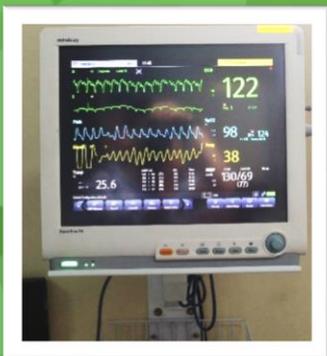




LAPORAN KINERJA INSTANSI PEMERINTAH (LKjIP) RSUD dr. ACHMAD DARWIS TAHUN 2019



TAHUN 2020

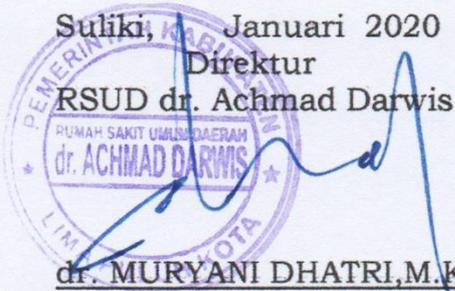
KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT karena dengan ridhoNya Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) Tahun Anggaran 2019 ini dapat terselesaikan. Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) Tahun Anggaran 2019 ini merupakan rangkuman dari kegiatan-kegiatan yang dilaporkan dan terkompilasi dari beberapa bidang di Rumah Sakit.

Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) Tahun Anggaran 2019 ini berisi informasi mengenai aktivitas dan segala sesuatu yang telah dicapai Rumah Sakit Umum Daerah dr. Achmad Darwis Kabupaten Lima Puluh Kota tahun 2019. Diharapkan Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) Tahun Anggaran 2019 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 2019 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 2019 ini, kami sampaikan terima kasih dan penghargaan yang tinggi. Semoga amal kebaikan diterima oleh Allah SWT.

Suliki, Januari 2020
Direktur
RSUD dr. Achmad Darwis

dr. MURYANI DHATRI, M.Kes
NIP. 19760111 200604 2 012

DAFTAR TABEL

A. Tabel 1	Data ketenagaan BLUD RSUD dr. Achmad Darwis Tahun 2019.....	5
B. Tabel 2	Identifikasi Permasalahan Berdasarkan Tugas dan Fungsi RSUD dr. Achmad Darwis Kabupaten Lima Puluh Kota.....	18
C. Tabel 3	Tujuan dan Sasaran RSUD dr. Achmad Darwis Tahun 2016 – 2021.....	26
D. Tabel 4	Strategi dan Arah Kebijakan RSUD dr. Achmad Darwis Tahun 2016-2021.....	30
E. Tabel 5	Perjanjian Kinerja Tahun 2019.....	33
F. Tabel 6	Metodologi Pengukuran capaian Target Kinerja	35
G. Tabel 7	Pengukuran Kinerja.....	35
H. Tabel 8	Capaian Kinerja Sumber Daya Rumah Sakit.....	36
I. Tabel 9	Capaian Kinerja Mutu Pelayanan Kesehatan.....	51
J. Tabel 10	Standar Pelayanan Minimal (SPM) RSUD dr. Achmad Darwis Tahun 2019.....	54
K. Tabel 11	Capaian Kinerja Kualitas Layanan RS.....	90
L. Tabel 12	Hasil Survey dan Analisis IKM	95
M. Tabel 13	Capaian Kinerja Akuntabilitas Rumah sakit.....	97
N. Tabel 14	Belanja Tidak Langsung.....	102
O. Tabel 15	Belanja Langsung.....	102
P. Tabel 16	Realisasi Pendapatan.....	104

DAFTAR GAMBAR

A. Gambar 1	Struktur Organisasi RSUD dr. Achmad Darwis.....	4
B. Gambar 2	Hubungan antara RPJMD Dengan Renstra Perangkat Daerah.....	14
C. Gambar 3	Bagan Alir Penyusunan Rancangan Renstra RSUD dr. Achmad Darwis Kabupaten Lima Puluh Kota....	15
D. Gambar 4	Grafik Capaian Kinerja Sumber Daya Rumah Sakit.....	36
E. Gambar 5	Dokumentasi Pengadaan Obat- Obatan Rumah Sakit Tahun 2019.....	38
F. Gambar 6	Dokumentasi Pengadaan Obat- Obatan Rumah Sakit Tahun 2019.....	39
G. Gambar 7	Dokumentasi Pemeriksaan Pengadaan Obat- Obatan Rumah Sakit Tahun 2019.....	39
H. Gambar 8	Dokumentasi Diklat survey akreditasi RS tahun 2019.....	45
I. Gambar 9	Dokumentasi Diklat Akreditasi SNARS edisi 1 tahun 2019..	46
J. Gambar 10	Dokumentasi Diklat Bantuan Hidup Dasar (BHD).....	46
K. Gambar 11	Dokumentasi Pembangunan Gedung Instalasi Laundry....	47
L. Gambar 12	Dokumentasi pembangunan Gedung Instalasi Farmasi....	47
M. Gambar 13	Dokumentasi pengadaan alkes patient monitor.....	49
N. Gambar 14	Dokumentasi pengadaan alkes mesin anestesi.....	49
O. Gambar 15	Dokumentasi pengadaan alkes USG 3D.....	50
P. Gambar 16	Grafik Capaian Kinerja Mutu Pelayanan Kesehatan.....	51
Q. Gambar 17	Dokumentasi pelayanan poli spesialis mata.....	88
R. Gambar 18	Dokumentasi pelayanan poli spesialis penyakit dalam.....	89
S. Gambar 19	Dokumentasi pelayanan rongent di Instalasi Radiologi.....	89
T. Gambar 20	Dokumentasi pelayanan makan pasien di Instalasi Gizi....	89
U. Gambar 21	Grafik Capaian Kinerja Kualitas Layanan Rumah Sakit....	90
V. Gambar 22	Dokumentasi pengawasan prosedur pelayanan di IGD.....	96
W. Gambar 23	Dokumentasi pengawasan prosedur pelayanan Di Instalasi Farmasi.....	97
X. Gambar 24	Dokumentasi pengawasan prosedur pelayanan di Rawat Inap Kebidanan.....	97
Y. Gambar 25	Grafik Capaian Kinerja Akuntabilitas Keu dan Kinerja RS..	98

IKHTISAR EKSEKUTIF

Rumah Sakit Umum Daerah dr. Achmad Darwis merupakan satu-satunya rumah sakit di Kabupaten Lima Puluh Kota. RSUD dr. Achmad Darwis sebelumnya bernama Rumah Sakit Umum Daerah Suliki, merupakan rumah sakit yang didirikan sebagai tanda penghargaan bagi masyarakat Suliki dan sekitarnya. Hal ini disebabkan perjuangan masyarakat Suliki dan sekitarnya yang gigih membantu dalam mempertahankan Negara Kesatuan Republik Indonesia serta pertama kali mengibarkan sang Merah Putih di kabupaten Lima Puluh Kota pada saat kemerdekaan. Berdasarkan Peraturan Daerah Nomor 4 Tahun 2012 berganti nama 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.

Sejak dioperasikan tahun 1986 dan ditetapkan sebagai rumah sakit Kelas D tahun 1994 hingga menjadi Kelas C pada tahun, 2012, dan berdasarkan Keputusan Bupati Lima Puluh Kota Nomor : 498 Tahun 2013 RSUD dr. Achmad Darwis ditetapkan sebagai PPK BLUD. Untuk itu RSUD dr. Achmad Darwis dituntut untuk meningkatkan mutu pelayanan dengan meningkatkan kinerja pelayanan kesehatan sehingga dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien. Tahun 2017 RSUD dr. Achmad Darwis Lulus Akreditasi Versi 2012 dengan LULUS tingkat Perdana.

Untuk mewujudkan Visi dan Misi Bupati Lima Puluh Kota, RSUD dr. Achmad Darwis menterjemahkan dengan tujuan 1 Terwujudnya peningkatan mutu pelayanan kesehatan sesuai standar dengan sasaran Terpenuhinya sumber daya rumah sakit dan Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan sesuai standar. Tujuan 2 Terwujudnya peningkatan kualitas tata kelola rumah. sakit yang baik dengan sasaran Meningkatkan kualitas layanan rumah sakit dan Meningkatkan akuntabilitas keuangan dan kinerja rumah sakit.

Indikator Kinerja Utama (IKU) Tahun 2019 Persentase sumber daya rumah sakit sesuai standar degan target 65% dan realisasi 87,98% (135,35%); Persentase indicator Standar Pelayanan Minimal (SPM) rumah

sakit yang mencapai target dengan target 78% dan realisasi 79,57% (98,03%); Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) dengan target 82% dan realisasi 80,08% (97,66%); Nilai akuntabilitas kinerja rumah sakit dengan target 70% dan realisasi 63,89% (91,27%).

Pencapaian Indikator Kinerja Utama (IKU) didukung dengan Anggaran yang tertuang dalam 7 program dan penyerapan anggaran terdiri dari Program Administrasi Perkantoran (89,30%), Program Peningkatan Sarana dan Prasarana Aparatur (76,93%), Program Peningkatan Pengembangan Sistem Pelaporan Capaian Kinerja dan Keuangan (99,54%), Program Pengadaan Peningkatan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit/RS Jiwa/RS Paru-Paru/RS Mata (95,37%), Program Kemitraan Peningkatan Pelayanan Kesehatan (84,05%), Program Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan BLUD (90,46%), Program Pembinaan Lingkungan Sosial (96,81%).

Kendala yang dihadapi dalam pemenuhan Indikator Kinerja Utama (IKU) yaitu Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) yang belum mencapai target yaitu nilai kinerja IKM terendah adalah unsur kecepatan pelayanan dengan angka 5,417. Serta nilai akuntabilitas kinerja rumah sakit yang di reviu oleh APIP.

Upaya yang dilakukan untuk pencapaian Indikator Kinerja Utama (IKU) adalah dengan adanya standar prosedur operasional (SPO) yang jelas yang dilengkapi dengan pedoman pelayanan, panduan, alur pelayanan yang lengkap dan komitmen dengan semua petugas untuk bekerja sesuai dengan aturan yang berlaku dan standar pelayanan minimal RS. Disamping hal tersebut dapat juga dilakukan sosialisasi melalui media informasi, papan pengumuman tentang alur pelayanan dan denah ruangan karena keterlambatan pemberian pelayanan bisa juga terjadi karena pasien tidak paham dengan alur pelayanan dan lokasi ruangan yang dituju. Perbaiki mutu dan dokumen untuk pemenuhan pencapaian Indikator Kinerja Utama terkait dengan Akreditasi rumah sakit, peningkatan pencapaian indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) serta efisiensi dan efektifitas penggunaan anggaran.

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 2019 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. Kesemuanya 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 Organisasi Perangkat Daerah (OPD) Pemerintah Daerah Kabupaten Lima Puluh Kota secara bertahap telah menyusun Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP). Dan sejalan 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

Rumah Sakit Umum Daerah dr. Achmad Darwis merupakan unsur pelaksanaan Tugas tertentu Pemerintah Daerah dalam Urusan pelayanan Kesehatan. Urusan yang menjadi kewenangan Rumah Sakit adalah Pelaksanaan Bidang Pelayanan Medis dan Keperawatan, Pelaksanaan

Bidang Pelayanan Penunjang dan Promosi Rumah Sakit serta Pelaksanaan Bidang sarana Prasarana dan Logistik Rumah Sakit.

Tugas :

Membantu Bupati dalam penyelenggaraan upaya kesehatan secara berdayaguna dan berhasil guna, dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan serta pencegahan dan melaksanakan upaya rujukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Fungsi :

- a. Perumusan kebijakan teknis dalam urusan pelayanan kesehatan;
- b. Pelayanan medis, asuhan keperawatan, penunjang medis dan non medis dan rujukan;
- c. Pelaksanaan pendidikan dan pelatihan;
- d. Pelaksanaan penelitian dan pengembangan;
- e. Pengelolaan administrasi dan keuangan Rumah Sakit;
- f. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Bupati sesuai dengan ruang lingkup bidang tugasnya.

Struktur Organisasi :

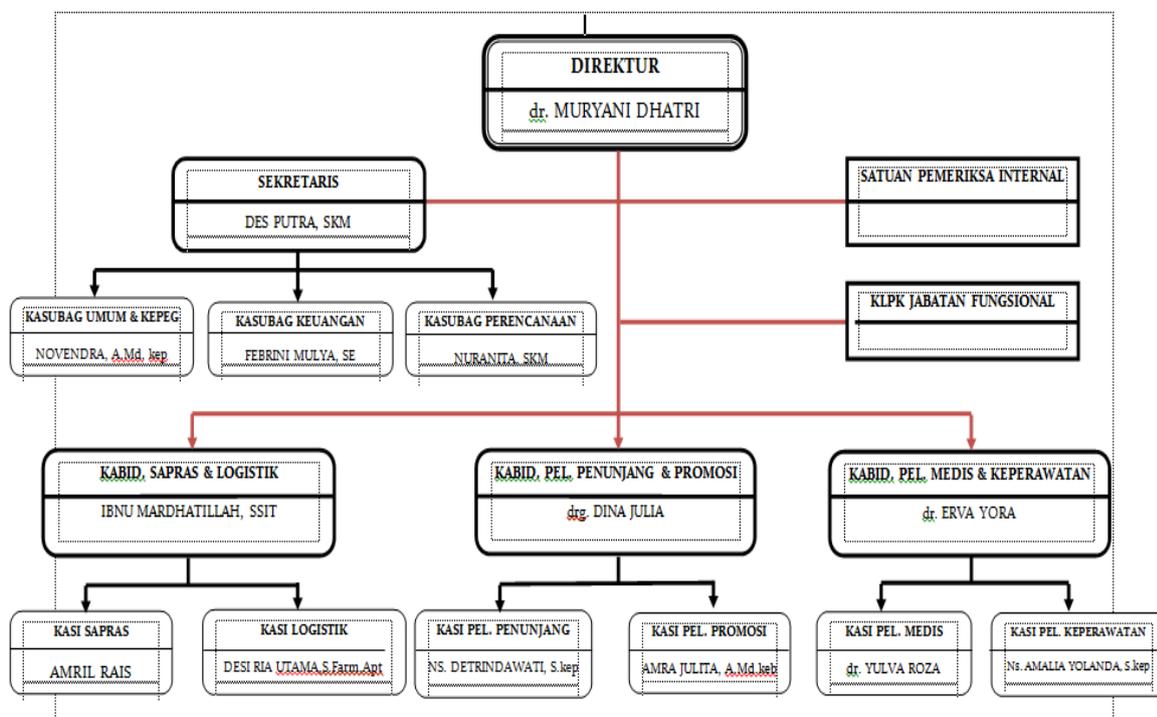
Susunan Organisasi Rumah Sakit Umum Daerah dr. Achmad Darwis terdiri dari :

- a. Direktur;
- b. Sekretaris terdiri dari :
 - 1). Sub Bagian Umum dan Kepegawaian;
 - 2). Sub Bagian Keuangan;
 - 3). Sub Bagian Perencanaan dan Pelaporan.
- c. Kepala Bidang Sarana Prasarana dan Logistik terdiri dari :
 - 1). Kepala Seksi Sarana dan Prasarana;
 - 2). Kepala Seksi Logistik.

