 jam dan 8 orang petugas keamanan	

Maka adapun perhitungan untuk persentase indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) rumah sakit yang mencapai target adalah sebagai berikut :

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah indikator SPM Rumah Sakit yang mencapai target}}{\text{Seluruh Indikator SPM Rumah Sakit}} \times 100\%$$

$$\frac{83}{93} \times 100 = 89,25\%$$

Persentase indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) rumah sakit yang mencapai target, dari target dari 83,00% terealisasi sebesar **89,25%**.

Dibawah ini adalah Capaian Kinerja Persentase Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) rumah sakit yang mencapai target dari tahu 2019 sampai dengan 2023.

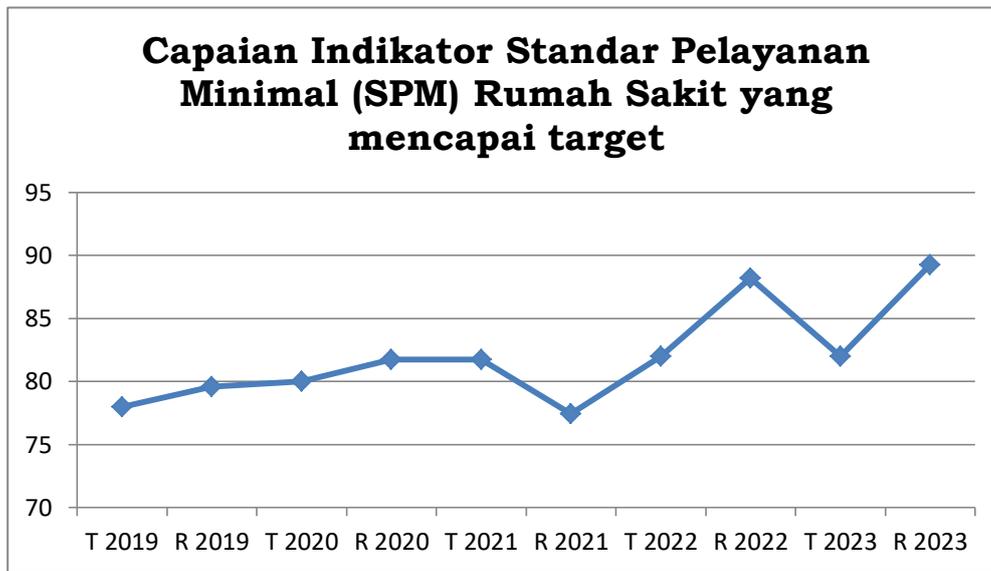
**Tabel 13**  
Capaian Persentase indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) rumah sakit yang mencapai target

No	Indikator Kinerja	Target RPJMD	T	R	T	R	T	R	T	R	T	R	Ket
			2019	2019	2020	2020	2021	2021	2022	2022	2023	2023	
1	Persentase indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) rumah sakit yang mencapai target	82,00%	78,00%	79,57%	80,00%	81,72%	81,72%	77,42%	82,00%	88,17%	82,00%	89,25%	

Adapun Grafik Capaian Kinerja Mutu Pelayanan Kesehatan sesuai Standar dari tahun 2019 – 2023 adalah sebagai berikut :

**Gambar 12**

Grafik Capaian Persentase indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) rumah sakit yang mencapai target



Dari Grafik Capaian indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) rumah sakit yang mencapai target di atas dapat dilihat bahwa Target tahun 2019 = 78,00% dengan Realisasi tahun 2019 = 79,57%, Target tahun 2020 = 80,00% dengan Realisasi tahun 2020 = 81,72%, Target tahun 2021 = 81,72% dengan Realisasi tahun 2021 = 77,42%, Target Tahun 2022 = 82,00% dengan Realisasi 88,17% dan Target Tahun 2023 sesuai dengan RPJMD tahun 2021-2026 dengan target = 82,00% dengan Realisasi 89,25%.

**c). Persentase Indikator Mutu Nasional yang mencapai target**

Untuk mengukur upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan telah ditetapkan Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan. Dalam menetapkan indikator nasional mutu pelayanan, proses yang dilakukan meliputi :

- Brainstorming dengan melibatkan pakar dan praktisi mutu untuk menetapkan kandidat indikator
- Melakukan pemilihan indikator berdasarkan kriteria dan masukan-masukan pakar
- Melakukan uji coba indikator yang ditetapkan
- Menetapkan indikator yang akan digunakan untuk pengukuran.

Berdasarkan proses penetapan indikator yang telah dilakukan, maka ditetapkan indikator indikator nasional mutu pelayanan kesehatan sebagai berikut :

1. Kepatuhan kebersihan tangan
2. Kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)
3. Kepatuhan identifikasi pasien
4. Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi (Kategori I) ≤30 menit
5. Waktu Tunggu Rawat Jalan (≤60 menit)
6. Penundaan operasi elektif
7. Kepatuhan Waktu Visite Dokter (06.00-14.00)
8. Pelaporan hasil kritis laboratorium
9. Kepatuhan penggunaan formularium nasional
10. Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)
11. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh
12. Kecepatan waktu tanggap komplain
13. Kepuasan pasien

Berikut Rincian Pencapaian Indikator Mutu Nasional :

**Tabel 14**  
Indikator Mutu Nasional  
RSUD dr. Achmad Darwis Tahun 2023

No	Indikator	Target	Realisasi	Capaian	Analisa
1	Kepatuhan Kebersihan Tangan	≥ 85 %	89,30 %	Tercapai	Capaian kepatuhan kebersihan tangan di RSUD dr. Achmad Darwis tahun 2023 sudah mencapai target nasional. Capaian ini akan dipertahankan dan ditingkatkan dengan melakukan monitoring dan evaluasi secara berkelanjutan.
2	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)	100 %	94,17 %	Tidak Tercapai	Capaian kepatuhan penggunaan alat pelindung diri (APD) di RSUD dr. Achmad Darwis tahun 2023 belum mencapai target nasional. Hal ini dikarenakan masih kurangnya kedisiplinan

					petugas dalam penggunaan APD secara tepat. Capaian perlu ditingkatkan dengan meningkatkan monitoring, evaluasi, dan koordinasi.
3	Kepatuhan Identifikasi pasien	100 %	96,20 %	Tidak Tercapai	Capaian kepatuhan identifikasi pasien di RSUD dr. Achmad Darwis tahun 2023 belum mencapai target nasional. Hal ini dikarenakan masih adanya petugas yang belum patuh melaksanakan identifikasi pasien dengan lengkap sesuai SOP. Capaian perlu ditingkatkan dengan meningkatkan monitoring, evaluasi, dan koordinasi.
4	Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi (Kategori I) ≤30 menit	≥80%	88,10 %	Tercapai	Capaian waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi di RSUD dr. Achmad Darwis tahun 2023 sudah mencapai target nasional. Capaian ini akan dipertahankan dan ditingkatkan dengan melakukan monitoring, evaluasi, dan koordinasi secara berkelanjutan
5	Waktu Tunggu Rawat Jalan (≤60 menit)	≥ 80 %	57,83%	Tidak Tercapai	Capaian waktu tunggu rawat jalan di RSUD dr. Achmad Darwis tahun 2023 belum mencapai target nasional. Capaian perlu ditingkatkan dengan meningkatkan monitoring, evaluasi, dan koordinasi. Pengefektifan penggunaan Rekam Medis Elektronik (RME) diharapkan dapat meningkatkan capaian waktu tunggu rawat jalan di RSUD dr. Achmad Darwis
6	Penundaan operasi elektif	≤ 5%	3,82 %	Tercapai	Capaian penundaan operasi elektif di RSUD dr. Achmad Darwis tahun 2023 sudah mencapai target nasional. Capaian ini akan dipertahankan

					dan ditingkatkan dengan melakukan monitoring, evaluasi, dan koordinasi secara berkelanjutan.
7	Kepatuhan Waktu Visite Dokter (06.00-14.00)	80 %	97,55 %	Tercapai	Capaian kepatuhan waktu visite dokter di RSUD dr. Achmad Darwis tahun 2023 sudah mencapai target nasional. Capaian ini akan dipertahankan dan ditingkatkan dengan melakukan monitoring, evaluasi, dan koordinasi secara berkelanjutan.
8	Pelaporan hasil kritis laboratorium	100 %	100 %	Tercapai	Capaian pelaporan hasil kritis laboratorium di RSUD dr. Achmad Darwis tahun 2023 sudah mencapai target nasional. Capaian ini akan dipertahankan dan ditingkatkan dengan melakukan monitoring, evaluasi, dan koordinasi secara berkelanjutan.
9	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	≥ 80 %	100 %	Tercapai	Capaian kepatuhan penggunaan formularium nasional di RSUD dr. Achmad Darwis tahun 2023 sudah mencapai target nasional. Capaian ini akan dipertahankan dan ditingkatkan dengan melakukan monitoring, evaluasi, dan koordinasi secara berkelanjutan.
10	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	≥ 80 %	45,45 %	Tidak Tercapai	Capaian kepatuhan terhadap alur klinis (Clinical Pathway) di RSUD dr. Achmad Darwis tahun 2023 belum mencapai target nasional. Peningkatan peran komite mutu dan komite medis perlu ditingkatkan dalam melakukan monitoring dan evaluasi terhadap alur klinis yang ada serta melakukan evaluasi terhadap pelaksanaannya.