- d. Kepala Bidang Pelayanan Penunjang dan Promosi Rumah Sakit terdiri dari :
 - 1). Kepala Seksi Pelayanan Penunjang;
 - 2). Kepala Seksi Promosi dan Pengembangan Rumah Sakit.
- e. Kepala Bidang Pelayanan Medis dan Keperawatan terdiri dari :
 - 1). Kepala Seksi Pelayanan Medis;
 - 2). Kepala Seksi Pelayanan Keperawatan.
- f. Kelompok Jabatan Fungsional.
- g. Satuan Pemeriksa Internal.

Bagan Struktur Organisasi RSUD dr. Achmad Darwis berdasarkan Peraturan Daerah Nomor 15 tahun 2016 terlihat pada gambar berikut :

GAMBAR 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 1

Data Ketenagaan BLUD RSUD dr. Achmad Darwis Tahun 2019

No	Pendidikan	Status Kepegawaian										TOT AL
		PNS		PTTD		Kontrak BLUD		PPDS		JUMLAH		
		Lk	Pr	Lk	Pr	Lk	Pr	Lk	Pr	Lk	Pr	
1	Dokter Umum	-	4	-	-	3	6	-	-	3	10	13
2	Dokter PPDS	-	2	-	-	-	-	-	-	-	2	2
3	Dokter Spesialis Penyakit Dalam	1	1	-	-	-	-	-	1	1	2	3
4	Dokter Spesialis Bedah	2	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2
5	Dokter Sp Mata	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
6	Dokter Spesialis Obgyn & Gyneкологи	-	-	-	-	-	-	2	-	2	-	2
7	Dokter Sp Paru	-	2	-	-	-	-	-	-	-	2	2
8	Dokter Spesialis Jantung	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
9	Dokter Sp THT	2	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2
10	Dokter Spesialis Patologi Klinik	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1
11	Dokter Spesialis Anastesi	1	-	-	-	-	-	1	-	2	-	2
12	Dokter Sp Kulit dan Kelamin	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1
13	Dokter Spesialis Radiologi	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1
14	Dokter Spesialis Anak	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1

15	Dokter Spesialis Ilmu Kejiwaan	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1
16	Dokter Gigi	1	1	-	-	-	-	-	-	1	1	2
17	S2 Manajemen Kesehatan	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1
18	S2 Kesehatan Masyarakat	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1
19	S2 Manajemen Rumah Sakit	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1
20	S2 Apoteker	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
21	S2 Spesialis Keperawatan Medikal Bedah	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1
22	Apoteker	1	3	-	-	-	2	-	-	1	5	6
23	Ners	5	23	-	-	6	5	-	-	11	28	39
24	Sarjana Keperawatan	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25	Sarjana Kesehatan Masyarakat	2	4	-	-	1	1	-	-	3	5	8
26	S. Ekonomi	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1
27	S1 Komputer	-	1	-	-	-	1	-	-	-	2	2
28	S. Agama	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1
29	D IV. Teknik	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
30	S1 Kebidanan	-	3	-	-	-	-	-	-	-	3	3
31	D IV. Kebidanan	-	2	-	-	-	2	-	-	-	4	4
32	D IV. Anastesi	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	1
33	DIV. Rekam Medis	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1
34	D IV. Analis	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1
35	S1. Fisioterapi	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1
36	DIV. Keperawatan Gigi	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1
37	DIII. Keperawatan	4	36	-	1	6	31	-	-	10	68	78
38	D III. Kebidanan	-	15	-	-	-	27	-	-	-	42	42

39	D III. Kep. Gigi	-	2	-	-	-	-	-	-	-	2	2
40	D III. Anestesi	-	3	-	-	-	-	-	-	3	-	3
41	D III. Radiologi	1	2	-	-	1	2	-	-	2	4	6
42	D III. Elektro Medik	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1
43	D III. Analisis	1	4	-	-	2	4	-	-	3	8	11
44	D III. Fisioterapis	-	1	-	-	-	1	-	-	-	2	2
45	D III. Rekam Medik	1	2	-	-	3	2	-	-	4	4	8
46	D III. Farmasi	-	8	-	-	-	2	-	-	-	10	10
47	D III. Adm. RS	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1
48	D III. Gizi (Nutrisionis)	-	2	-	-	-	-	-	-	-	2	2
49	D III. Kesling/Sanitari an	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
50	D III. Refraksi Optisionis	-	1	-	-	-	2	-	-	-	3	3
51	D III. Tata Boga	1	-	-	-	-	4	-	-	1	4	5
52	D III. Sekretaris	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1
53	D III. Akuntansi	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1
54	D III. Komputer	-	-	-	-	3	-	-	-	3	-	3
55	SPK	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1
56	SMAK	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1
57	SMF/SAA	-	2	-	-	1	2	-	-	1	4	5
58	SMA/SLTA/MA	1	3	-	-	10	6	-	-	11	9	20
59	SMK/SMEA	-	5	-	-	-	5	-	-	-	10	10
60	SMK/STM	-	-	-	-	16	2	-	-	16	2	18
61	SMK/Tata Boga	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1
62	SLTP	3	-	-	-	4	2	-	-	7	2	9
63	SD	1	-	-	-	1	-	-	-	2	-	2
TOTAL		33	149	0	2	57	115	3	1	93	265	357

D. ISU – ISU STRATEGIS

Kinerja RSUD dr.Achmad Darwis tahun 2019 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.
- Tarif pelayanan rumah sakit sudah tidak sesuai tingkat kewajaran.
- 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 (Permenkes 56 Tahun 2014).
- Pemagaran sekeliling rumah sakit dan pekarangan parkir rumah sakit.
- SIMRS masih belum optimal.
- Keamanan masih perlu ditingkatkan.
- Mutu pelayanan masih perlu ditingkatkan.
- Gedung kamar operasi yang belum bias digunakan (alat kesehatan/kedokteran dan asesorir untuk 3 ruang/kamar operasi belum terisi sehingga gedung belum bias dimanfaatkan/digunakan saat ini).

b. Faktor Eksternal

- Masyarakat Kabupaten Lima Puluh Kota belum memanfaatkan rumah sakit secara maksimal, sebagian masih berobat ke kota.
- Kurangnya perhatian Pemda dalam mengalokasikan anggaran untuk rumah sakit, sehingga rumah sakit masih mengandalkan

anggaran dari DAK yang memiliki menu serta juklak dan Juknis khusus, padahal kebutuhan rumah sakit tidak tertaung dalam menu DAK tersebut.

- Lokasi rumah sakit yang jauh dari pusat kota.
- Transportasi yang kurang lancar.
- Masih ada masyarakat kurang mampu tidak memiliki jaminan kesehatan.
- Belum adanya kebijakan yang mengikat agar seluruh masyarakat Kabupaten Lima Puluh Kota mau menggunakan akses berobat ke RSUD dr. Achmad Darwis.

Berdasarkan permasalahan diatas jumlah SDM yang kurang merupakan masalah yang cukup mendasar dalam rangka 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 kurang representatifnya dan tidak memenuhi standar bangunan yang ada. 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 pembangunan gedung baru diantaranya gedung Rekam Medis/Medical Record, penambahan ruang rawat inap, serta perbaikan gedung – gedung rumah sakit dikarenakan masih banyaknya gedung-gedung lama sesuai master plan 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. Adapun

kebutuhan RSUD dr. Achmad Darwis yaitu peralatan kesehatan yang sangat dibutuhkan di RSUD dr. Achmad Darwis.

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

1. Tersedianya sumber daya yang memadai.
2. Menyusun usulan perubahan tarif melalui Peraturan Bupati Lima Puluh Kota.
3. Tersedianya sarana dan prasarana di RSUD dr. Achmad Darwis
4. Tersedianya anggaran rumah sakit yang memadai.
5. Pembenahan manajemen keuangan RSUD dr. Achmad Darwis.
6. Terlaksananya pelaksanaan Akreditasi rumah sakit versi Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) untuk tahun 2020 dengan lulus paripurna SNARS.
7. Adanya kebijakan dari Pemerintah Daerah dalam pemanfaatan RSUD dr. Achmad Darwis oleh seluruh masyarakat Kabupaten Lima Puluh Kota.
8. Adanya dukungan dari Pemerintah Daerah, DPRD dalam pengembangan rumah sakit sesuai master plan rumah sakit.
9. Adanya dukungan pemerintah Daerah untuk alokasi dana untuk pengadaan alat kesehatan dan asesoris 3 ruang/kamar operasi agar dapat digunakan gedung kamar operasi yang dibangun tahun 2018.
10. Meningkatkan mutu pelayanan dan melakukan inovasi pelayanan sesuai kebutuhan masyarakat.
11. Bekerjanya Sistem Informasi Rumah Sakit (SIMRS) dalam RSUD dr. Achmad Darwis.
12. Adanya upaya pemeliharaan keamanan dilingkungan RSUD dr. Achmad Darwis.

E. SISTEMATIKA PENULISAN

Dalam laporan kinerja ini disajikan data kegiatan maupun sumber pembiayaan yang bersifat strategis pada Tahun 2019. Strategis di sini dimaksudkan kegiatan yang mempunyai kaitannya dengan pelaksanaan tugas pokok dan fungsi Rumah Sakit Umum Daerah Bangkinang, sementara dari sudut pembiayaannya disajikan biaya yang secara langsung digunakan untuk membiayai kegiatan.

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 (strategicissued) 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

Sesuai dengan arah pembangunan nasional yang merupakan manifestasi arah pembangunan bangsa untuk mewujudkan cita-cita kemerdekaan bangsa Indonesia, maka pembangunan sektor kesehatan yang dilaksanakan oleh pemerintah bersama seluruh komponen masyarakat dan dunia usaha merupakan pengejawantahan cita-cita bangsa untuk memenuhi salah satu hak dasar manusia (basic human needs) di bidang kesehatan dengan mensukseskan program MDGs dan SDGs yang merupakan program lanjutan MDGs.

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.

Upaya memberikan pelayanan kesehatan yang paripurna diperlukan suatu perencanaan strategis yang searah dengan perencanaan pembangunan nasional, provinsi dan kabupaten/kota.

Perencanaan strategis dituangkan dalam bentuk Renstra (Rencana Strategis) RSUD dr. Achmad Darwis merupakan dokumen perencanaan untuk periode 5 tahun yang berisi tujuan, sasaran, strategi, kebijakan, program dan kegiatan sesuai tupoksi RSUD dr. Achmad Darwis pada RPJMD dan bersifat indikatif.

Penyusunan Perubahan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Kabupaten Lima Puluh Kota Tahun 2016 -2021 telah selesai dilakukan dengan ditetapkan melalui Peraturan Daerah Kabupaten

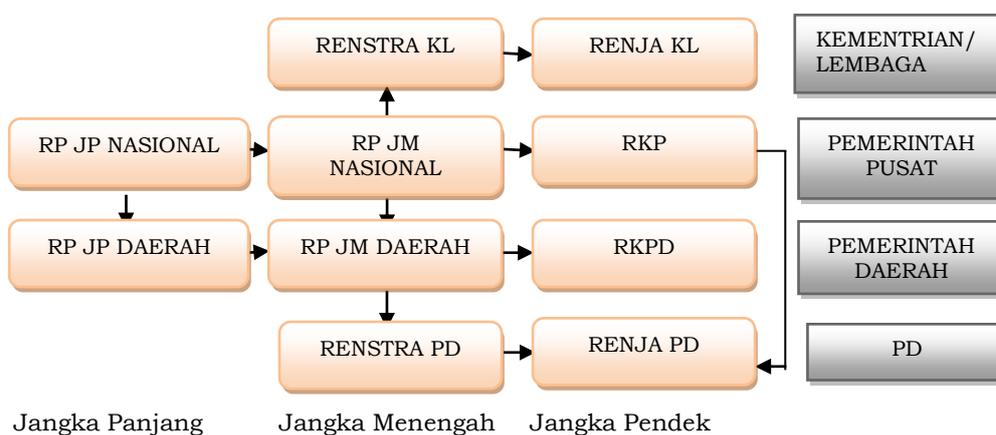
Lima Puluh Kota Nomor 4 Tahun 2018 Tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Kabupaten Lima Puluh Kota Nomor 6 Tahun 2016 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Kabupaten Lima Puluh Kota tahun 2016 - 2021.

Sesuai Permendagri Nomor 86 Tahun 2017, bahwa perubahan RPJMD diikuti oleh Perubahan Renstra OPD. Renstra RSUD dr. Achmad Darwis Tahun 2016 – 2021 mengalami perubahan dikarenakan adanya perubahan RPJMD Kabupaten Lima Puluh Kota Tahun 2016 - 2021. Perubahan Renstra Rumah Sakit adalah dokumen perencanaan untuk periode 5 (lima) tahun yang akan datang dan merupakan upaya yang terencana untuk memberdayakan dan meningkatkan kapasitas dan potensi yang dimiliki rumah sakit dalam rangka meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan. Upaya untuk meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan tersebut dilakukan melalui serangkaian pelaksanaan program dan kegiatan yang mengarah kepada kepuasan pelanggan.

Hubungan antara RPJMD dengan Renstra perangkat daerah dapat digambarkan sebagai berikut :

GAMBAR 2

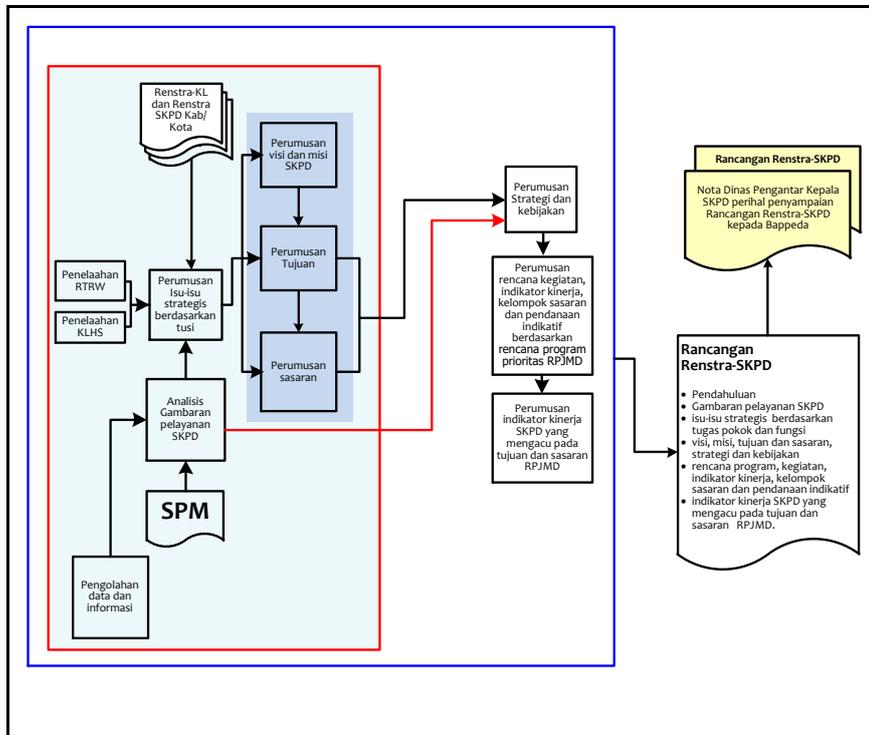
Hubungan antara RPJMD dengan Renstra perangkat daerah



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

GAMBAR 3

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, strategi, kebijakan, program dan kegiatan yang disertai dengan indikator kinerja. Perubahan Renstra ini disusun sesuai dengan tugas dan fungsi RSUD dr. Achmad Darwis serta berpedoman pada perubahan Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) Daerah Kabupaten Lima Puluh Kota dan bersifat indikatif. Perubahan Renstra ini disusun berdasarkan pendekatan kinerja, kerangka pengeluaran jangka menengah serta perencanaan dan penganggaran terpadu. Perubahan Renstra disusun sesuai dengan tugas pokok dan fungsi RSUD dr. Achmad Darwis dalam rangka mewujudkan Visi Bupati Lima Puluh Kota ***“Terwujudnya Kabupaten Lima Puluh Kota Sejahtera Dan Dinamis Yang MANTAP Berlandaskan Iman dan Taqwa”***

Perubahan 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 Perubahan Renstra RSUD dr. Achmad Darwis tahun 2016 -2021 ini akan menjadi pedoman dalam penyusunan Rencana Kerja (Renja) RSUD dr. Achmad Darwis sebagai suatu dokumen perencanaan tahunan yang memuat prioritas program dan 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.

Maksud Penyusunan Perubahan Rencana Strategi RSUD dr. Achmad Darwis tahun 2016-2021 disusun adalah sebagai acuan dan pedoman seluruh jajaran RSUD dr. Achmad Darwis dalam menjalankan Tugas Pokok Dan Fungsi Rumah Sakit serta pencapaian Visi & Misi secara berkesinambungan. Perubahan Rencana Strategi RSUD dr. Achmad Darwis merupakan penjabaran pula dari Perubahan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) tahun 2016-2021 Kabupaten Lima Puluh Kota ke dalam perencanaan instansional sesuai dengan kewenangan, tugas dan fungsi RSUD dr. Achmad Darwis sebagaimana amanat perundang-undangan.

Tujuan Perubahan Rencana Strategi tahun 2016-2021 yang disusun oleh RSUD dr. Achmad Darwis adalah sebagai berikut:

1. Menjabarkan tujuan, sasaran, strategi dan arah kebijakan RSUD dr. Achmad Darwis dalam Program dan kegiatan dalam jangka waktu 5 (lima) tahun;
2. Menjadi pedoman penyusunan Program, Rencana Kerja (RENJA) tahunan dan Rencana Kerja & Anggaran serta Rencana Kerja Lima

Tahunan sehingga dapat melaksanakan Perubahan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah tahun 2016-2021 yang memuat rincian kebijakan, strategi dan program khususnya pelayanan kesehatan sehingga Visi Kabupaten Lima Puluh Kota yaitu “ ***Mewujudkan Kabupaten Lima Puluh Kota Sejahtera dan Dinamis Yang Mantap Berlandaskan Iman dan Taqwa***” dapat tercapai.

3. Memberikan pedoman dalam penyusunan evaluasi kinerja RSUD dr. Achmad Darwis.
4. Sebagai salah satu media komunikasi dan informasi dengan seluruh pemanfaat pelayanan dan stakeholder RSUD dr. Achmad Darwis.
5. Perubahan Rencana Strategis RSUD dr. Achmad Darwis dikarenakan adanya perubahan RPJMD Kabupaten Lima Puluh Kota.

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 2

Identifikasi Permasalahan Berdasarkan Tugas dan Fungsi
RSUD dr. Achmad Darwis Kabupaten Lima Puluh Kota

Aspek kajian	Capaian/ Kondisi Saat Ini	Standar yang digunakan	Faktor yang mempengaruhi		Permasalahan
			Internal	Eksternal	
1	2	3	4	5	6
Pelayanan	Indeks Kepuasan masyarakat (IKM)	Standart Pelayanan Minimal (SPM)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jumlah Tenaga yang kurang 2. Tidak diperbolehk an menolak pasien 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan belum optimal. 2. Sistem rujukan belum berjalan optimal. 3. Masyarakat Kabupaten Lima Puluh Kota belum memanfaatkan rumah sakit secara maksimal, sebagian masih berobat ke kota. 4. Masih ada masyarakat kurang mampu tidak memiliki jaminan kesehatan. 5. Lokasi rumah sakit yang jauh dari pusat kota. 6. Transportasi yang kurang lancar. 	Kepastian Jadwal dan kedisiplinan waktu Pelayanan Dokter Spesialis yang menyebabkan lamanya pasien dilayani sehingga waktu tunggu pasien menjadi lama.
Sarana dan prasarana	Sarana dan prasarana yang belum memadai	Standar Permenkes no 56 tahun 2014 dan standar akreditasi rumah sakit	1. Kurangnya sarana dan prasarana di rumah sakit (Gedung, Kendaraan, peralatan medik dan non medik).	Kurangnya anggaran yang ada di rumah sakit	Masih banyak sarana dan prasarana yang belum sesuai standart

			2. Sarana SIMRS kurang memadai.		
			3. Sistem keamanan belum memadai		

Jika dianalisa sesuai tugas dan fungsi RSUD dr. Achmad Darwis mempunyai beberapa analisa permasalahan yang bisa menimbulkan dampak yang sangat signifikan bagi rumah sakit ini sendiri.

Permasalahan – permasalahan yang sering dihadapi dalam pelaksanaan pelayanan di Rumah Sakit antara lain :

c. Faktor Internal

- Jenis dan jumlah SDM masih kurang.
- Sarana dan prasarana di rumah sakit perlu ditambah (gedung, kendaraan dan peralatan medik dan Non Medik).
- Sarana SIMRS masih belum memadai.
- Keamanan masih perlu ditingkatkan.
- Mutu pelayanan masih perlu ditingkatkan.

d. Faktor Eksternal

- Masyarakat Kabupaten Lima Puluh Kota belum memanfaatkan rumah sakit secara maksimal, sebagian masih berobat ke kota.
- Lokasi rumah sakit yang jauh dari pusat kota.
- Transportasi yang kurang lancar.
- Masih ada masyarakat kurang mampu tidak memiliki jaminan kesehatan.
- Kemungkinan dampak abrasi sungai batang sinamar.
- Belum adanya kebijakan yang mengikat agar seluruh masyarakat Kabupaten Lima Puluh Kota mau menggunakan akses berobat ke RSUD dr. Achmad Darwis.

Berdasarkan permasalahan diatas jumlah SDM yang kurang merupakan masalah yang cukup mendasar dalam rangka 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 kurang representatifnya dan tidak memenuhi standar bangunan yang ada. 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 pembangunan gedung baru diantaranya kamar operasi/Bedah sentral, CSSD dan ruang rawat inap, serta perbaikan gedung.

Setiap rumah sakit harus memiliki pusat sterilisasi mandiri yang mampu memberikan pelayanan sterilisasi di rumah sakit dengan baik, sehingga pengendalian infeksi nosokomial dapat dicegah. Pembangunan gedung Central Steril Supply Department (CSSD) menjadi program prioritas RSUD dr. Achmad Darwis untuk tahun 2017. Berdasarkan data pada medical record RSUD dr. Achmad Darwis tahun 2015, jumlah pasien pasien yang mendapat tindakan operasi besar sebanyak 864 operasi, operasi sedang 235 operasi, operasi kecil 33 operasi dan operasi obgyn 318 operasi di RSUD dr. Achmad Darwis. Semakin banyak jumlah tindakan operasi, semakin dibutuhkan gedung dan ketersediaan alat yang steril untuk mencegah dan mengurangi bahaya terjadinya infeksi nosokomial pada pasien. Untuk itu diperlukan gedung Central Steril Supply Department yang memenuhi standar untuk mencegah dan menanggulangi infeksi nosokomial.

RSUD dr. Achmad Darwis memiliki 3 mobil ambulance. 2 ambulance merupakan pengadaan tahun 2004 – 2005, dengan kondisinya yang rusak sedang dan rusak berat sehingga sering terjadi kerusakan di jalan sewaktu mengantarkan pasien rujukan. Satu ambulance merupakan hibah dari PT. Askes tahun 2010. Ambulance hibah dari PT. Askes ini sudah sering macet di jalan saat merujuk pasien, terutama dalam perjalanan jarak jauh, seperti

ke Padang. Dengan kondisi ini sangat mempengaruhi terhadap pelayanan rujukan pasien. Sehubungan dengan masalah ini melalui usulan perencanaan dana DAK tahun 2017 ini diharapkan dapat menambah pengadaan ambulance.

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. Adapun kebutuhan RSUD dr. Achmad Darwis yaitu Pengadaan kendaraan dan peralatan kesehatan yang sangat dibutuhkan di RSUD dr. Achmad Darwis.

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 2016 – 2021 adalah :

“Terwujudnya Kabupaten Lima Puluh Kota Sejahtera Dan Dinamis Yang MANTAP Berlandaskan Iman dan Taqwa”.

Mantap = Maju – Amanah – Bermartabat – Berpendidikan.

Pada Visi Kabupaten Lima Puluh Kota terdapat 4 (empat) kata kunci yaitu Sejahtera, Dinamis, “Mantap”, serta Iman dan Taqwa. Sejahtera adalah merupakan refleksi dari berkurangnya masyarakat miskin, meningkatnya pendapatan dan daya beli masyarakat, meningkatnya kualitas hidup dan lingkungan, serta terpenuhinya sarana dan prasarana pendidikan, kesehatan dan ekonomi. Dinamis adalah gambaran suatu sikap yang responsif terhadap perubahan dan pembaharuan. Mantap adalah akronim dari Maju, Amanah, Bermartabat dan Berpendidikan yang merupakan satu kesatuan kalimat yang menggambarkan sikap pemerintah daerah dalam penyelenggaraan pemerintahan yang mandiri, terbuka, bisa dipercaya dan punya harga diri dengan nilai-nilai keterpelajaran. Sedangkan Iman dan Taqwa merupakan persyaratan mutlak untuk dapat terwujudnya

kehidupan agamais, serta untuk menjadikan masyarakat yang saleh dan taat pada tuntunan ajaran agama yang diyakini. Pembangunan dibidang atau sektor apapun tidak akan mendatangkan kemaslahatan dan keberkahan tanpa dilandasi oleh iman dan taqwa. Suatu capaian pembangunan dapat menjadi tidak bermakna tanpa dilandasi kehidupan masyarakat yang penuh berkah dan ampunan dari Tuhannya. Oleh karena itu, pembangunan yang diarahkan untuk mencapai rakyat yang sejahtera dan dinamis yang “mantap” itu harus dilandasi oleh Iman dan Taqwa sebagai ruh-Nya.

Iman dan taqwa dapat diukur dari semakin baiknya etika dan moral masyarakat berdasarkan norma agama, norma hukum, norma adat dan kebiasaan yang berlaku dalam kehidupan masyarakat, berbangsa dan bernegara, yang tercermin pula dari kualitas kehidupan beragama serta kerukunan diantara umat beragama/ antar umat beragama dan semakin kokohnya pelaksanaan filosof “Adat Bersandi Syarak, Syarak Bersandi 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 kehidupan beragama, beradat dan berbudaya.
- Misi Ke -2 : Meningkatkan taraf hidup masyarakat melalui revitalisasi perekonomian dan reformasi kelembagaan berbasis masyarakat dengan pemanfaatan potensi daerah.
- Misi Ke -3 : Meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
- Misi Ke -4 : Meningkatkan tata kelola pemerintahan dan kualitas pelayanan publik.
- Misi Ke -5 : Memperkuat kelembagaan nagari untuk melaksanakan pembangunan berbasis jorong.
- Misi Ke -6 : Meningkatkan infrastruktur untuk percepatan pembangunan dan daerah basis perjuangan.

Dalam rangka menelaah ke-6 (enam) 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 -3 adalah meningkatkan kualitas sumber daya manusia yang bertujuan untuk terwujudnya pelayanan kesehatan bermutu dan terjangkau 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. Meningkatkan layanan BLUD RSUD dr. Achmad Darwis.