11	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100 %	95,67 %	Tidak Tercapai	Capaian kepatuhan upaya pencegahan risiko jatuh di RSUD dr. Achmad Darwis tahun 2023 belum mencapai target nasional. Hal ini dikarenakan masih adanya petugas yang belum disiplin dalam melakukan upaya pencegahan risiko jatuh secara lengkap. Capaian perlu ditingkatkan dengan meningkatkan monitoring, evaluasi, dan koordinasi.
12	Kecepatan waktu tanggap komplain	≥ 80 %	100 %	Tercapai	Capaian kecepatan waktu tanggap komplain di RSUD dr. Achmad Darwis tahun 2023 sudah mencapai target nasional. Capaian ini akan dipertahankan dan ditingkatkan dengan melakukan monitoring dan evaluasi secara berkelanjutan, serta berupaya menanggapi semua komplain yang masuk sesuai dengan SOP
13	Kepuasan pasien	≥ 76,61 %	82,80 %	Tercapai	Capaian kepuasan pasien di RSUD dr. Achmad Darwis tahun 2023 sudah mencapai target nasional. Capaian ini akan dipertahankan dan ditingkatkan dengan terus memberikan pelayanan yang terbaik untuk klien (pasien dan keluarga), serta selalu melakukan monitoring dan evaluasi secara berkelanjutan.

Dari data diatas Persentase Capaian Kinerja Indikator Mutu Nasional pada Tahun 2023 adalah sebagai berikut :

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah Indikator Mutu Nasional yang tercapai}}{\text{Seluruh Indikator Mutu Nasional}} \times 100\%$$

$$\frac{8}{13} \times 100 = 61,54 \%$$

Jadi, Persentase Standar Indikator Mutu Nasional yang mencapai target, dari target dari 68,00% terealisasi sebesar **61,54%**.

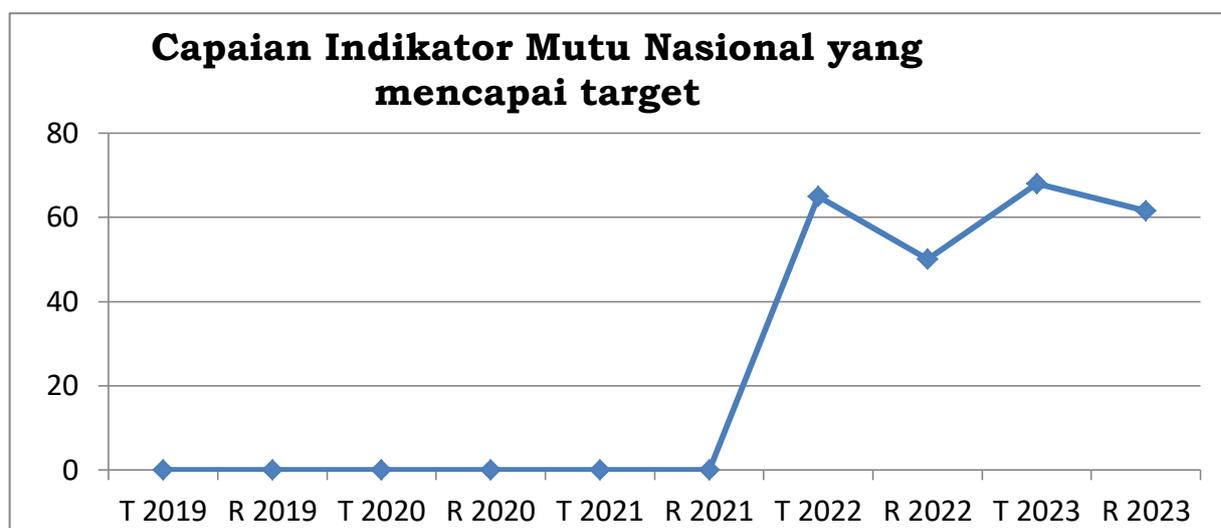
Dibawah ini adalah Capaian Kinerja Persentase Indikator Mutu Nasional rumah sakit yang mencapai target dari tahun 2019 sampai dengan 2023.

**Tabel 15**  
Capaian Persentase Indikator Mutu Nasional yang mencapai target

No	Indikator Kinerja	Target RPJMD	T	R	T	R	T	R	T	R	T	R	Ket
			2019	2019	2020	2020	2021	2021	2022	2022	2023	2023	
1	Persentase Indikator Mutu Nasional yang mencapai target	68,00%	-	-	-	-	-	-	65,00%	50,00%	68,00%	61,54%	

Adapun Grafik Capaian Indikator Mutu Nasional yang mencapai target dari tahun 2019 – 2023 adalah sebagai berikut :

**Gambar 13**  
Grafik Capaian Indikator Mutu Nasional yang mencapai target



Dari Grafik Capaian Indikator Mutu Nasional di atas dapat dilihat bahwa Target tahun 2019 sampai dengan tahun 2021 = 0% dengan Realisasi = 0% karena perhitungan pencapaian Indikator Mutu Nasional ini dimulai tahun 2022. Di tahun 2022 target = 65,00% dengan Realisasi 50,00% dan tahun 2023 target = 68,00% dengan Realisasi 61,54%.

**Tabel 16**

Program, Kegiatan dan Sub Kegiatan yang Mendukung Persentase Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit dan Indikator Mutu Nasional yang mencapai target Tahun 2023

No	Program, Kegiatan dan Sub Kegiatan	Anggaran
1	Program : Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan  Kegiatan : Advokasi, Pemberdayaan, Kemitraan, Peningkatan Peran Serta Masyarakat dan Lintas Sektor Tingkat Daerah Kabupaten/Kota  ➤ Sub Kegiatan : Peningkatan Upaya Promosi Kesehatan, Advokasi, Kemitraan dan Pemberdayaan Masyarakat	Rp. 70.000.000,00
	<b>JUMLAH</b>	<b>Rp. 70.000.000,00</b>

## 2. Meningkatnya Akuntabilitas Keuangan dan Kinerja Rumah Sakit

### a). Nilai Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (AKIP) Rumah Sakit

Indikator ini adalah hasil evaluasi Akuntabilitas Kinerja RSUD dr. Achmad Darwis oleh Inspektorat Kabupaten Lima Puluh Kota yang mana untuk Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) tahun 2023, memakai hasil evaluasi Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) tahun 2022.

Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) RSUD dr. Achmad Darwis tahun 2022 yang telah di evaluasi oleh Inspektorat Kabupaten Lima Puluh Kota memperoleh nilai **70,25%** dengan kategori **(SANGAT BAIK)**. Penilaian tersebut menunjukkan bahwa AKIP mulai terwujudnya efisiensi penggunaan anggaran dalam mencapai kinerja, memiliki sistem manajemen kinerja yang andal dan berbasis teknologi informasi, serta pengukuran kinerja telah dilakukan sampai ke level eselon 3/ koordinator. Adapun rincian hasil penilaian setiap komponen evaluasi dan Tindak Lanjut evaluasi dapat dilihat pada tabel berikut :

**Tabel 17**

Rincian Hasil Penilaian Setiap Komponen Evaluasi dan Tindak Lanjut Evaluasi

No	Rincian Penilaian Evaluasi	Tindak Lanjut
1	<p data-bbox="300 322 954 405"><u>Evaluasi atas Perencanaan Kinerja dengan nilai 24</u></p> <p data-bbox="300 421 954 504">a. Kondisi Pemenuhan Dokumen Perencanaan Kinerja dengan nilai 4,8</p> <ul data-bbox="300 519 954 1176" style="list-style-type: none"> <li>- Hasil evaluasi atas pemenuhan dokumen perencanaan kinerja diketahui bahwa Dokumen Perencanaan sudah tersedia berupa pedoman teknis perencanaan kinerja, dokumen perencanaan kinerja jangka panjang, dokumen perencanaan kinerja jangka menengah, dokumen perencanaan jangka pendek, dokumen perencanaan aktivitas yang mendukung kinerja dan dokumen perencanaan anggaran yang mendukung kinerja, namun SOP pedoman pelaksanaan SAKIP (SOP Renstra) belum ada</li> </ul> <p data-bbox="300 1243 954 1326">b. Kondisi Kualitas Perencanaan Kinerja dengan nilai 7,2</p> <ul data-bbox="300 1344 954 2000" style="list-style-type: none"> <li>- Hasil evaluasi atas kualitas perencanaan kinerja diketahui bahwa : Walaupun sudah ada crosscutting yang menggambarkan informasi tentang hubungan kinerja, strategi, kebijakan dan aktivitas antar bidang/dengan tugas dan fungsi lain yang saling berkaitan untuk crosscutting antar bidang dan untuk aktivitas antar OPD secara rinci sudah bisa dilihat dari Peta Proses Bisnis, namun perlu juga disusun bentuk diagram crosscutting yang khusus menampilkan sasaran dan program yang</li> </ul>	<ul data-bbox="986 519 1465 1077" style="list-style-type: none"> <li>- Rekomendasi hasil evaluasi LKjIP dari inpektorat adalah membuat SOP Pedoman Pelaksanaan SAKIP (SOP Renstra). Pada Tahun 2023 RSUD dr. Achmad Darwis sudah membuat SOP Renstra yang memuat cara pembuatan perencanaan, perjanjian, pengukuran, pengelolaan data, pelaporan dan evaluasi kinerja.</li> </ul> <p data-bbox="986 1294 1465 2000">Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 2019 Tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 Tentang Perangkat Daerah, yang menyatakan RSUD dr. Achmad Darwis merupakan Organisasi bersifat khusus dari Dinas Kesehatan. Sebagai unit organisasi bersifat khusus, RSUD memiliki otonomi dalam pengelolaan keuangan dan barang milik Daerah serta</p>

No	Rincian Penilaian Evaluasi	Tindak Lanjut
	saling berhubungan/terintegrasi antar OPD.	bidang kepegawaian. Hal ini juga sesuai dengan Peraturan Bupati Nomor 110 Tahun Tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas Dan Fungsi Serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah dr. Achmad Darwis Kabupaten Lima Puluh Kota.
	<p>c. Kondisi Pemanfaatan Perencanaan Kinerja dengan nilai 12</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hasil evaluasi atas kualitas perencanaan kinerja diketahui bahwa : Realisasi Rencana aksi sudah ada dan sudah dipantau secara berkala namun pelaksanaan monev tersebut belum teradministrasi dengan baik.</li> </ul> <p>2 <u>Evaluasi atas Pengukuran Kinerja dengan nilai 18</u></p> <p>a. Kondisi Pemenuhan Dokumen Pengukuran Kinerja dengan nilai 3,6 Hasil evaluasi atas Pengukuran Kinerja diketahui bahwa :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- SOP Pengukuran Kinerja belum ada</li> </ul> <p>b. Kondisi Kualitas Pengukuran Kinerja dengan nilai 5,4 Hasil evaluasi atas Pengukuran Kinerja diketahui bahwa :</p>	<p>- Tahun 2023 RSUD dr. Achmad Darwis sudah melaksanakan monitoring evaluasi tentang realisasi rencana aksi dan sudah terdokumentasi dengan baik.</p> <p>- RSUD dr. Achmad Darwis sudah membuat SOP Pengukuran dan pengumpulan di Tahun 2023.</p>

No	Rincian Penilaian Evaluasi	Tindak Lanjut
c.	<p>Kondisi Pemanfaatan Pengukuran Kinerja dengan nilai 9</p> <p>Hasil evaluasi atas pemanfaatan pengukuran kinerja diketahui bahwa :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pengukuran Kinerja belum menjadi dasar dalam penempatan/penghapusan Jabatan baik struktural maupun fungsional.</li> <li>- Pengukuran kinerja belum mempengaruhi penyesuaian (Refocusing) Organisasi.</li> <li>- Pengukuran Kinerja belum menjadi dasar dalam penyesuaian (pemberian/pengurangan) tunjangan kinerja.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pengumpulan dan pengukuran capaian kinerja di tahun 2023 sudah memanfaatkan teknologi informasi dengan menggunakan aplikasi E-Kinerja</li> <li>- Tahun 2023, RSUD sudah melakukan pengukuran kinerja dan sudah dijadikan sebagai dasar penyesuaian tunjangan kinerja, hal ini terlihat dari persentase penerimaan tunjangan kinerja yang tidak selalu 100%.</li> </ul>
3.	<p><u>Evaluasi atas Pelaporan Kinerja dengan nilai 11,25</u></p> <p>a. Kondisi Pemenuhan Pelaporan Kinerja dengan nilai 2,4</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hasil evaluasi atas pemenuhan pelaporan kinerja diketahui bahwa sudah terdapat dokumen laporan yang menggambarkan kinerja, telah disusun secara berkala, telah diformalkan, telah direviu, telah dipublikasikan dan telah disampaikan tepat waktu.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Di tahun 2023 Hasil evaluasi atas pemenuhan pelaporan kinerja sudah terdapat dokumen laporan yang menggambarkan kinerja, telah disusun secara berkala, telah</li> </ul>

No	Rincian Penilaian Evaluasi	Tindak Lanjut
	<p>b. Kondisi Kualitas Pelaporan Kinerja dengan nilai 3,6</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hasil evaluasi atas kualitas pelaporan kinerja diketahui bahwa : Dokumen Laporan Kinerja telah menginfokan kualitas atas capaian kinerja namun belum menampilkan upaya nyata dan/atau hambatannya dalam bentuk analisa keberhasilan dan kegagalan.</li> </ul> <p>c. Kondisi Pemanfaatan Pelaporan Kinerja dengan nilai 5,25</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hasil evaluasi atas pemanfaatan pelaporan kinerja diketahui bahwa Pelaporan kinerja sudah memberikan dampak yang besar dalam penyesuaian strategi/kebijakan dalam mencapai kinerja berikutnya berupa informasi dalam laporan kinerja selalu menjadi perhatian utama pimpinan, penyajian informasi dalam laporan kinerja menjadi kepedulian seluruh pegawai, informasi dalam laporan kinerja telah digunakan dalam penyesuain aktivitas untuk mencapai kinerja.</li> </ul>	<p>diformalkan, telah direviu, telah dipublikasikan dan telah disampaikan tepat waktu.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tahun 2023 Dokumen Laporan Kinerja telah menginfokan kualitas atas capaian kinerja dan untuk tahun berikutnya akan menampilkan upaya nyata dan/atau hambatannya dalam bentuk analisa keberhasilan dan kegagalan.</li> <li>- Di Tahun 2023 Hasil evaluasi atas pemanfaatan pelaporan kinerja diketahui bahwa Pelaporan kinerja sudah memberikan dampak yang besar dalam penyesuaian strategi/kebijakan dalam mencapai kinerja berikutnya</li> </ul>

No	Rincian Penilaian Evaluasi	Tindak Lanjut
4.	<p>Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Internal dengan nilai 17</p> <p>a. Kondisi Pemenuhan Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Internal dengan nilai 3 Hasil evaluasi atas pemenuhan evaluasi akuntabilitas kinerja internal diketahui bahwa :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Belum ada pedoman/ SOP Evaluasi AKIP</li> </ul> <p>b. Kondisi Kualitas Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Internal dengan nilai 5,25 Hasil evaluasi atas kualitas evaluasi akuntabilitas kinerja internal diketahui bahwa :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Internal belum menggunakan Teknologi Informasi</li> </ul> <p>c. Kondisi Pemanfaatan Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Internal dengan nilai 8,75 Hasil evaluasi atas pemanfaatan evaluasi akuntabilitas kinerja internal diketahui bahwa :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masih terdapat rekomendasi yang masih dalam proses tindak lanjut berupa Monitoring Realisasi Rencana Aksi belum diadministrasikan secara baik serta SOP Mekanisme Monitoring Kinerja secara periodik.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- RSUD dr. Achmad Darwis sudah membuat SOP Evaluasi AKIP di Tahun 2023.</li> <li>- Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Internal belum menggunakan Teknologi Informasi</li> <li>- Tahun 2023, RSUD dr. Achmad Darwis sudah melakukan monitoring kinerja secara periodik sesuai SOP Mekanisme Monitoring Kinerja.</li> </ul>

Berikut Capaian Nilai Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (AKIP) dari tahun 2019 -2023.