Program adalah instrumen kebijakan yang berisi satu atau lebih kegiatan yang dilaksanakan oleh instansi pemerintah atau masyarakat yang dikoordinasikan oleh instansi pemerintah untuk mencapai sasaran dan tujuan serta memperoleh alokasi anggaran. Program pembangunan kesehatan yang telah ditetapkan oleh Pemerintah Kabupaten Lima Puluh Kota untuk mewujudkan sasaran dan tujuan yang hendak dicapai lima tahun kedepan. Untuk mencapai sasaran *Meningkatkan kualitas sumber daya manusia*, ditetapkan program pembangunan adalah Program peningkatan pelayanan kesehatan Implementasi/penjabarannya dalam program Satuan Kerja Perangkat Daerah, adalah :

1. Program Pengadaan Standarisasi Pelayanan Kesehatan
2. Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat
3. Program Pengadaan Peningkatan Sarana dan Prasaran Rumah Sakit, Rumah Sakit Jiwa/ Rumah Sakit Paru-paru/ Sumah Sakit Mata
4. Program Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit
5. Program Kemitraan Peningkatan Pelayanan Kesehatan
6. Program Peningkatan Mutu Pelayanan BLUD

7. Program Pembinaan Lingkungan Sosial.

Faktor-faktor kunci keberhasilan berfungsi untuk lebih memfokuskan strategi organisasi dalam rangka mencapai tujuan dan misi organisasi secara efektif dan efisien. Faktor-faktor kunci keberhasilan (*critical success factors*) merupakan faktor-faktor yang sangat berperan dalam pencapaian keberhasilan organisasi yang mencakup bidang atau aspek dari misi di mana di dalamnya sangat tergantung pada keberhasilan kinerja instansi pemerintah. Faktor-faktor kunci keberhasilan ini ditetapkan dengan terlebih dahulu menganalisis lingkungan internal dan eksternal. Selanjutnya dilakukan analisis dalam rangka menentukan tingkat urgensi dan dampak potensialnya dan kemudian dilanjutkan dengan penentuan skala prioritas. Dengan menggunakan faktor-faktor inilah diharapkan keberhasilan pelaksanaan tugas pokok dan fungsi RSUD dr. Achmad Darwis akan dapat diupayakan secara maksimal guna mewujudkan visi dan misi yang telah ditetapkan untuk dicapai masa 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. Melalui Program Kerja dan Motivasi Kerja diharapkan dapat lebih meningkatkan pelayanan kesehatan;
2. Melalui Program Kerja untuk meningkatkan kemitraan untuk mewujudkan kesehatan individu, keluarga & masyarakat;
3. Peningkatan kemampuan petugas (SDM) untuk meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata, terjangkau;
4. Perlu disusun skala prioritas mengingat terbatasnya anggaran dan adanya perubahan pola penyakit;
5. Melalui peningkatan sarana dan prasarana diharapkan pelayanan kesehatan meningkat, merata dan terjangkau;
6. Melalui desentralisasi diharapkan akan lebih meningkatkan program anggaran untuk peningkatan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau .

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 Pegawai Negeri Sipil (PNS) baru sehingga rumah sakit harus merekrut tenaga kontrak dari tahun ketahun yang terus meningkat.
- (3) Belum optimalnya implementasi SOP (Standart Operating Prosedure) Pelayanan.
- (4) Kemampuan teknologi kesehatan masih kurang.
- (5) Sarana SIMRS yang belum memadai.
- (6) Keamanan masih perlu ditingkatkan.
- (7) Mutu pelayanan masih perlu ditingkatkan.
- (8) Lokasi Rumah Sakit yang jauh dari pusat kota.
- (9) Transportasi yang kurang lancar.

2. Faktor Pendorong

- (1) Adanya komitmen dan dukungan Pemda dan DPRD.
- (2) Struktur Organisasi RSUD dr. Achmad Darwis yang cukup solid
- (3) Sarana dan Prasarana cukup memadai.
- (4) Adanya program kerja.
- (5) Motivasi kerja karyawan cukup tinggi.
- (6) Rumah Sakit sebagai BLUD diberikan fleksibilitas dalam pengelolaan manajemen rumah sakit.
- (7) Tersedianya berbagai jenis pelayanan medis dan penunjang medis;
- (8) Tingkat kepercayaan masyarakat terhadap rumah sakit semakin meningkat;
- (9) Jumlah SDM yang cukup khususnya dokter spesialis yang sangat berpengalaman memiliki komitmen yang tinggi terhadap pelayanan
- (10) Tenaga keperawatan dan tenaga lainnya mempunyai kompetensi dibidangnya masing-masing.

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 dan 4 sasaran yang diuraikan sebagai berikut :

- I. Tujuan 1 : Terwujudnya peningkatan mutu pelayanan kesehatan sesuai standar, dengan sasaran:
 1. Terpenuhinya sumber daya rumah sakit.
 2. Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan sesuai standar.
- II. Tujuan 2 : Terwujudnya peningkatan kualitas tata kelola rumah sakit yang baik, dengan sasaran :
 1. Meningkatnya kualitas layanan rumah sakit.
 2. Meningkatnya akuntabilitas keuangan dan kinerja rumah sakit.

Adapun tujuan dan sasaran yang akan dicapai RSUD dr. Achmad Darwis Tahun 2016 – 2021 dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

TABEL 3

Tujuan dan Sasaran RSUD dr. Achmad Darwis Tahun 2016 – 2021

No	Tujuan	Indikator Tujuan	Sasaran	Indikator Sasaran	Target Kinerja Pada Tahun ke					
					2016	2017	2018	2019	2020	2021
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Terwujudnya peningkatan mutu pelayanan kesehatan sesuai standar	Rata-rata capaian indikator mutu pelayanan	Terpenuhinya sumber daya rumah sakit	Persentase sumber daya rumah sakit sesuai standar	60%	60%	60%	65%	70%	75%
			Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan sesuai standart	Persentase indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang tercapai target	75%	75%	75%	78%	80%	82%

2	Terwujudnya peningkatan kualitas tata kelola rumah sakit yang baik	Nilai Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)	Meningkatnya kualitas layanan rumah sakit	Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)	75%	78%	80%	82%	85%	85%
			Meningkatnya akuntabilitas keuangan dan kinerja rumah sakit	Nilai akuntabilitas kinerja rumah sakit	66%	66%	66%	70%	75%	78%

Pada tabel diatas terlihat bahwa :

1. Sasaran terpenuhinya sumber daya rumah sakit dengan indikator sasaran persentase sumber daya rumah sakit sesuai standar yang mana perhitungan dan penjelasannya adalah Rata-rata jumlah komponen sumber daya RSUD dr. Achmad Darwis yang tersedia sesuai standart. Adapun komponen sumber daya RSUD dr. Achmad Darwis terdiri dari :
 - a. Persentase jenis obat yang terpenuhi
 - b. Persentase Sumber Daya Manusia (SDM) yang sesuai standart.
 - c. Persentase ketersediaan sarana, prasarana dan alat kesehatan sesuai standart.

$$\% \text{ jenis obat yang terpenuhi} + \% \text{SDM yang sesuai standar} + \% \text{Ketersediaan Sarpras, Alkes Sesuai Standar} / 3 \times 100$$

2. Sasaran Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan sesuai standart dengan indikator sasaran Persentase indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang mencapai target yang mana perhitungan dan penjelasannya Standar Pelayanan Minimal (SPM) rumah sakit merupakan indikator pelayanan minimal yang wajib dilaksanakan oleh rumah sakit. Target pencapaiannya disesuaikan dengan kemampuan sumber daya rumah sakit yang tersedia dan harus dicapai secara bertahap sehingga pada periode tertentu harus tercapai sesuai target yang ditetapkan oleh Peraturan Bupati Lima Puluh Kota

Nomor 117 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah RSUD dr. Achmad Darwis. Indikator ini menggambarkan kemampuan rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan yang mutu.

Jumlah indikator SPM Rumah Sakit yang mencapai target X 100%
Seluruh Indikator SPM Rumah Sakit

3. Sasaran Meningkatnya kualitas layanan rumah sakit dengan indikator sasaran Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) yang mana perhitungan dan penjelasannya Rata – rata nilai IKM RSUD dr. Achmad Darwis berdasarkan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 14 Tahun 2017 Tentang Pedoman Survei Kepuasan Masyarakat. Indek Kepuasan Masyarakat (IKM) diukur melalui survey kepuasan pemakai layanan (responden) pada RSUD dr. Achmad Darwis Kabupaten Lima Puluh Kota selaku pelayanan publik, melalui pengisian kuisisioner. Kuisisioner yang diajukan berisi 14 (empat belas) unsur pelayanan.

Hasil indeks kepuasan masyarakat ini memiliki interval atas 4 (empat) kategori yaitu :

- a. 25 - 43,75 = D / Tidak Baik
- b. 43,76 - 62,50 = C / Kurang Baik
- c. 62,51 - 81,25 = B / Baik
- d. 81,26 - 100 = A / Sangat Baik

4. Sasaran Meningkatnya akuntabilitas keuangan dan kinerja rumah sakit dengan indikator sasaran Nilai akuntabilitas kinerja rumah sakit yang mana perhitungan dan penjelasannya Nilai Evaluasi Akuntabilitas Kinerja RSUD dr. Achmad Darwis oleh Inspektorat Kabupaten Lima Puluh Kota.

STRATEGI DAN ARAH KEBIJAKAN

Untuk menjalankan Visi dan Misi diperlukan strategi dan arah kebijakan yang akan diterapkan, adapun strategi dan arah kebijakan di RSUD dr. Achmad Darwis adalah sebagai berikut :

I. Misi 3 :

Strategi 1 : Meningkatkan sumber daya rumah sakit, dengan arah kebijakan :

- Meningkatkan sarana, prasarana dan alat kesehatan serta pembinaan dan pengembangan aparatur dengan mengikutsertakan ke pelatihan, diklat, bimtek, workshop, sosialisasi dan pertemuan ilmiah sesuai profesi tenaga kesehatan yang ada dirumah sakit.

Strategi 2 : Meningkatkan pelayanan kesehatan sebagai rumah sakit rujukan, dengan arah kebijakan :

- 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.

II. Misi 4 :

Strategi 1 : Meningkatkan kualitas tata kelola rumah sakit melalui nilai Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM), dengan arah kebijakan :

- Melakukan survey Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) di rumah sakit.

Strategi 2 : Meningkatkan pengelolaan keuangan dan kinerja rumah sakit, dengan arah kebijakan :

- Peningkatan kualitas system akuntabilitas keuangan dan kinerja yang terintegrasi.

Strategi adalah pendekatan secara keseluruhan yang berkaitan dengan pelaksanaan gagasan, perencanaan dan eksekusi sebuah aktivitas dalam kurun waktu tertentu. Berikut matrik tujuan, sasaran, strategi dan arah kebijakan RSUD dr. Achmad Darwis dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

TABEL 4

Strategi dan arah kebijakan RSUD dr. Achmad Darwis Tahun 2016 – 2021

VISI : Terwujudnya Kabupaten Lima Puluh Kota Sejahtera dan Dinamis yang MANTAP berlandaskan Iman dan Taqwa			
MISI 3 : Meningkatkan Kualitas Sumber Daya Manusia			
Tujuan	Sasaran	Strategi	Arah Kebijakan
Terwujudnya peningkatan mutu pelayanan kesehatan sesuai standar	Terpenuhinya sumber daya rumah sakit	Meningkatnya sumber daya rumah sakit	Meningkatnya sarana, prasarana dan alat kesehatan serta pembinaan dan pengembangan aparatur dengan mengikutsertakan ke pelatihan, diklat, Bimtek, workshop, sosialisasi dan pertemuan ilmiah sesuai profesi tenaga kesehatan yang ada di rumah sakit
	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan sesuai standart	Meningkatnya pelayanan kesehatan sebagai rumah sakit rujukan	Peningkatan standarisasi pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal (SPM) rumah sakityang telah ditetapkan dengan Peraturan Bupati Lima Puluh Kota Nomor 117 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah RSUD dr. Achmad Darwis

MISI 4 : Meningkatkan Tata Kelola Pemerintahan dan Kualitas Pelayanan Publik			
Tujuan	Sasaran	Strategi	Arah Kebijakan
Terwujudnya peningkatan kualitas tata kelola rumah sakit yang baik	Meningkatnya kualitas layanan rumah sakit	Meningkatnya kualitas tata kelola rumah sakit melalui nilai Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)	Melakukan survey Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)
	Meningkatnya akuntabilitas keuangan dan kinerja rumah sakit	Meningkatnya pengelolaan keuangan dan kinerja rumah sakit	Peningkatan kualitas system akuntabilitas keuangan dan kinerja yang terintegrasi

RENCANA PROGRAM DAN KEGIATAN SERTA PENDANAAN

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

A. Program Setiap OPD

Program yang akan dilaksanakan Rumah Sakit Umum Daerah dr. Achmad darwis Tahun 2017 berdasarkan program setiap SKPD menurut Permendagri 13 Tahun 2006, Permendagri 59 Tahun 2007 dan Permendagri 61 Tahun 2007 adalah :

1. Program Pelayanan Administrasi Perkantoran dengan kegiatan :
 - a. Kegiatan penyediaan jasa surat menyurat.
 - b. Kegiatan penyediaan jasa komunikasi sumber daya air dan listrik.
 - c. Kegiatan penyediaan jasa administrasi keuangan.
 - d. Kegiatan penyediaan alat tulis kantor.
 - e. Kegiatan penyediaan belanja cetak dan penggandaan.
 - f. Kegiatan penyediaan komponen listrik/ penerangan kantor
 - g. Kegiatan penyediaan makanan dan minuman.
 - h. Kegiatan rapat koordinasi dan konsultasi ke luar daerah.