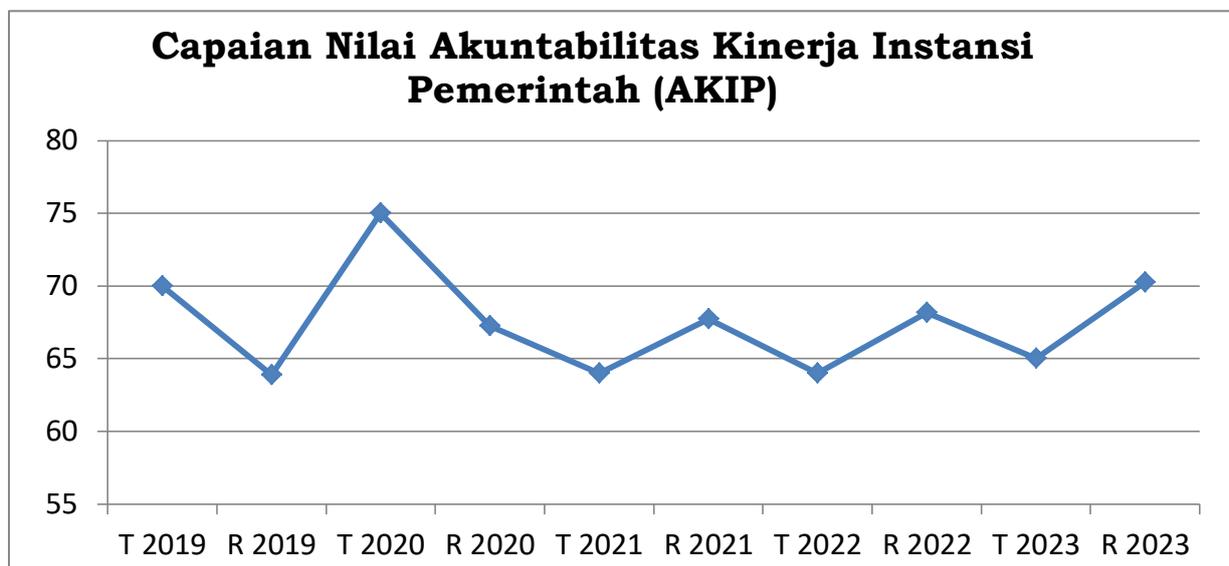
**Tabel 18**  
Capaian Nilai Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (AKIP)

No	Indikator Kinerja	Target RPJMD	T	R	T	R	T	R	T	R	T	R	Ket
			2019	2019	2020	2020	2021	2021	2022	2022	2023	2023	
1	Nilai AKIP Rumah Sakit	64,00%	70,00%	63,89%	75,00%	67,25%	64,00%	67,74%	64,00%	68,18%	65,00%	70,25%	

Adapun Grafik Capaian Kinerja Akuntabilitas Keuangan dan Kinerja Rumah Sakit dari tahun 2019 – 2023 adalah sebagai berikut :

**Gambar 14**

Grafik Capaian Kinerja Akuntabilitas Keuangan dan Kinerja Rumah Sakit



Dari Grafik Capaian Kinerja Kualitas Layanan Rumah Sakit di atas dapat dilihat bahwa Target tahun 2019 = 70,00% dengan Realisasi = 63,89%, Target tahun 2020 = 75,00% dengan Realisasi = 67,25%, Target tahun 2021 = 64,00% dengan Realisasi 67,74%, Target tahun 2022 = 64,00% dengan Realisasi 68,18% dan Target Tahun 2023 sesuai dengan RPJMD tahun 2021-2026 dengan target = 65,00% dengan Realisasi 70,25%.

### b). Nilai Indeks Reformasi Birokrasi (IRB) Rumah Sakit

Penilaian Indeks Reformasi Birokrasi ini baru di tergetkan di tahun 2022. Hasil Evaluasi Penilaian Mandiri Pelaksanaan Reformasi Birokrasi (PMPRB) RSUD dr. Achmad Darwis Tahun 2023 adalah sebagai berikut : Bobot PMPRB yaitu 36,30 dan Bobot Hasil Evaluasi 34,44, maka persentasenya **94,87%**.

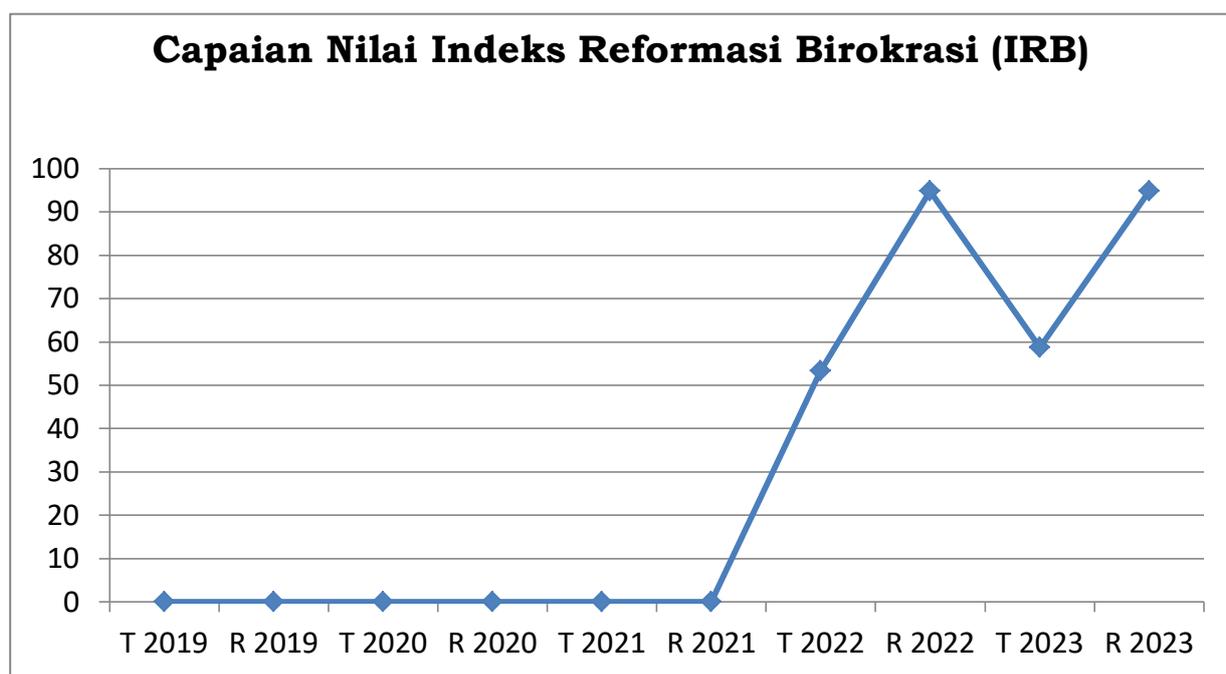
Berikut Capaian Nilai Indeks Reformasi Birokrasi (IRB) Rumah Sakit dari tahun 2019 -2023.

**Tabel 19**  
Capaian Nilai Indeks Reformasi Birokrasi (IRB) Rumah Sakit

No	Indikator Kinerja	Target RPJMD	T	R	T	R	T	R	T	R	T	R	Ket
			2019	2019	2020	2020	2021	2021	2022	2022	2023	2023	
1	Nilai IRB Rumah Sakit	53,33%	-	-	-	-	-	-	53,33%	94,85%	58,75%	94,87%	

Adapun Grafik Capaian Kinerja Akuntabilitas Keuangan dan Kinerja Rumah Sakit dari tahun 2019 – 2023 adalah sebagai berikut :

**Gambar 15**  
Grafik Nilai Indeks Reformasi Birokrasi (IRB) Rumah Sakit



Dari Grafik Nilai Indeks Reformasi Birokrasi (IRB) Rumah Sakit di atas dapat dilihat bahwa Target tahun 2018 sampai dengan tahun 2021 = 0% dengan Realisasi = 0% karena perhitungan pencapaian Indikator Mutu Nasional ini dimulai tahun 2022. Pada tahun 2022 target = 53,33% dengan Realisasi 94,85% dan Tahun 2023 target = 58,75% dengan Realisasi 94,87%.

### **c). Nilai Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) Rumah sakit**

Pelayanan publik yang dilakukan oleh aparatur pemerintah saat ini dirasakan belum memenuhi harapan masyarakat. Hal ini dapat diketahui dari adanya berbagai keluhan masyarakat atas kinerja pelayanan yang diberikan oleh petugas RSUD dr.Achmad Darwis baik pelayanan di rawat jalan, administrasi, laboratorium, farmasi, IGD maupun rawat inap, yang disampaikan secara tertulis maupun secara lisan.

Dalam rangka meningkatkan kualitas penyelenggaraan pelayanan kepada masyarakat menuju pelayanan prima, maka RSUD dr.Achmad Darwis berupaya meningkatkan kinerja pelayanan. Untuk menilai seberapa bagus kualitas pelayanan yang diberikan maka perlu dilakukan pengukuran tingkat kepuasan masyarakat di RSUD dr.Achmad Darwis.

Hasil penyusunan Survey Kepuasan Masyarakat ini akan dijadikan sebagai bahan penilaian terhadap unsur-unsur pelayanan yang masih perlu perbaikan dan sekaligus berfungsi sebagai pendorong bagi rumah sakit sebagai penyelenggara pelayanan untuk meningkatkan kualitas pelayanannya.

Dari survey yang dilakukan maka didapatkan nilai SKM sebesar 3,32 yang berada dalam Nilai Rata-Rata (NRR) per unsur 3,06-3,53. Sehingga di dapatkan nilai IKM (Indeks Kepuasan Masyarakat) sebesar **82,89** dengan Nilai Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) antara 76,61 – 88,30. Angka ini menunjukkan bahwa Mutu Pelayanan yang diberikan di RSUD dr. Achmad Darwis mendapatkan nilai B yang berarti Kinerja Unit Pelayanan “**Baik**”. Bila dibandingkan dengan hasil survey Semester I tahun 2023 dimana nilai IKM RSUD dr.Achmad Darwis adalah 82,71 terdapat peningkatan nilai hal ini tentu saja berdampak terhadap mutu pelayanan yang dirasakan oleh masyarakat.

Capaian Nilai Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) Rumah sakit dari tahun 2019 sampai dengan 2023 dapat dilihat pada tabel berikut.

**Tabel 20**

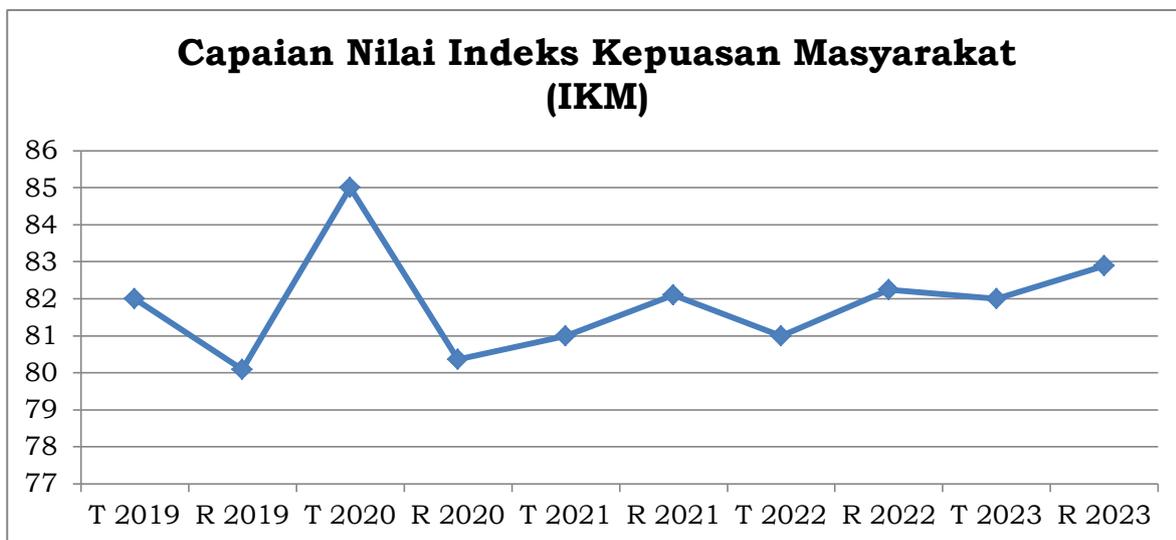
Capaian Nilai Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) Rumah sakit

No	Indikator Kinerja	Target RPJMD	T	R	T	R	T	R	T	R	T	R	Ket
			2019	2019	2020	2020	2021	2021	2022	2022	2023	2023	
1	Nilai IKM Rumah Sakit	82,00%	82,00%	80,08%	85,00%	80,36%	81,00%	82,10%	81,00%	82,24%	82,00%	82,89%	

Adapun Grafik Capaian Nilai Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) Rumah sakit dari tahun 2019 – 2023 adalah sebagai berikut :

**Gambar 16**

Grafik Capaian Nilai Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) Rumah sakit



Dari Grafik Capaian Kinerja Kualitas Layanan Rumah Sakit di atas dapat dilihat bahwa Target tahun 2019 = 82,00% dengan Realisasi = 80,08%, Target tahun 2020 = 85,00% dengan Realisasi = 80,36%, Target tahun 2021 = 81,00% dengan Realisasi = 82,10%, Target Tahun 2022 = 81,00% dengan Realisasi 82,24%. dan di Target Tahun 2023 sesuai dengan RPJMD tahun 2021-2026 dengan target = 82,00% dengan Realisasi 82,89%.

### **Analisis Hasil Survey Kepuasan Masyarakat**

Data yang diambil yaitu data primer, melalui kuesioner. Sampel yang diambil berjumlah 568 responden ( dengan mempedomani tabel Morgan dan Krejcie). Pengisian dilakukan dengan tatap muka langsung. Kuesioner diisi langsung oleh responden.

Perhitungan dan pengolahan Data pengolahan Survey Kepuasan Masyarakat :

#### ❖ **Penyusunan Kuesioner**

Dalam penyusunan SKM digunakan kuesioner sebagai alat bantu pengumpulan data kepuasan masyarakat penerima pelayanan yang disusun berdasarkan tujuan survey terhadap tingkat kepuasan masyarakat, adapun bentuk keusioner dibagi atas 2 (dua) bagian, yaitu :

- a. Identitas masyarakat/responden, meliputi nomor urut, usia, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan, yang berguna untuk menganalisa profil respondendalam penilaianny terhadap unit pelayanan publik;
- b. Pendapat responden tentang pelayanan publik yang meliputi pertanyaan dan pilihan jawaban dari penerima pelayanan/responden terhadap unsur-unsurpelayanan yang dinilai;

#### ❖ **Nilai Persepsi Jawaban Kuesioner**

Bentuk jawaban pertanyaan dari setiap unsure pelayanan secara umum mencerminkan tingkat kualitas pelayanan. Yaitu dari yang sangat baik sampai dengan tidak baik.

Untuk kategori *tidak baik* diberi nilai persepsi 1, *kurang baik* diberi nilai persepsi 2, *baik* diberi nilai persepsi 3, *sangat baik* diberi nilai persepsi 4.

Contoh : Penilaian terhadap unsur prosedur pelayanan.

- a. Diberi nilai 1 (Buruk/tidak ada/tidak mudah/ tidak sesuai/tidak cepat/ tidak mampu/tidak sopan) apabila pelaksanaan prosedur pelayanan tidak sederhana, alurnyatidak mudah, loket terlalu banyak, sehingga prosesnya tidak efektif.
- b. Diberi nilai 2 (Cukup / ada tetapi / kurang mudah / kurang sesuai /kurang cepat/ kurang mampu/ kurang sopan) apabila pelaksanaan prosedur pelayanan masih belum mudah, sehingga prosesnya belum efektif.
- c. Diberi nilai 3 (Baik/Berfungsi/sesuai/mudah/cepat/sopan) apabila pelaksanaan prosedur pelayanan dirasa mudah, sederhana, tidak berbelit-belit tetapi masih perlu diefektifkan.
- d. Diberi nilai 4 (Sangat baik/sangat mudah/sangat sesuai/sangat cepat/sangat kompeten/sangat sopan) apabila pelaksanaan prosedur

pelayanan dirasa sangat mudah, sangat sederhana, sehingga prosesnya mudah dan efektif.

#### ❖ **Pengisian Kuesioner**

Pengisian kuesioner dapat dilakukan dengan salah satu dari kemungkinan dua cara sebagai berikut :

- a. Dilakukan sendiri oleh penerima layanan dan hasilnya dikumpulkan ditempat yang telah disediakan. Dengan cara ini sering terjadi, penerima layanan kurang aktif melakukan pengisian sendiri walaupun sudah ada himbauan dari unit pelayanan yang bersangkutan.
- b. Dilakukan oleh pencacah melalui wawancara oleh :
  1. Unit pelayanan sendiri, walaupun sebenarnya dengan cara ini hasilnya kemungkinan besar akan subyektif, karena dikhawatirkan jawaban yang kurang baik mengenai instansinya akan mempengaruhi obyektifitas penilaian.
  2. Untuk mengurangi subyektifitas hasil penyusunan indeks, dapat melibatkan unsur pengawasan atau sejenisnya yang terkait.
  3. Unit independen yang sudah berpengalaman, baik untuk tingkat Pusat, Provinsi maupun Kabupaten/Kota. Independensi ini perlu ditekankan untuk menghindari jawaban yang subyektif. Unit independen dapat terdiri dari unsur instansi terkait misalnya Badan Pusat Statistik (BPS) atau Perguruan Tinggi (Pakar) atau Lembaga Swadaya Masyarakat, Pelaku Usaha, Pihak ketiga lainnya atau kombinasi diantara unit tersebut.