2. Program Peningkatan Sarana dan Prasarana Aparatur, dengan kegiatan:
 - a. Kegiatan pengadaan kendaraan dinas/operasional.
 - b. Kegiatan pengadaan peralatan gedung kantor.
 - c. Kegiatan pemeliharaan rutin /berkala kendaraan dinas / operasional.
 - d. Kegiatan Pemeliharaan rutin/berkala peralatan gedung kantor.
3. Program Peningkatan disiplin aparatur, dengan kegiatan :
 - a. Kegiatan pengadaan penunjuk waktu/mesin absensi.
 - b. Kegiatan pengadaan pakaian dinas.
4. Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Aparatur, dgn kegiatan:
 - a. Kegiatan pendidikan dan pelatihan formal.
5. Program Peningkatan Pengembangan Sistem Pelaporan Capaian Kinerja dan Keuangan, dengan kegiatan :
 - a. Kegiatan penyusunan laporan capaian kinerja dan ikhtisar realisasi kinerja SKPD.

B. Program Urusan Wajib

Program yang akan dilaksanakan Rumah Sakit Umum Daerah dr. Achmad Darwis Tahun 2017 berdasarkan program setiap SKPD menurut Permendagri 13 Tahun 2006, Permendagri 59 Tahun 2007 dan Permendagri 61 Tahun 2007 adalah :

1. Program Pengadaan Standarisasi Pelayanan Kesehatan, dengan kegiatan :
 - a. Kegiatan penyusunan perencanaan program dan kegiatan
2. Program promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat
 - a. Kegiatan pengembangan rumah sakit dan promosi kesehatan.
3. Program Pengadaan Peningkatan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit, Rumah Sakit Jiwa/ Rumah Sakit Paru-paru/ Rumah Sakit Mata dengan kegiatan :
 - a. Kegiatanpengadaan kendaraan Ambulance.
 - b. Kegiatanpembangunan ruang rawat inap Rumah Sakit (VVIP, VIP, kls I,II,III)
 - c. Kegiatan pembangunan instalasi pengolahan limbah Rumah Sakit

- d. Kegiatan pengadaan alat-alat Rumah Sakit.
 - e. Kegiatan Pengembangan type Rumah Sakit.
 - f. Kegiatan Pembangunan Gedung Instalasi Laundry
 - g. Kegiatan Pembangunan Gedung Instalasi Farmasi
4. Program Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit, Rumah Sakit Jiwa/ Rumah Sakit Paru-paru/ Rumah Sakit Mata dengan kegiatan :
- a. Kegiatan pemeliharaan rutin/ berkala rumah sakit
 - b. Kegiatan Pemeliharaan rutin/ berkala alat-alat kesehatan rumah sakit
 - c. Kegiatan Pemeliharaan rutin/ berkala ambulance/ mobil Jenazah
5. Program Kemitraan Peningkatan Pelayanan Kesehatan, dengan kegiatan:
- a. Kegiatan Kemitraan peningkatan kualitas dokter dan paramedis.
 - b. Kegiatan Kemitraan pengobatan pasien kurang mampu.
6. Program Peningkatan Mutu Pelayanan BLUD, dengan kegiatan :
- a. Kegiatan Pelayanan BLUD Rumah Sakit
7. Program Pembinaan Lingkungan Sosial :
- a. Kegiatan Penyediaan/Pemeliharaan Sarana Pelayanan Kesehatan.
 - b. Kegiatan Sarana Pelayanan Kesehatan.

B. Perjanjian Kinerja Tahun 2019

TABEL 5
PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2019

OPD : RSUD dr. ACHMAD DARWIS

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target
1	Terpenuhinya sumber daya rumah sakit	Persentase sumber daya rumah sakit sesuai standar	65%
2	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan sesuai standar	Persentase indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) rumah sakit yang mencapai target	78%

3	Meningkatnya kualitas layanan rumah sakit	Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)	82%
4	Meningkatnya akuntabilitas keuangan dan kinerja rumah sakit	Nilai akuntabilitas kinerja rumah sakit	70%

No	Program Kegiatan	Anggaran (Rp)	Ket
1	Program pelayanan adm perkantoran	818.104.000,00	APBD
2	Program peningkatan sarana dan prasarana aparatur	70.792.750,00	APBD
3	Program Peningkatan Pengembangan Sistem Pelaporan Capaian Kinerja dan Keuangan	4.919.400,00	APBD
4	Program pengadaan peningkatan sarana prasarana Rumah sakit	11.391.774.000,00	APBD + DAK
5	Program kemitraan peningkatan pelayanan kesehatan	1.045.450.000,00	APBD
6	Program Pelayanan dan pendukung pelayanan BLUD	20.384.867.000,00	BLUD
JUMLAH		33.715.907.150,00	

BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

A. Metodologi Pengukuran Capaian Target Kinerja

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

TABEL 6
METODOLOGI PENGUKURAN CAPAIAN TARGET KINERJA

NO	KLASIFIKASI PENILAIAN	PREDIKAT
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 7
PENGUKURAN KINERJA

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target	Realisasi	% Capaian	Predikat
1	Terpenuhi sumber daya rumah sakit	Persentase sumber daya rumah sakit sesuai standar	65%	87,98%	135,35%	Sangat Tinggi
2	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan sesuai standar	Persentase indicator Standar Pelayanan Minimal (SPM) rumah sakit yang mencapai target	78%	79,57%	98,03%	Sangat Tinggi

3	Meningkatnya kualitas layanan rumah sakit	Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)	82%	80,08%	97,66%	Sangat Tinggi
4	Meningkatnya akuntabilitas keuangan dan kinerja rumah sakit	Nilai akuntabilitas kinerja rumah sakit	70%	63,89%	91,27%	Sangat Tinggi

C. Analisis dan Capaian Kinerja

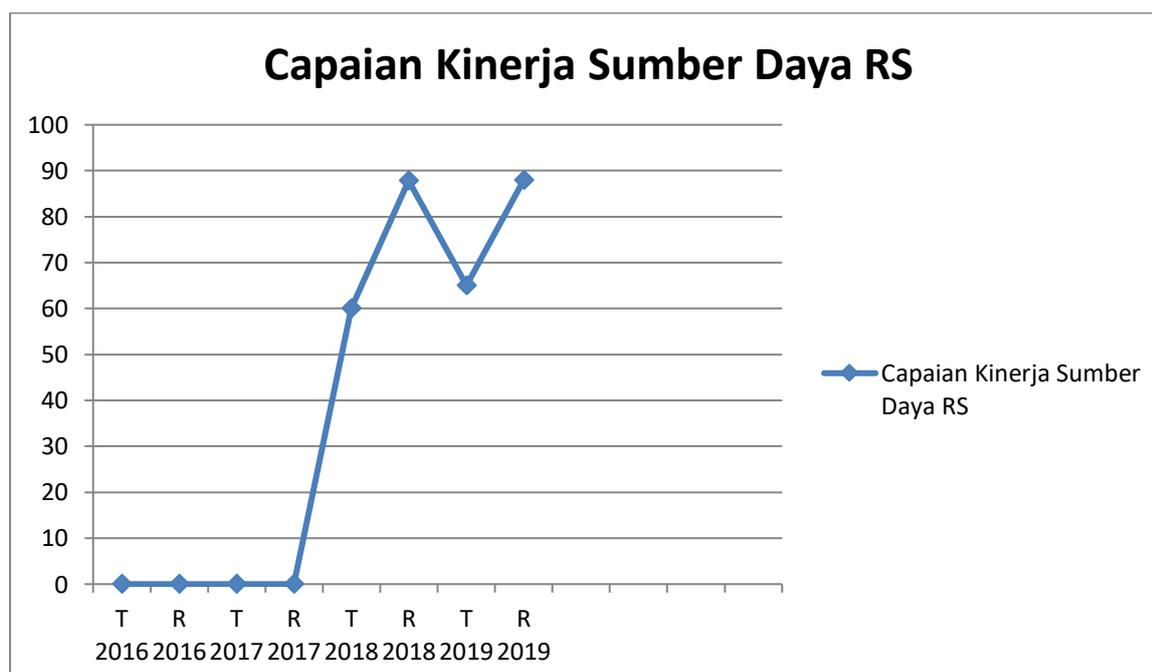
1. Terpenuhinya Sumber Daya Rumah Sakit

TABEL 8
Capaian Kinerja Sumber Daya Rumah Sakit

No	Indikator Kinerja	Target RPJMD	T	R	T	R	T 2018	R 2018	T 2019	R 2019	Ket
			2016	2016	2017	2017					
1	Persentase sumber daya rumah sakit sesuai standar		-	-	-	-	60%	87,83%	65%	87,98%	

Adapun Grafik Capaian Kinerja Sumber Daya Rumah Sakit dari tahun 2016 – 2019 adalah sebagai berikut :

GAMBAR 4
Grafik Capaian Kinerja Sumber Daya Rumah Sakit



Dari Grafik Capaian Kinerja Sumber Daya Rumah Sakit di atas dapat dilihat bahwa Target tahun 2016 = 0 dan Realisasi tahun 2016 = 0, Target 2017 = 0 dan Realisasi tahun 2017 = 0, Target tahun 2018 = 60% dan Realisasi 2018 = 87,83% sedangkan untuk Target 2019 = 65% dan Realisasi = 87,98%.

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.

Rumus :

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

$$\frac{73,85 + 126,09 + 64,01}{3} \times 100\% \\ \frac{263,95}{3} \times 100\% = \mathbf{87,98\%}$$

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa persentase sumber daya rumah sakit sesuai standart RSUD dr. Achmad Darwis tahun 2019 adalah sebesar 87,98%.

Adapaun 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 2019 sebanyak 436 jenis obat, sedangkan pengadaan atau pembelian obat pada tahun 2019 sebanyak 322 jenis obat yang terpenuhi.

Jumlah item pembelian, pengadaan dan pemakaian obat fluktuatif per bulan pelayanan. 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.

Penyusunan dan perencanaan di RBA merujuk kepada RKO Nasional berdasarkan pola konsumsi pada tahun sebelumnya. Pembelian vaksin tidak direncanakan di RSUD dr. Achmad darwis dan apabila ada kasus berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan Kabupaten / Propinsi.

Adapun perhitungan jenis obat yang terpenuhi selama tahun anggaran 2019 adalah sebagai berikut:

RUMUS :

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

$$\frac{322}{436} \times 100 = 73,85\%$$

Dari perhitungan di atas dapat dilihat bahwa untuk komponen Persentase Jenis Obat yang Terpenuhi di RSUD dr. Achmad Darwis pada tahun 2019 adalah sebesar 73,85 %.

DOKUMENTASI KEGIATAN SUMBER DAYA RUMAH SAKIT PENGADAAN OBAT- OBATAN RUMAH SAKIT TAHUN 2019 :

GAMBAR 5

DOKUMENTASI PENGADAAN OBAT- OBATAN RUMAH SAKIT TAHUN 2019



GAMBAR 6

DOKUMENTASI PENGADAAN OBAT- OBATAN RUMAH SAKIT TAHUN 2019



GAMBAR 7

DOKUMENTASI PEMERIKSAAN PENGADAAN OBAT- OBATAN TAHUN 2019



2. Persentase Sumber Daya Manusia (SDM) yang sesuai standar pada tahun 2019 adalah :

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

Pada Tahun 2019 Jumlah Pegawai yang harus memiliki STR ditargetkan sebanyak 224 oran (seharusnya sebanyak 257 orang), terealisasi sebanyak 256 orang.

Rincian jumlah pegawai yang harus memiliki STR sebanyak 257 orang adalah sebagai berikut :

- Profesi Dokter 32 Orang.
- Perawat 118 orang.
- Perawat Gigi 2 orang.

- Penata Anestesi 4 orang.
- Bidan 46 orang.
- Apoteker 6 orang.
- Teknis Kefarmasian 14 orang.
- Kesling 1 orang.
- Gizi 2 orang.
- Fisiotherapi 3 orang.
- Radiografer 6 orang.
- Elektromedis 1 orang.
- Refraksi Optision 2 orang.
- Ahli Tekhnologi Laboratorium 12 orang.
- Perekam Medis 8 orang.

Rincian realisasi jumlah pegawai yang memiliki STR sebanyak 256 orang adalah sebagai berikut :

- Profesi Dokter 32 Orang.
- Perawat 118 orang.
- Perawat Gigi 2 orang.
- Penata Anestesi 4 orang.
- Bidan 46 orang.
- Apoteker 6 orang.
- Teknis Kefarmasian 14 orang.
- Kesling 0 orang.
- Gizi 2 orang.
- Fisiotherapi 3 orang.
- Radiografer 6 orang.
- Elektromedis 1 orang.
- Refraksi Optision 2 orang.
- Ahli Tekhnologi Laboratorium 12 orang.
- Perekam Medis 8 orang.

Rincian realisasi jumlah pegawai yang tidak memiliki STR sebanyak 2 orang adalah sebagai berikut :

- Dokter 1 orang
- Kesling 1 orang

$$\text{Perhitungan} \quad : \quad \frac{256}{257} \times 100 = 99,61 \%$$

- b. Jumlah pegawai rumah sakit yang akan mengikuti diklat, sosialisasi, workshop dan Bimtek.

Jumlah pegawai yang mengikuti diklat, sosialisasi, workshosp dan bimtek pada tahun 2019 di targetkan 371 orang, terealisasi sebanyak 566 orang.

$$\text{Perhitungan} \quad : \quad \frac{566}{371} \times 100 = 152,56\%$$

Adapun diklat, Sosialisasi, workshop dan bimtek yang diikuti pada tahun 2019 adalah sebagai berikut :

- Mengikuti workshop dan seminar Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE) di Fasyankes sebanyak 5 orang.
- Mengikuti pelatihan Aseptik Dispensing (IV idmixture dan total parental nutrisions) sebanyak 2 orang.
- Mengikuti Acara Basic Advanced and Workshop in Transfusion) sebanyak 1 orang.
- Mengikuti study Pembelajaran tentang pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat (PKPO) dan layanan unggulan di RSUD Pasar Rebo Jakarta sebanyak 5 orang.
- Mengikuti seminar sehari flora training centre (FTC) dengan tema penerapan early warning scoring system (EWS) dalam menurunkan angka hospital cardiac arrest pada akreditasi SNARS 2019 sebanyak 9 orang.
- Mengikuti sosialisai dan workshop remunerasi 3P sebanyak 50 orang.
- Mengikuti seminar dan workshop dalam bidang operasi telinga dan sinus per Endoskopi, Jakarta Endoscopic ear & surgeri course (JE2S) sebanyak 1 orang.
- Mengikuti diklat pengadaan barang dan jasa sebanyak 1 orang.
- Mengikuti sosialisasi pelayanan IGD Ponek, pelayanan Keperawatan, Monitoring dan Evaluasi Hais oleh IPCN sebanyak 7 orang.
- Mengikuti workshop pengelolaan asuhan keperawatan sesuai Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) edisi 1 sebanyak 1 orang.
- Mengikuti pelatihan keperawatan intensif dasar (ICU dasar) angkatan ke 3 plus UKOM kekhususan sebanyak 3 orang.