#### ❖ **Perhitungan Nilai Rata-rata Tertimbang (NRR)**

Nilai SKM dihitung dengan menggunakan “nilai rata-rata tertimbang” masing-masing unsur pelayanan. Dalam penghitungan indeks SKM terhadap 9 unsur pelayanan yang dikaji, setiap unsur pelayanan memiliki penimbang yang sama dengan rumus yaitu bobot nilai rata-rata tertimbang = jumlah bobot dibagi jumlah unsur yaitu  $1/9=0,111$ .

$$\text{Nilai rata-rata penimbang} \quad : \quad \frac{\text{Jumlah Bobot}}{\text{Jumlah Unsur}} \times 1/9 = 0,111$$

### ❖ **Perhitungan Nilai SKM**

Untuk memperoleh nilai SKM unit pelayanan, digunakan nilai rata-rata tertimbang dengan rumus:

$$\text{IKM} = \frac{\text{Total nilai persepsi per unsur} \times \text{Nilai rata-rata tertimbang}}{\text{Total Unsur yang terisi}}$$

Untuk memudahkan interpretasi terhadap penilaian IKM yaitu antara 25 - 100 maka hasil penilaian tersebut di atas dikonversikan dengan nilai dasar 25, dengan rumus sebagai berikut:

$$\text{IKM Unit Pelayanan} \times 25$$

### ❖ **Kategori Nilai Hasil SKM dalam Bentuk Mutu Pelayanan**

Hasil SKM dalam bentuk nilai IKM disajikan dalam bentuk mutu pelayanan dan kinerja unit pelayanan dengan kategori sebagai berikut:

**Tabel 21**

Nilai persepsi, Nilai Rata-Rata per Unsur, Nilai IKM, mutu pelayanan dan kinerja unit pelayanan

Nilai persepsi	NRR Per Unsur	Nilai IKM	Mutu pelayanan	Kinerja unit pelayanan
1	1,00 – 2,59	25,00 – 64,99	D	Tidak baik
2	2,60 – 3,06	65,00 – 76,60	C	Kurang baik
3	3,06 – 3,53	76,61 – 88,30	B	Baik
4	3,53 – 4,00	88,31 – 100	A	Sangat baik

### **Deskripsi Hasil Analisis**

#### ❖ **Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin**

Jenis kelamin pada 568 orang responden dapat memberikan informasi kelompok mana yang dominan sehingga peningkatan kualitas pelayanan dapat dirancang dan diarahkan sesuai jenis kelamin yang dominan. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin dapat dilihat pada tabel 2 di bawah ini.

**Tabel 22**

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

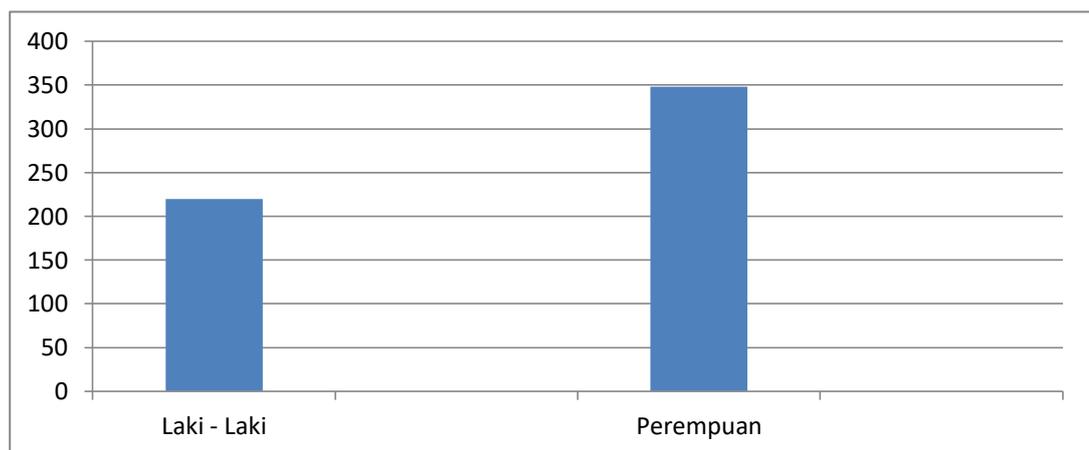
NO	Kategori Jenis Kelamin	Jumlah	
		Jumlah	(%)
1	Laki-laki	220	39

2	Perempuan	348	61
	<b>Jumlah</b>	568	100

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa responden perempuan dominan sebagai pengguna jasa pada RSUD dr. Achmad Darwis yaitu sebanyak 348 orang (61%) sedangkan responden laki-laki sebanyak 220 orang (39%).

**Gambar 17**

Grafik Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin



❖ **Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan**

**Tabel 23**

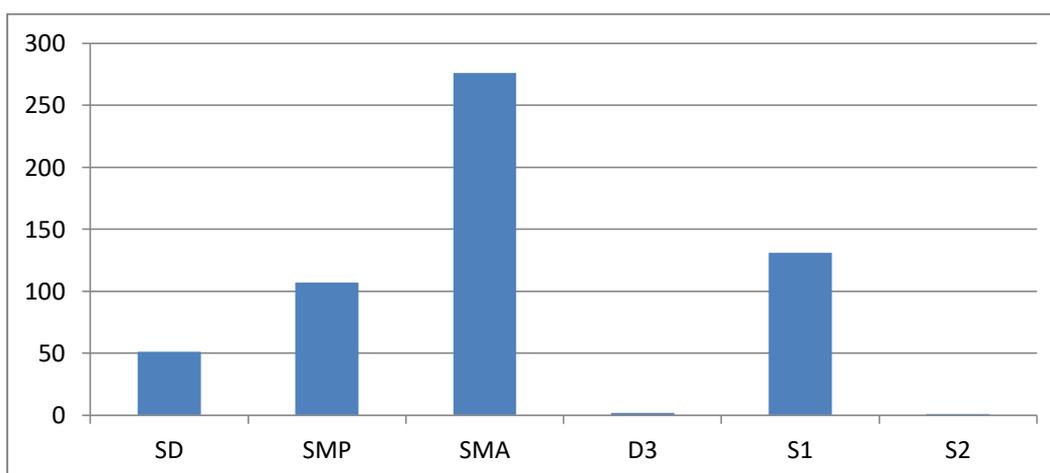
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan

No	Tingkat Pendidikan	Jumlah	(%)
1	<b>SD</b>	51	8,98
2	<b>SMP</b>	107	18,84
3	<b>SMA</b>	276	48,59
4	<b>D3</b>	2	0,35
5	<b>S1</b>	131	23,06
6	<b>S2</b>	1	0,18
	<b>Jumlah</b>	<b>568</b>	<b>100</b>

Dari Tabel diatas dapat dilihat bahwa responden terbanyak yaitu tingkat pendidikan SLTA yaitu 48,59%, diikuti dengan kelompok pendidikan S1 yaitu 23,06%.

**Gambar 18**

Grafik Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan



❖ **Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan**

**Tabel 24**

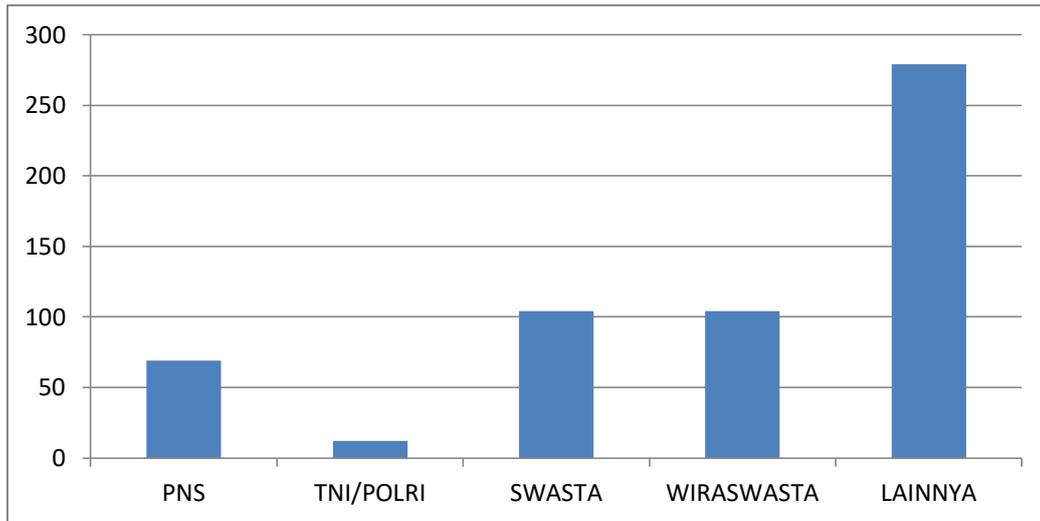
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan

No	Jenis Pekerjaan	Jumlah	%
1	PNS	69	12,15
2	TNI/POLRI	12	2,11
3	Swasta	104	18,31
4	Wiraswasta	104	18,31
5	Lainnya	279	49,12
Jumlah		568	100

Berdasarkan tabel di atas dapat disimpulkan bahwa mayoritas responden dengan status pekerjaan lainnya seperti petani, pedagang, pelajar dan sebagainya. Sedangkan minoritas responden yaitu dengan status pekerjaan sebagai TNI/POLRI. Pekerjaan responden bermanfaat dalam memahami kemampuan ekonomi dan ekpektasi serta persepsi masyarakat pengguna jasa layanan RSUD dr.Achmad Darwis Kabupaten Lima Puluh Kota.