- Mengikuti seminar dan workshop Central Steril Supply Departemen (CSSD) sebanyak 4 orang.
- Mengikuti diklat Bantuan Hidup Dasar bagi awam sebanyak 1 orang.
- Mengikuti pelatihan Advance Cardiac Life Support (ACLS) sebanyak 1 orang.
- Mengikuti workshop pelayanan kefarmasian dan pengelolaan obat sebanyak 2 orang.
- Mengikuti workshop eksternal kurikulum pendidikan profesi bidan sebanyak 1 orang.
- Mengikuti talkshow dan seminar keperawatan sebanyak 1 orang.
- Mengikuti pelatihan asesor kompetensi kerja bidan klinik di RSUP M. Djamil Padang sebanyak 1 orang.
- Mengikuti workshop khusus Manajer Pelayanan Pasien (MPP) dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) edisi 1 sebanyak 1 orang.
- Mengikuti pelatihan penguatan tenaga coder INA CBGs sebanyak 1 orang.
- Mengikuti sosialisasi puskesmas ramah anak (KLA Kluster Kesehatan dan Kesejahteraan) sebanyak 1 orang.
- Mengikuti pelatihan teknis pengelolaan dan pertanggungjawaban keuangan BLUD RSUD 2019 sebanyak 3 orang.
- Mengikuti bimbingan teknis insentif penatausahaan keuangan sebanyak 3 orang.
- Mengikuti teknis insentif penatausahaan keuangan sebanyak 1 orang.
- Mengikuti workshop para pimpinan dan direktur serta pokja akreditasi rumah sakit sebagai asesor internal sebanyak 10 orang.
- Mengikuti sosialisasi pengelolaan statistik sektoral dan big data sebanyak 2 orang.
- Mengikuti sosialisasi penerimaan PPDS/PGDS dan permasalahan dokter PPDS di rumah sakit sebanyak 1 orang.
- Mengikuti pelatihan coding dan manajemen verifikasi internal dalam dispute klaim serta implementasi digitalisasi klaim menggunakan aplikasi siranap dan aslk di era JKN sebanyak 2 orang.

- Mengikuti pertemuan ilmiah tahunan perhimpunan dokter spesialis bedah indonesia ke 23 sebanyak 1 orang.
- Mengikuti pertemuan ilmiah tahunan perhimpunan dokter spesialis kulit dan kelamin (PIT XVII PERDOSKI) sebanyak 1 orang.
- Mengikuti simposium dan workshop pertemuan ilmiah Nasional (PIN) PB PARDI XVI sebanyak 1 orang.
- Mengikuti sosialisasi Konas 15 PIT 44 PERDAMI Universal Eye Health sebanyak 1 orang.
- Mengikuti bimbingan teknis penyusunan Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) tahun anggaran 2020 sebanyak 2 orang.
- Mengikuti pertemuan ilmiah PIT Perdami VIII dengan tema comprehensive musculoskeletal imaging in advancing age sebanyak 1 orang.
- Mengikuti workshop orientasi pembiayaan KB melalui Ina CBGs di FKRTL dan forum peningkatan pelayanan KB MKJP di Fasyankes pemerintah dan swasta propinsi Sumbar tahun 2019 sebanyak 1 tahun.
- Mengikuti studi pembelajaran akreditasi SNARs di RSUD dr. Rasidin Padang sebanyak 70 orang.
- Mengikuti sosialisasi dan diskusi implementasi Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 16 Tahun 2019 sebanyak 3 orang.
- Mengikuti sosialisasi peraturan perundang – undangan di Bidang cukai dan Retribusi dan penerimaan lain – lain dengan materi Evaluasi pelaksanaan DBHCHT semester I TA 2019 dan pemantauan progres penggunaan DBHCHT untuk mendukung program Jaminan Kesehatan Nasional sebanyak 2 orang.
- Mengikuti sosialisasi dan pembentukan Sub Klaster Kesehatan Tingkat Kabupaten Lima Puluh Kota sebanyak 1 orang.
- Mengikuti sosialisasi DED jaringan TIK Kabupaten Lima Puluh Kota sebanyak 2 orang.
- Mengikuti bimbingan teknis keprotokolan sebanyak 2 orang.
- Mengikuti workshop evaluasi evaluasi RKPD triwulan III Lingkup Bidang SDM, Sosbud dan pemerintaha sebanyak 2 orang.

- Mengikuti sosialisasi pertemuan penyusunan Rencana Kerja Anggaran (RKA) Dana Alokasi Khusus (DAK) Bidang Kesehatan Tahun 2020 sebanyak 4 orang.
- Mengikuti workshop dan simposium dalam kegiatan ilmiah tahunan UKK Neonatologi IDAI yang berskala Nasional sebanyak 2 orang.
- Mengikuti sosialisasi uji coba aplikasi SIMPEL AJA dilingkungan pemerintah Kabupaten Lima Puluh Kota sebanyak 2 orang.
- Mengikuti sosialisasi Inovasi publik sebanyak 2 orang.
- Mengikuti sosialisasi Smart Branding sebanyak 2 orang.
- Mengikuti sosialisasi intergrasi dokumen lingkungan hidup ke dalam dokumen perencanaan pembangunan sebanyak 2 orang.
- Mengikuti sosialisasi penggunaan aplikasi e-persuratan sebanyak 2 orang.
- Mengikuti seminar dan workshop tentang intergrasi Sasaran Kinerja Pegawai (SKP) dalam peningkatan jenjang karier perawat fungsional melalui Uji Kompetensi (UKOM) sebanyak 2 orang.
- Mengikuti pelatihan jabfung sanitarian ahli sebanyak 1 orang.
- Mengikuti workshop pemilik, pimpinan RS, Komite Medik, Komite Keperawatan dan Tim Pokja Akreditasi rumah sakit tentang peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1.1 sebanyak 2 orang.
- Mengikuti bimbingan teknis (Bimtek) SPIP Pemerintah Kabupaten Lima Puluh Kota sebanyak 3 orang.
- Mengikuti workshop K3 rumah sakit sebanyak 8 orang.
- Mengikuti diklat EWS dan code blue sistem sebanyak 60 orang.
- Mengikuti sosialisasi dan pelatihan Asuhan Keperawatan sesuai SNARS 1 sebanyak 20 orang.
- Mengikuti diklat in house training manajemen nyeri sebbanyak 31 orang.
- Mengikuti seminar tentang pra eklamsi berat (PEB) sebanyak 90 orang.
- Mengikuti diklat in house training PMKP sebanyak 50 orang.

- Mengikuti in house training point of care testing (POCT) sebanyak 50 orang.
- Mengikuti pelatihan Sistem Manajemen Akreditasi (Sismadak) rumah sakit sebanyak 25 orang.

Perhitungan Persentase Sumber Daya Manusia (SDM) yang sesuai standar pada tahun 2019 adalah :

RUMUS :

$\frac{\text{Jml pegawai yang harus memiliki STR} + \text{Jml pegawai RS yg akan mengikuti diklat, sos, workshop dan Bimtek}}{2} \times 100\%$

2

$$\frac{99,61 + 152,56}{2} \times 100\% = 126,09 \%$$

Dari perhitungan di atas dapat dilihat bahwa untuk komponen Persentase Sumber Daya Manusia (SDM) yang sesuai standar RSUD dr. Achmad Darwis pada tahun 2019 adalah sebesar 126,09 %.

DOKUMENTASI KEGIATAN SUMBER DAYA RUMAH SAKIT PENDIDIKAN DAN PELATIHAN (DIKLAT) TAHUN 2019 :

GAMBAR 8

DOKUMENTASI DIKLAT SURVEY AKREDITASI RUMAH SAKIT TAHUN 2019



GAMBAR 9

DOKUMENTASI DIKLAT AKREDITASI SNARS EDISI 1 TAHUN 2019



GAMBAR 10

DOKUMENTASI DIKLAT BANTUAN HIDUP DASAR (BHD) TAHUN 2019



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

- Sarana

Sarana yang ada di RSUD dr. Achmad Darwis ada sebanyak 8 gedung pelayanan, menurut Permenkes Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, sarana yang tertuang sebanyak 13 gedung pelayanan, jadi ada kekurangan 5 gedung pelayanan menurut standar Permenkes tersebut.

Sarana yang ada di RSUD dr. Achmad Darwis (8 Gedung Pelayanan) tersebut belum memenuhi atau mencukupi standar Permenkes, seperti gedung Laboratorium, gedung Radiologi, Gedung Gizi, Gedung Pemulasaran Jenazah sehingga capaian bobot sarana sampai akhir tahun 2019 di RSUD dr. Achmad Darwis adalah **71,62%**.

Kondisi saat ini ada 6 gedung lama yang tidak sesuai standart yang sudah harus direnovasi atau direhab sebagaimana tertuang dalam masterplan RSUD dr. Achmad Darwis.

DOKUMENTASI KEGIATAN SUMBER DAYA RUMAH SAKIT PENGADAAN SARANA, PRASARANA DAN ALAT KESEHATAN TAHUN 2019 :

GAMBAR 11

DOKUMENTASI PENGADAAN GEDUNG INSTALASI LOUNDRY TAHUN 2019



GAMBAR 12

DOKUMENTASI PENGADAAN GEDUNG INSTALASI FARMASI TAHUN 2019



- Prasarana

Prasarana menurut Permenkes Nomor 56 tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit adalah 23 unit, sedangkan prasarana yang telah ada di RSUD dr. Achmad Darwis sekarang adalah 15 unit, jadi kekurangan prasarana sampai saat ini adalah 8 unit. Prasarana yang ada saat ini di RSUD dr. Achmad Darwis ada beberapa yang menumpang pada gedung pelayanan yang lain seperti IPSRS berada di gedung Gizi, Kesling berada di gedung poliklinik lama, sesuai daftar analisa. Kondisi prasarana RSUD dr. Achmad Darwis sesuai standart tahun 2019 adalah **61,97%**.

- Alat Kesehatan

Menurut Permenkes Nomor 56 Tahun 2014 total alat kesehatan yang ada sebanyak 1.095 unit alat kesehatan, sedangkan alat kesehatan yang ada di RSUD dr. Achmad Darwis saat ini 640 unit alat kesehatan yang sesuai standart Permenkes tersebut. Sehingga masih banyak jenis alat kesehatan sesuai standart yang belum ada di RSUD dr. Achmad Darwis, dapat dilihat kekurangan alat kesehatan sebanyak 469 unit di setiap ruangan pelayanan yang ada di RSUD dr. Achmad Darwis. Kondisi alat kesehatan yang ada di RSUD dr. Achmad Darwis sampai tahun 2019 adalah **58,44%**.

Perhitungan :

$$\frac{640}{1.095} \times 100 = 58,44\%$$

Kondisi alat kesehatan yang ada di RSUD dr. Achmad Darwis saat ini \pm 15% diantaranya adalah alat lama yang sudah tidak harus diganti dengan alat baru dengan teknologi yang baru karena dari fungsinya banyak tidak terpakai lagi oleh user secara maksimal disebabkan karena sering rusak. Ketika diperbaiki oleh tenaga IPSRS tidak bertahan lama, jadi secara ekonomis juga tidak efisien lagi.

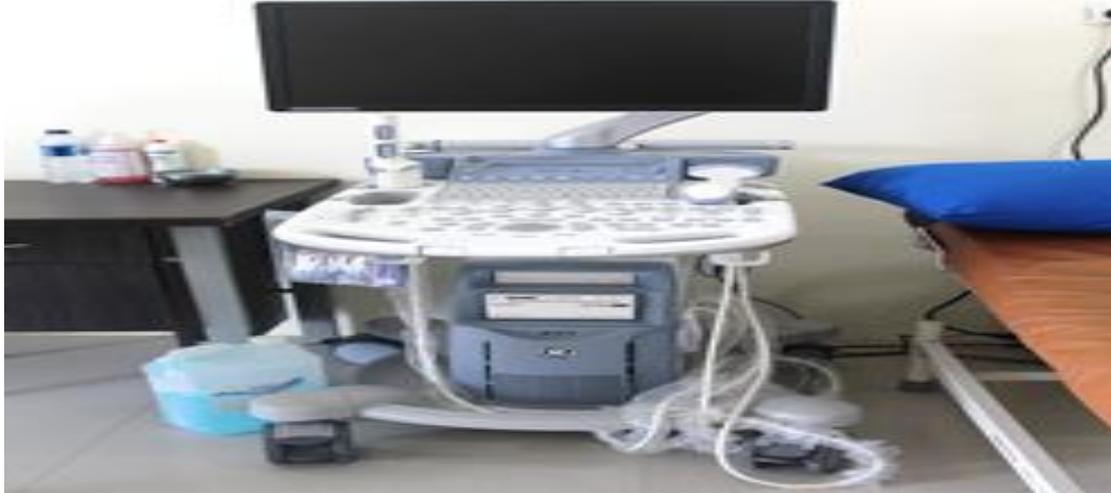
GAMBAR 13
DOKUMENTASI PENGADAAN ALKES PATIENT MONITOR TAHUN 2019



GAMBAR 14
DOKUMENTASI PENGADAAN ALKES MESIN ANESTESI TAHUN 2019



GAMBAR 15
DOKUMENTASI PENGADAAN ALKES USG 3D TAHUN 2019



Perhitungan Persentase ketersediaan sarana, prasarana dan alat kesehatan yang sesuai standart pada tahun 2019 adalah :

RUMUS :

$$\frac{\text{Persentase sarana} + \text{Persentase prasarana} + \text{Persentase alat kesehatan}}{3} \times 100$$
$$\frac{71,62 + 61,97 + 58,44}{3} \times 100\% = 64,01\%$$

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 2019 adalah sebesar 64,01 %.

Adapaun kegiatan tahun 2019 yang mendukung keberhasilan untuk terpenuhinya sumber daya rumah sakit yaitu persentase sumber daya rumah sakit sesuai standar adalah sebagai berikut :

- a. Kegiatan : Pengadaan alat – alat rumah sakit.
- b. Kegiatan : Pembangunan gedung Instalasi Laundry.
- c. Kegiatan : Pembangunan gedung Instalasi Farmasi.

Sedangkan untuk Komponen Pengadaan obat dan Sumbar Daya Manusia (SDM) rumah sakit kegiatannya berada pada anggaran BLUD RSUD dr.

Achmad Darwis pada Rencana Bisnis Anggaran (RBA) tahun 2019 adapun kegiatannya adalah sebagai berikut :

- a. Kegiatan : Pelayanan dan pendukung pelayanan BLUD (Belanja Obat – obatan).
- b. Kegiatan : Pelayanan dan pendukung pelayanan BLUD (Pendidikan dan pelatihan /Diklat).

2. Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Sesuai Standar

TABEL 9

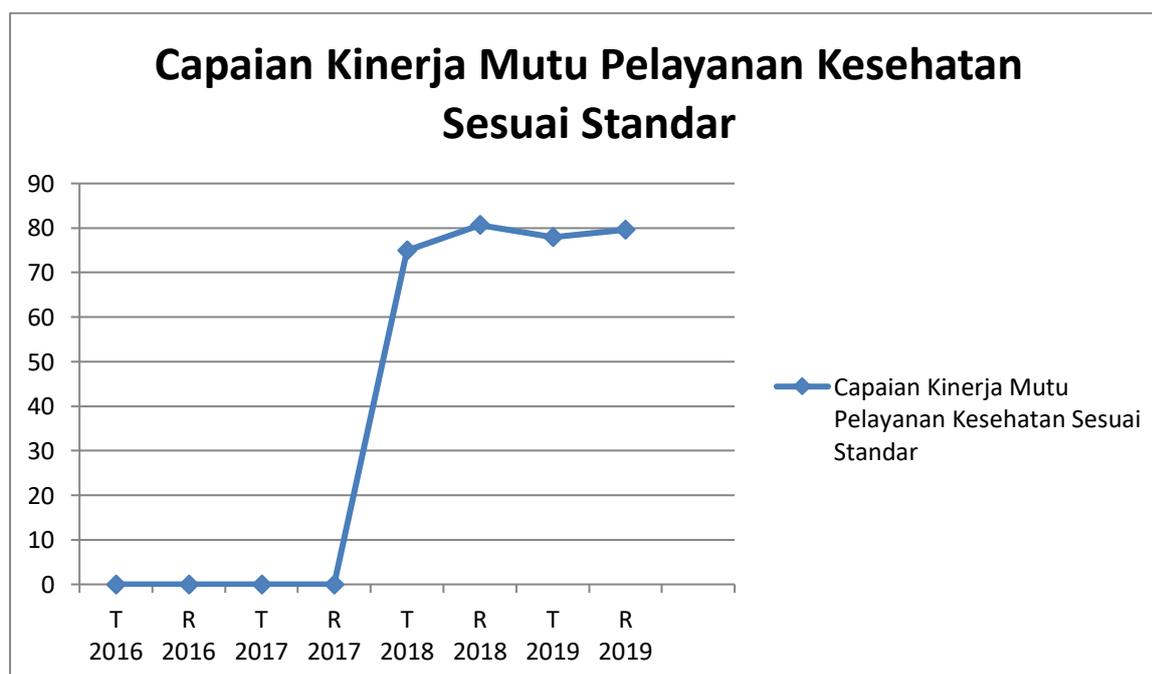
Capaian Kinerja Mutu Pelayanan Kesehatan Sesuai Standar

No	Indikator Kinerja	Target RPJMD	T	R	T	R	T	R 2018	T 2019	R 2019	Ket
			2016	2016	2017	2017	2018				
1	Persentase indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) rumah sakit yang mencapai target		-	-	-	-	75%	80,65%	78	79,57%	

Adapun Grafik Capaian Kinerja Mutu Pelayanan Kesehatan sesuai Standar dari tahun 2016 – 2019 adalah sebagai berikut :

GAMBAR 16

Grafik Capaian Kinerja Mutu Pelayanan Kesehatan sesuai Standar



Dari Grafik Capaian Kinerja Mutu Pelayanan Kesehatan Sesuai Standar di atas dapat dilihat bahwa Target tahun 2016 = 0 dan Realisasi tahun 2016 = 0, Target 2017 = 0 dan Realisasi tahun 2017 = 0, Target tahun 2018 = 75% dan Realisasi 2018 = 80,65% sedangkan untuk Target 2019 = 78% dan Realisasi = 79,57%.

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. Trend capaian persentase indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang mencapai target 78%.

Capaian persentase Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang mencapai target pada tahun 2019 sebesar %.

Standar Pelayanan Minimal (SPM) RSUD dr. Achmad Darwis terdiri dari 22 jenis pelayanan dan 93 Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM). Masing – masing Bidang dan Sekretariat mempunyai jenis pelayanan dan indikator standar pelayanan minimal.

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 2016 sampai dengan tahun 2021.

RSUD dr. Achmad Darwis memiliki 22 jenis pelayanan dan 93 indikator pelayanan SPM. Pada masing – masing bidang dan sekretariat memiliki berbeda beda jumlah jenis layanan dan indikator layanan sesuai dengan tupoksi masing – masing bidang dan sekretariat. Pembagian jenis pelayanan dan indikator pelayanan pada masing – masing bidang yaitu sekretaris dengan 2 jenis pelayanan dan 11 indikator pelayanan, bidang sarana, prasarana dan logistik dengan 4 jenis pelayanan dan 10 indikator pelayanan, bidang pelayanan medis dan keperawatan dengan 8 jenis pelayanan dan 44 indikator

pelayanan, sedangkan untuk bidang penunjang dan promosi pengembangan rumah sakit dengan 8 jenis pelayanan dan 28 indikator pelayanan.

Dari penjelasan di atas, didapat perhitungan persentase indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) masing – masing bidang dan sekretariat adalah sebagai berikut :

1. Sekretariat

- Jumlah seluruh indikator pelayanan SPM = 11
- Jumlah indikator pelayanan SPM yang mencapai target = 10

2. Bidang Sarana, prasarana dan Logistik

- Jumlah seluruh indikator pelayanan SPM = 10
- Jumlah indikator pelayanan SPM yang mencapai target = 7

3. Bidang Pelayanan Medis dan Keperawatan

- Jumlah seluruh indikator pelayanan SPM = 44
- Jumlah indikator pelayanan SPM yang mencapai target = 37

4. Bidang Pelayanan Penunjang dan Promosi Pengembangan Rumah Sakit

- Jumlah seluruh indikator pelayanan SPM = 28
- Jumlah indikator pelayanan SPM yang mencapai target = 20

Sehingga jumlah seluruh indikator pelayanan SPM RSUD dr. Achmad Darwis tahun 2019 sebanyak 93 indikator, sedangkan jumlah indikator pelayanan SPM yang mencapai target sebanyak 74 indikator dan indikator pelayanan SPM yang tidak mencapai target sebanyak 19 indikator.

TABEL 10

Standar Pelayanan Minimal (SPM) RSUD dr. Achmad Darwis Tahun 2019.

Sasaran Strategis	Indikator Sasaran	Target	Realisasi	Capaian	Analisa	Ket
Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan gawat darurat yang mencapai target	Jumlah indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan gawat darurat yang mencapai target	8 indikator	7 indikator		Dari 8 indikator target yang terealisasi sebanyak 7 indikator 7/8 X100 = 87,50%	
1. Jenis Pelayanan Gawat Darurat						
	1. Kemampuan menangani life saving	100%	100%	Tercapai	Semua pasien gawat darurat yang membutuhkan life saving yang datang ke IGD sudah mendapatkan pelayanan life saving	
	2. Jam buka pelayanan gawat darurat 24 jam	100%	100%	Tercapai	Instalasi gawat darurat buka 24 jam setiap hari	
	3. Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat yang masih berlaku ATLS/BTLS/ACLS/PPGD	93%	100%	Tercapai	Semua tenaga yang memberikan pelayanan di Instalasi Gawat Darurat semua sudah bersertifikat kegawatdaruratan	
	4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana	Satu Tim	Satu Tim	Tercapai	Sudah terbentuk satu tim penanggulangan bencana	

	5. Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat 5 menit	2 menit	1,5 menit	Tercapai	Sudah terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsive untuk menyelamatkan pasien gawat darurat	
	6. Kepuasan pelanggan pada gawat darurat	86%	80,70%	Tidak Tercapai	Untuk standar permenkes sudah mencapai target yaitu 80% untuk kepuasan pelanggan tetapi untuk standar rumah sakit tidak tercapai target, hal ini disebabkan Masih adanya keluhan pasien sehubungan waktu menunggu hasil pemeriksaan penunjang, hal ini ke depan harus ditindak lanjuti dengan evaluasi pemberian edukasi dan komunikasi yang efektif dan evaluasi hambatan komunikasi sesuai kondisi masyarakat.	
	7. Kematian pasien ≤ 24 jam	5 ‰	4,65 ‰	Tercapai	Berdasarkan target SPM yang ditetapkan RSUD dr. Achmad Darwis yaitu 5/1000, kematian pasien ≤ 24 jam di IGD sudah memenuhi standar. Sedangkan menurut standar	

					<p>Kemenkes yaitu $\leq 2/1000$ belum tercapai target, hal ini disebabkan karena :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengingat RSUD dr. Achmad Darwis adalah RS rujukan khususnya daerah Lima Puluh Kota dimana kasus yang datang ke IGD adalah kasus yang berat. 2. Adanya pemahaman masyarakat bahwa mereka akan dirawat bila penyakitnya sudah parah. 3. Untuk kasus berat dengan kondisi harus dirujuk ke fasilitas lebih lengkap keluarga sering menolak karena alasan tidak ada biaya keluarga yang menunggu 	
	8. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	100%	Tercapai	Sudah tidak ada pasien yang diharuskan menyerahkan uang muka kepada rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang diberikan	

Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan rawat jalan yang mencapai target	Jumlah indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan rawat jalan yang mencapai target	6 indikator	4 indikator		Dari 6 indikator target yang terealisasi sebanyak 4 indikator 4/6 X100 = 66,67%	
2. Jenis Pelayanan Rawat Jalan						
	1. Pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	97%	100%	Tercapai	Poliklinik pelayanan rawat jalan di RSUD dr. Achmad Darwis sudah dilayani oleh tenaga dokter spesialis	
	2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan	100%	100%	Tercapai	Sudah tersedia pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di rumah sakit	
	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	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik sudah buka sesuai ketentuan pelayanan	
	4. Waktu tunggu di rawat jalan 60 menit	≤ 60 menit	169 menit	Tidak Tercapai	Waktu tunggu pelayanan di poliklinik pada beberapa pelayanan belum mencapai standar yang ditetapkan. Hal ini disebabkan oleh beberapa hal,	

					<p>diantaranya :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Belum terpenuhinya jumlah dokter spesialis pada suatu jenis layanan b. Sebagian tenaga dokter spesialis masih tenaga referal dari RS lain, yang kedatangannya setelah selesai kegiatan di RS asal c. Adanya kondisi - kondisi khusus pasien yang mengharuskan dokter terlebih dahulu harus melayani pasien di rawat inap, ICU atau kamar operasi d. Keterbatasan jumlah sopir yang dikhususkan untuk penjemputan dokter spesialis saraf dari Bukittinggi yang kadang pelayanan terlambat dimulai e. Sistem pendaftaran dan pencarian status rekam medik pasien kadang 	
--	--	--	--	--	---	--

					masih terkendala karena persoalan jaringan internet	
	5. Kepuasan pelanggan	86%	80,08%	Tidak Tercapai	Hasil masih dibawah standar hal ini disebabkan karena masih tingginya waktu tunggu pasien di rawat jalan dengan kendala sebagaimana diuraikan di atas	
	6. Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategis DOTS	100%	100%	Tercapai	Sudah tercapai (Sesuai standar), semua pasien TBC yang datang sudah ditangani dengan sistem DOTS	
Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan rawat inap yang mencapai target	Jumlah indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan rawat inap yang mencapai target	10 indikator	9 indikator		Dari 10 indikator target yang terealisasi sebanyak 9 indikator 9/10 X100 = 90%	
3. Jenis pelayanan Rawat Inap						
	1. Pemberi pelayanan di rawat inap	100%	100%	Tercapai	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter spesialis, dokter umum dan perawat yang kompeten minimal D3	

	2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	100%	Tercapai	Semua pasien yang dirawat sudah mempunyai penanggung jawab pelayanan dokter	
	3. Ketersediaan pelayanan rawat inap	100%	100%	Tercapai	Semua pelayanan yang ditargetkan sudah dapat diberikan	
	4. Jam visite Dokter Spesialis 08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	100%	100%	Tercapai	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	$\leq 1,5\%$	0,38%	Tercapai	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi yaitu 0,38 %, sudah dibawah standar maksimal yang ditetapkan, artinya pelaksanaan langkah-langkah pengendalian pencegahan infeksi sudah berjalan dengan baik	
	6. Angka kejadian infeksi nosokomial	$\leq 1,5\%$	0,34%	Tercapai	Jumlah pasien yang mengalami infeksi nosokomial yaitu 0,34 %, sudah dibawah standar maksimal yang	

					ditetapkan $\leq 1,5\%$, artinya pelaksanaan langkah-langkah pengendalian pencegahan infeksi sudah berjalan dengan baik	
	7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh	100%	100%	Tercapai	Tidak adanya pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian artinya asesmen resiko jatuh dan pencegahan resiko jatuh sudah dijalankan	
	8. Kematian pasien > 48 jam	$\leq 0,24\%$	2,02%	Tidak Tercapai	Kematian pasien > 48 jam diatas standar ini disebabkan oleh antara lain : a. pasien tidak bersedia dirujuk b. pasien yang masuk dengan penyakit komplikasi c. Pasien yang masuk adalah pasien terminal	
	9. Kejadian pulang paksa	$\leq 5\%$	3,19%	Tercapai	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	≥ 85%	96,20%	Tercapai	Perasaan puas dari pelanggan terhadap pelayanan di rawat inap yang disampaikan melalui survei kepuasan sudah memenuhi standar	
Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan bedah yang mencapai target	Jumlah indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan bedah yang mencapai target	7 indikator	6 indikator		Dari 7 indikator target yang terealisasi sebanyak 6 indikator 6/7 X100 = 85,71%	
4. Jenis pelayanan Bedah						
	1. Waktu tunggu operasi efektif	≤ 2 hari	> 2 hari (66 jam)	Tidak Tercapai	Kendala dokter spesialis anestesi tidak setiap hari (Masa bakti PGDS/WKDS spesialis anestesi telah berakhir, dokter untuk penempatan periode Tenggang waktu tunggu untuk operasi yaitu dari	

					pasien dirawat /diinapkan, tenggang waktu tunggu untuk operasi yang terencana rata-rata selama 2 hari.	
	2. Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1 %	0,003%	Tercapai	Ada kejadian kematian di meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan tindakan anestesi maupun pembedahan 0,003 % dimana masih dibawah standar yang ditetapkan.	
	3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100%	Tercapai	Tidak ada kejadian operasi salah sisi artinya program sasaran keselamatan pasien sudah dijalankan dikamar operasi.	
	4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%	Tercapai	Tidak ada kejadian operasi salahorang artinya program sasaran keselamatan pasien sudah dijalankan dikamar operasi.	