**Gambar 19**

Grafik Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan



❖ **Hasil Perhitungan IKM (Indeks Kepuasan Masyarakat)**

Analisis data survey kepuasan masyarakat di RSUD dr. Achmad Darwis dilakukan dengan sistem pengolahan data secara komputerisasi pada microsoft excel. Hasil perhitungan tersebut dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

**Tabel 25**

Hasil Penilaian Survey Kepuasan Masyarakat Per Unsur di RSUD dr. Achmad Darwis Semester II Tahun 2023

Nomor	Unsur pelayanan	Nilai/Unsur	IKM/Unsur	Kinerja
U1	Persyaratan	3,25	81,21	Baik
U2	Prosedur	3,23	80,85	Baik
U3	Waktu pelayanan	3,15	78,65	Baik
U4	Biaya/tarif	3,63	90,71	Sangat Baik
U5	Produk layanan	3,24	80,90	Baik
U6	Kompetensi pelaksana	3,29	82,31	Baik
U7	Prilaku pelaksana	3,33	83,32	Baik

U8	Sarana dan prasarana	3,19	79,67	Baik
U9	Penanganan pengaduan, saran dan masukan	3,57	89,13	Sangat Baik
<b>Hasil SKM / Nilai SKM SMT II Tahun 2023</b>		<b>3,32</b>	<b>82,89</b>	<b>BAIK</b>
<b>Hasil SKM / Nilai SKM SMT I Tahun 2023</b>		<b>3,31</b>	<b>82,71</b>	<b>BAIK</b>

Berdasarkan jumlah / hasil SKM Semester I ( 82,71) dan Semester II tahun 2023 (82,89), nilai IKM berada pada kategori nilai B (BAIK) yaitu pada angka 76,61 – 88,30. Hal ini menunjukkan mutu pelayanan RSUD dr. Achmad Darwis sudah baik. Selain itu, perlu adanya perhatian dari manajemen rumah sakit untuk mengantisipasi penurunan tingkat Survey Kepuasan Masyarakat (SKM) dan perbaiki kinerja pelayanan yang lebih baik lagi kedepan agar kualitas pelayanan yang diukur dengan IKM dapat terus meningkat dari tahun ke tahun.

#### ❖ **Pembahasan**

Semua unsur yang terkandung dalam kuesioner dapat dijadikan acuan untuk melihat sistem pelayanan dan secara rinci dapat dijadikan suatu pedoman perbaikan kinerja. Sehingga dari indeks per unsur ini dapat digunakan untuk melihat kekurangan dari sistem di suatu unit kerja, keluhan masyarakat, hal-hal yang harus diutamakan, unsur yang harus ditingkatkan dan harus dipertahankan. Terdapat dua hal penting yang harus diutamakan dalam memaksimalkan kinerja di sektor pelayanan publik yaitu :

- a. Indikator efisiensi, dapat dilihat dari mudahnya prosedur pelayanan yang dapat dipahami oleh masyarakat, kecepatan pelayanan dan biaya yang terjangkau oleh masyarakat.
- b. Indikator sufisiensi, dapat dilihat dari bagaimana menyikapi keluhan dari masyarakat dan pelayanan yang ada memang dibutuhkan oleh masyarakat.

Berdasarkan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 16 tahun 2014 tentang Pedoman Survei Kepuasan Masyarakat terhadap Penyelenggaraan Pelayanan Publik, memuat 9 unsur pelayanan yang harus diukur, yaitu :

1. Persyaratan  
Dari hasil penelitian unsur persyaratan dengan nilai rata-rata 3,25 (IKM = 81,21) masuk dalam kategori Baik.
2. Sistem, Mekanisme dan Prosedur  
Dari hasil penelitian unsur system, mekanisme dan prosedur dengan nilai rata-rata 3,23 (IKM = 80,85) masuk dalam kategori Baik.
3. Waktu Penyelesaian  
Dari hasil penelitian unsur waktu penyelesaian dengan nilai rata-rata 3,15 (IKM = 78,65) masuk dalam kategori Baik.
4. Biaya/Tarif  
Dari hasil penelitian unsur biaya/tarif dengan nilai rata-rata 3,63 (IKM = 90,71) masuk dalam kategori Sangat Baik.
5. Produk Spesifikasi Jenis Pelayanan  
Dari hasil penelitian unsur produk spesifikasi jenis pelayanan dengan nilai rata-rata 3,24 (IKM = 80,90) masuk dalam kategori Baik.
6. Kompetensi Pelaksana  
Dari hasil penelitian unsur kompetensi pelaksana dengan nilai rata-rata 3,29 (IKM = 82,31) masuk dalam kategori Baik.
7. Perilaku Pelaksana  
Dari hasil penelitian unsur perilaku pelaksana dengan nilai rata-rata 3,33 (IKM = 83,32) masuk dalam kategori Baik.
8. Maklumat Pelayanan  
Dari hasil penelitian unsur maklumat pelayanan dengan nilai rata-rata 3,19 (IKM = 79,67) masuk dalam kategori Baik.
9. Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan  
Dari hasil penelitian unsur penanganan pengaduan, saran dan masukan dengan nilai rata-rata 3,57 (IKM = 89,13) masuk dalam kategori Sangat Baik.

❖ **Rencana Tindak Lanjut**

**Tabel 26**  
Rencana Tindak Lanjut

No	Unsur Pelayanan	Rencana Tindak Lanjut
1.	Persyaratan Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meningkatkan informasi kepada masyarakat tentang syarat-syarat yang harus disiapkan saat akan berobat melalui media informasi yang ada.</li> <li>- Dilakukan pembinaan berkala kepada semua lini untuk dapat terus meningkatkan kualitas pelayanan dengan target semua unsur dapat bernilai sangat baik.</li> </ul>
2.	System Mekanisme dan Prosedur	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meningkatkan kualitas pelayanan dan penerapan pemberian pelayanan sesuai standar operasional prosedur yang berlaku.</li> <li>- Merevisi standar operasional prosedur sesuai kebutuhan.</li> <li>- Melakukan monev ketaatan karyawan dalam penerapan standar operasional prosedur ketepatan waktu.</li> </ul>
3.	Waktu Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peningkatan sosialisasi registrasi online</li> <li>- Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap prosedur waktu tunggu pelayanan dirawat jalan dan farmasi</li> <li>- Melakukan pengawasan yang konsisten tentang pelayanan sesuai standar pelayanan.</li> <li>- Memberikan punishmen / sanksi bagi petugas yang tidak disiplin dengan jadwal kerja.</li> </ul>

4.	Biaya / Tarif	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Merevisi peraturan tentang tarif pelayanan sesuai peraturan yang berlaku dan mempertimbangkan ekonomi atau daya beli Masyarakat bila ada pelayanan di RSUD dr. Achmad Darwis yang belum masuk ke dalam tarif layanan rumah sakit.</li> </ul>
5.	Produk Spesifikasi Jenis Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan sosialisasi mengenai produk layanan yang ada di rumah sakit</li> <li>- Petugas memberikan informasi, edukasi kepada pasien sebelum melaksanakan pelayanan</li> <li>- Meningkatkan kualitas pelayanan dengan terus meningkatkan produk layanan sesuai kebutuhan masyarakat.</li> </ul>
6.	Kompetensi Pelaksana	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peningkatan motivasi dan pengembangan kompetensi pegawai berdasarkan kebutuhan disetiap unit yang ada di rumah sakit, seperti pelatihan-pelatihan yang dibutuhkan</li> <li>- Meningkatkan kualitas SDM petugas melalui pendidikan dan pelatihan yang komprehensif.</li> </ul>
7.	Prilaku Pelaksana	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Slogan senyum, sapa dan salam ditingkatkan untuk semua pelaksana pelayanan.</li> <li>- Komunikasi therapeutik lebih di tingkatkan.</li> <li>- Melakukan monev dan menegakkan reward dan punishmen kepada semua pelaksana.</li> </ul>

8.	Kualitas Sarana dan Prasarana	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit</li> <li>- Meningkatkan anggaran untuk pemeliharaan sarana dan prasarana pelayanan.</li> <li>- Menyediakan sarana dan prasarana sesuai kebutuhan dan kenyamanan pelanggan.</li> <li>- Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap sarana dan prasarana rumah sakit</li> </ul>
9.	Penanganan Pengaduan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memfungsikan ruangan pengaduan sesuai dengan standar kompetensi</li> <li>- Meningkatkan SDM petugas pengaduan</li> <li>- Memberikan pelatihan khusus terkait service Excelent</li> </ul>

Adapun kegiatan tahun 2023 yang mendukung keberhasilan untuk meningkatnya Akuntabilitas Keuangan dan kinerja rumah sakit adalah sebagai berikut :

**Tabel 27**

Program, Kegiatan, Sub Kegiatan yang Mendukung Nilai Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (AKIP) , Nilai Indeks Reformasi Birokrasi (IRB) dan Nilai Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) Rumah Sakit Tahun 2023

No	Program, Kegiatan dan Sub Kegiatan	Anggaran
1	Program : Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota Kegiatan : Administrasi Keuangan Perangkat Daerah ➤ Sub Kegiatan : Penyediaan Gaji dan Tunjangan ASN	Rp. 18.959.636.313,00

	Kegiatan : Penyediaan Jasa Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah ➤ Sub Kegiatan : Penyediaan Jasa Komunikasi, Sumber Daya Air dan Listrik	Rp. 634.200.000,00
	Kegiatan : Peningkatan Pelayanan BLUD ➤ Sub Kegiatan : Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	Rp. 23.982.259.811,00
	<b>JUMLAH</b>	<b>Rp. 43.576.096.124,00</b>

#### D. Realisasi Anggaran dan Efisiensi

Untuk realisasi anggaran pada DPA RSUD dr. Achmad Darwis untuk tahun 2023 dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

**Tabel 28**  
Realisasi Anggaran RSUD dr. Achmad Darwis Tahun 2023

NO	Program, Kegiatan dan Sub Kegiatan	Anggaran (Rp)	Realisasi			Ket (Efisiensi)
			Keuangan	%	Fisik (%)	
	<b>RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. ACHMAD DARWIS</b>	<b>54.825.679.899,00</b>	<b>54.028.559.823,10</b>	<b>98,55</b>	<b>100,00</b>	<b>Efisiensi</b>
<b>I</b>	<b>Program : Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten Kota</b>	<b>54.755.679.899,00</b>	<b>53.959.154.407,10</b>	<b>98,55</b>	<b>100,00</b>	<b>Efisiensi</b>
<b>1</b>	<b>Kegiatan : Administrasi Keuangan Perangkat Daerah</b>	<b>18.959.636.313,00</b>	<b>18.819.021.161,00</b>	<b>99,26</b>	<b>100,00</b>	<b>Efisiensi</b>
a	Sub Kegiatan : Penyediaan gaji dan tunjangan ASN	18.959.636.313,00	18.819.021.161,00	99,26	100,00	Efisiensi
<b>2</b>	<b>Kegiatan : Penyediaan Jasa Penunjang Urusan Pemerintah Daerah</b>	<b>634.200.000,00</b>	<b>569.711.869,00</b>	<b>89,83</b>	<b>100,00</b>	<b>Efisiensi</b>
a	Sub Kegiatan : Penyediaan jasa komunikasi, sumber daya air dan listrik	634.200.000,00	569.711.869,00	89,83	100,00	Efisiensi
<b>3</b>	<b>Kegiatan : Peningkatan Pelayanan BLUD</b>	<b>35.161.843.586,00</b>	<b>34.570.421.377,10</b>	<b>98,32</b>	<b>100,00</b>	<b>Efisiensi</b>
a	Sub Kegiatan : Pelayanan dan penunjang pelayanan BLUD	35.161.843.586,00	34.570.421.377,10	98,32	100,00	Efisiensi

NO	Program, Kegiatan dan Sub Kegiatan	Anggaran (Rp)	Realisasi			Ket (Efisiensi)
			Keuangan	%	Fisik (%)	
II	Program : Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan	70.000.000,00	69.405.416,00	99,15	100,00	Efisiensi
1	Kegiatan : Advokasi, Pemberdayaan, Kemitraan, Peningkatan Peran Serta Masyarakat dan Lintas Sektor Tingkat Daerah Kabupaten/Kota	70.000.000,00	69.405.416,00	99,15	100,00	Efisiensi
a	Sub Kegiatan : Peningkatan upaya promosi kesehatan,advokasi, kemitraan dan pemberdayaan masyarakat	70.000.000,00	69.405.416,00	99,15	100,00	Efisiensi

Dari Tabel diatas Anggaran Belanja RSUD dr. Achmad Darwis pada tahun 2023 = Rp. 54.825.679.899,00 dengan realisasi = Rp. 54.028.559.823,10 atau Persentase Keuangan 98,55 % dan Realiasi Fisik 100%

#### E. Realisasi Pendapatan

Rincian rekapitulasi pendapatan per objek penerima tahun 2023 dapat dilihat pada tabel berikut :

**Tabel 29**  
Realisasi Pendapatan RSUD dr. Achmad Darwis Tahun 2023

NO	UNIT	TARGET PENDAPATAN (Rp.)	REALISASI PENDAPATAN (Rp.)	%
<b>PENDAPATAN JASA LAYANAN</b>		<b>26.561.551.523,00</b>	<b>32.453.116.875,00</b>	
1	Instalasi Rawat Jalan	4.104.805.507,00	5.158.290.105,00	125,66
2	Instalasi Rawat Inap	8.694.594.611,00	10.653.015.575,00	122,52
3	Instalasi Gawat Darurat	757.666.950,00	896.459.400,00	118,32
4	Instalasi Laboratorium	1.999.287.500,00	2.328.372.400,00	116,46
5	Instalasi Radiologi	798.345.050,00	945.542.300,00	118,44
6	Ambulance	101.161.700,00	122.550.100,00	121,14
7	Medical Cek Up/ Surat Keterangan	660.703.250,00	722.995.000,00	109,43
8	Instalasi Bedah Central/ OK	3.136.320.000,00	3.776.128.000,00	120,40
9	Instalasi Gizi	6.027.000,00	6.435.000,00	106,77
10	Unit Transfusi Darah	210.274.500,00	261.707.000,00	124,46
11	Instalasi Fisioterapi	211.391.000,00	267.663.700,00	126,62
12	Instalasi Farmasi	5.880.974.455,00	7.313.958.295,00	124,37

<b>PENDAPATAN HASIL KERJA SAMA</b>		<b>37.374.826,00</b>	<b>46.774.826,00</b>	
1	Sewa Lahan Praktek Pendidikan	12.075.000,00	12.075.000,00	100
2	Sewa Lahan ATM Bank Nagari	14.000.000,00	14.000.000,00	100
3	Biaya Operasional ATM Bank Nagari	7.800.000,00	7.800.000,00	100
4	Biaya Operasional Institusional Fee	3.499.826,00	12.899.826,00	368,58
<b>LAIN-LAIN PENDAPATAN BLUD YANG SAH</b>				
		<b>101.073.651,00</b>	<b>102.507.122,00</b>	
1	Jasa Giro Rekening Bendahara Penerimaan	70.753.538,00	70.040.741,00	98,99
2	Jasa Giro Rekening Bendahara Pengeluaran	21.600.113,00	19.786.381,00	91,60
3	Denda Keterlambatan Pembayaran Klaim	300.000,00	0	0
4	Pemakaian Incenerator	180.000,00	0	0
5	Pendapatan Lain-lain	8.240.000,00	12.680.000,00	153,88
<b>JUMLAH</b>		<b>26.700.000.000,00</b>	<b>32.602.398.823,00</b>	<b>122,11</b>

Dari Tabel diatas Anggaran Pendapatan RSUD dr. Achmad Darwis pada tahun 2023 = Rp. 26.700.000.000,00 dengan realisasi = Rp. 32.602.398.823,00 atau Persentase 122,11 %.

## **BAB IV PENUTUP**

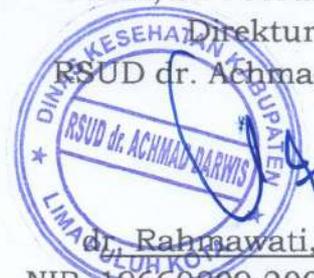
Sebagaimana uraian diatas dapat disimpulkan secara umum gambaran mengenai capaian kinerja pada masing – masing kegiatan yang dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Achmad Darwis. Secara keseluruhan dari indikator kinerja menunjukkan capaian kinerja berhasil sesuai dengan program yang telah ditetapkan, walaupun masih ada target capaian yang belum tercapai.

Dimasa mendatang RSUD dr. Achmad Darwis akan melakukan langkah – langkah perbaikan terus menerus (continous improvement) seperti penerapan seluruh Standar Akreditasi Rumah Sakit dalam pelayanan, peningkatan kualitas penerapan sistem AKIP, peningkatan pengendalian pelaksanaan program dan kegiatan, peningkatan kompetensi SDM rumah sakit sehingga terwujud peningkatan kinerja dan pelaksanaan tugas - tugas secara transparan dan akuntabel sebagai mana yang diharapkan.

Kiranya untuk masa mendatang segala pihak dapat saling membantu dan bekerjasama dengan RSUD dr. Achmad Darwis untuk kedepannya dapat lebih baik dalam menunaikan tugas pokok dan fungsi yang diamanatkan oleh Kepala Daerah kepada RSUD dr. Achmad Darwis. Untuk tahun berikutnya perlu optimalisasi usaha dalam melaksanakan seluruh program serta evaluasi dan monitoring secara rutin dan berkala sehingga permasalahan yang timbul dalam usaha pencapaian target kinerja bisa diatasi dengan cepat.

Suliki, 12 Februari 2024

Direktur  
RSUD dr. Achmad Darwis



dr. Rahmawati, MARS  
NIP. 19660809 200212 2 003