	5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100%	Tercapai	Tidak ada kejadian operasi salah tindakan artinya program sasaran keselamatan pasien sudah dijalankan dikamar operasi.
	6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100%	Tercapai	Tidak ada kejadian tertinggal benda asing pada tubuh pasien artinya program sasaran keselamatan pasien sudah dijalankan dikamar operasi.
	7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube	≤ 6%	0%	Tercapai	Tidak ada Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan endotracheal tube artinya program sasaran keselamatan pasien sudah dijalankan dikamar operasi.
Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan persalinan dan perinatologi yang mencapai target	Jumlah indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan persalinan dan perinatologi yang mencapai target	7 indikator	6 indikator		Dari 7 indikator target yang terealisasi sebanyak 6 indikator 6/7 X100 = 85,71%

5. Jenis pelayanan Persalinan dan Perinatologi						
	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan a. Perdarahan $\leq 1\%$	$\leq 1\%$	0%	Tercapai	Tidak ada kejadian kematian ibu melahirkan karena perdarahan yang terjadi pada saat semua kala persalinan dan nifas	
	b. Pre-eklampsia	$\leq 30\%$	0%	Tercapai	Tidak ada kejadian kematian ibu melahirkan karena preeklamsi dan eklamsi	
	c. Sepsis	$\leq 0,2\%$	0%	Tercapai	Tidak ada kejadian kematian ibu melahirkan karena sepsis	
	2. Pemberi pelayanan persalinan normal	100%	100%	Tercapai	Semua Pemberi pelayanan persalinan normal adalah Dokter Sp.OG, bidan yang sudah terlatih.	
	3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	100%	100%	Tercapai	Sudah tersedia Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit yaitu tim PONEK yang terdiri Dokter Sp.OG, dokter umum terlatih, bidan dan perawat yang	

					sudah terlatih sudah tersedia, namun jumlah yang dilatih harus terus ditingkatkan	
	4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	100%	100%	Tercapai	Tercapai sesuai standar	
	5. Kemampuan menangani BBLR 1500 – 2500 gr	95%	100%	Tercapai	Tercapai sesuai standar	
	6. Pertolongan persalinan melalui seksio caseria	37%	41,90%	Tidak Tercapai	Pertolongan Persalinan melalui seksio cesaria masih diatas standar yang telah ditetapkan. Hal ini disebabkan karena RSUD dr. Achmad Darwis adalah RS rujukan tingkat dari fasilitas tingkat pertama sehingga kasus persalinan yang masuk ke RSUD dr. Achmad Darwis adalah kasus yang sudah dengan penyulit dan tidak bisa ditangani di fasilitas tingkat pertama	

	7. Kepuasan pelanggan	85%	92,00%	Tercapai	pernyataan puas pasien atas pelayanan persalinan sudah memenuhi standar artinya pelayanan persalinan yang diberikan sudah sesuai harapan pasien	
Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan intensif yang mencapai target	Jumlah indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan intensif yang mencapai target	2 indikator	1 indikator		Dari 2 indikator target yang terealisasi sebanyak 1 indikator 1/2 X100 = 50%	
6. Jenis pelayanan Intensif						
	1. Rata – rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3%	0,50%	Tercapai	Pasien yang kembali ke ruangan rawat intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang kecil dari nilai maksimal yang diperbolehkan	
	2. Pemberi pelayanan unit intensif	88%	65%	Tidak Tercapai	Pendidikan dan pelatihan akan dilakukan secara bertahap dengan melihat ketersediaan anggaran. Dan pada tahun 2019 karena kebutuhan pelayanan ada rotasi tenaga dari unit intensif	

Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan radiologi yang mencapai target	Jumlah indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan radiologi yang mencapai target	4 indikator	1 indikator		Dari 4 indikator target yang terealisasi sebanyak 1 indikator 1/4 X100 = 25%	
7. Jenis Pelayanan Radiologi						
	1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax	≤ 3 jam	3,56 jam	Tidak Tercapai	Hal ini disebabkan karena pelayanan radiologi di RSUD dr. Achmad Darwis berlangsung 24 jam dengan jadwal dinas petugas radiografer dibagi atas 3 shift. - Pagi = jam 8.00 – 14.00 - Sore = 14.00 – 20.00 - Malam = 20.00 – 8.00 Sedangkan dokter spesialis radiologi hanya 1 orang dengan jadwal dinas pagi saja.	
	2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen sama dr. Sp Radiologi	90%	81,71%	Tidak tercapai	Hal ini disebabkan karena pelayanan radiologi di RSUD dr. Achmad Darwis berlangsung 24 jam dengan jadwal dinas	

					<p>petugas radiografer dibagi atas 3 shift.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pagi = jam 8.00 – 14.00 - Sore = 14.00 – 20.00 - Malam = 20.00 – 8.00 <p>Sedangkan dokter spesialis radiologi hanya 1 orang dengan jadwal dinas pagi saja. Rontgen yang dilakukan diluar jadwal dinas dokter spesialis radiologi, ekspertise baru bisa dilakukan keesokan harinya.</p>	
	3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	≤ 2 %	2,46 %	Tidak Tercapai	Hal ini terjadi karena adanya permasalahan pada prosesor yang error sehingga hasil rontgen menjadi blur, penyebabnya adalah pasien yang kooperatif terutama pasien anak-anak sehingga hasil tidak sesuai.	
	4. Kepuasan pelanggan	86%	86%	Tercapai	Untuk meningkatkan kepuasan pasien terhadap layanan instalasi radiologi,	

					petugas hendaknya bekerja dengan sopan, ramah, berkomunikasi dengan baik serta bekerja dengan terampil sesuai dengan SOP	
Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan laboratorium patologi klinik yang mencapai target	Jumlah indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan laboratorium patologi klinik yang mencapai target	6 indikator	3 indikator		Dari 6 indikator target yang terealisasi sebanyak 3 indikator 3/6 X100 = 50%	
8. Jenis Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik						
	1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium (kimia darah dan darah rutin)	140 menit	125,84 menit	Tercapai	Pencapaian waktu tunggu pasien yaitu 125,84 menit	
	2. Pelaksana ekspertisi dr. Sp.PK	100%	61,21%	Tidak Tercapai	Hal ini disebabkan karena dokter spesialis patologi klinik hanya 1 orang sementara instalasi laboratorium buka pelayanan 24 jam sehingga untuk pasien yang dilayani malam hari terkadang tidak dilakukan ekspertise	

	3. Kejadian kegagalan pelayanan laboratorium	9%	0%	Tercapai	Kejadian kegagalan pelayanan laboratorium tidak pernah terjadi pada tahun 2019	
	4. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%	99,99%	Tidak Tercapai	Adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium sehingga tercapai 99,99%	
	5. Kalibrasi alat laboratorium tepat waktu	96%	0%	Tidak Tercapai	Kalibrasi alat laboratorium tidak terlaksana pada tahun 2019, perlu menjadi catatan penting bagi petugas IPSRS untuk melakukan kalibrasi alat dengan BPFK Medan sesuai dengan aturan yang berlaku (Untuk intern kalibrasi alat dilakukan setiap hari)	
	6. Kepuasan pelanggan	78%	85%	Tercapai	Kepuasan pelanggan untuk laboratorium tercapai target	
Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan rehabilitasi medik yang mencapai target	Jumlah indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan rehabilitasi medik yang mencapai target	3 indikator	3 indikator		Dari 3 indikator target yang terealisasi sebanyak 3 indikator 3/3 X100 = 100%	

9. Jenis pelayanan Rehabilitasi Medik						
	1. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan	≤ 50%	0%	Tercapai	Tidak ada kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan , sehingga terealisasi 0%	
	2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	100%	Tercapai	Tidak ada kejadian kesalahan dalam melakukan tindakan rehabilitasi medik sehingga terrealisasi 100%	
	3. Kepuasan pelanggan	80%	86%	Tercapai	Kepuasan pelanggan untuk pelayanan rehabilitasi medik terealisasi 86%	
Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan farmasi yang mencapai target	Jumlah indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan farmasi yang mencapai target	5 indikator	5 indikator		Dari 5 indikator target yang terealisasi sebanyak 5 indikator 5/5 X100 = 100%	

10. Jenis Pelayanan Farmasi						
	1. Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 22 menit	13,66 menit	Tercapai	Rata-rata waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah 13,66 menit	
	2. Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 40 menit	30,80 menit	Tercapai	Rata-rata waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah 28,82 menit	
	3. Tidak adanya kesalahan pemberian obat	100%	100%	Tercapai	Hal ini menunjukkan bahwa selama tahun 2019 tidak terjadi kesalahan pemberian obat pada pasien di instalasi farmasi yang dapat menimbulkan cedera atau kerugian pada pasien	
	4. Penulisan resep sesuai formularium	90%	90,31%	Tercapai	Hal ini terjadi karena ada beberapa obat yang dibutuhkan oleh pasien dan diresepkan oleh dokter penanggung jawab pelayanan yang tidak termasuk kedalam fornasi tetapi masuk kedalam formularium rumah sakit.	

	5. Kepuasan pelanggan	83%	95,16%	Tercapai	Kepuasan pelanggan untuk pelayanan farmasi terealisasi 95,16%	
Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan gizi yang mencapai target	Jumlah indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan gizi yang mencapai target	3 indikator	3 indikator		Dari 3 indikator target yang terealisasi sebanyak 3 indikator 3/3 X100 = 100%	
11. Jenis Pelayanan Gizi						
	1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	90%	100%	Tercapai	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien sudah sesuai dengan SPO jadwal pendistribusian makanan sudah di tentukan jadwalnya, sehingga petugas sudah melakukan pendistribusian makanan sesuai dengan jadwal	
	2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 24%	16,06%	Tercapai	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien rata- rata 16,06%. Setiap petugas mengambil rantang kotor , petugas diharuskan mencatat	

					makanan sisa dibuku register makanan sisa, sehingga sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien dapat dipantau	
	3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%	100%	Tercapai	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet, karena dalam pemberian makanan, pada setiap rantang selalu dibuat identitas pasien dan pada waktu penyerahan makanan disebutkan kembali nama pasien untuk mencegah terjadinya kesalahan	
Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan transfusi darah yang mencapai target	Jumlah indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan transfusi darah yang mencapai target	2 indikator	1 indikator		Dari 2 indikator target yang terealisasi sebanyak 1 indikator $1/2 \times 100 = 50\%$	
12. Jenis Pelayanan Transfusi Darah						
	1. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi terpenuhi	88%	78,33%	Tidak Tercapai	Berdasarkan dari data yang ada, hampir semua permintaan darah dari ruangan sudah terpenuhi, hanya	

					<p>saja ada beberapa kasus dimana permintaan tidak sesuai dengan darah yang ditransfusikan, seperti pada kasus pasien operasi secsio, setelah dilakukan operasi dan tidak terjadi perdarahan maka tidak jadi darah tersebut ditransfusikan kepada pasien. Ada juga kasus pasien di ruang rawatan dimana permintaan dokter 5 kantong darah ternyata setelah ditransfusikan darah ke pasien hanya 3 kantong, ternyata HB pasien sudah naik dan tidak perlu transfusi lagi</p>	
	2. Kejadian reaksi transfusi	≤ 0,03%	0%	Tercapai	<p>Tidak ada kejadian reaksi tranfusi di RSUD dr. Achmad Darwis tahun 2019. Kejadian reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah., dalam bentuk reaksi alergi, infeksi</p>	

					akibat transfusi hemolisi akibat golongan darah yang tidak sesuai atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah.	
Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan GAKIN yang mencapai target	Jumlah indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan GAKIN yang mencapai target	1 indikator	1 indikator		Dari 1 indikator target yang terealisasi sebanyak 1 indikator 1/1 X100 = 100%	
13. Jenis Pelayanan GAKIN						
	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	
Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan rekam medik yang mencapai target	Jumlah indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan rekam medik yang mencapai target	4 indikator	3 indikator		Dari 4 indikator target yang terealisasi sebanyak 3 indikator 3/4 X100 = 75%	
14. Jenis Pelayanan Rekam Medik						
	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 1 x 24 jam setelah selesai pelayanan	99%	98%	Tidak Tercapai	Hal ini terjadi karena masih ada poliklinik maupun ruang perawatan yang	

					terlambat mengisi kelengkapan status rekam medisnya.	
	2. Kelengkapan informed consent setelah mendapat informasi yang jelas	96%	96,60%	Tercapai	Kelengkapan informed consent setelah mendapat informasi yang jelas, rata – rata adalah 96,60 belum 100% hal ini terjadi karena masih ada petugas yang belum melengkapi informed consent sebelum melakukan tindakan medis.	
	3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit	9,6 menit	Tercapai	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan rata – rata adalah 9,6 menit	
	4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit	14,6 menit	Tercapai	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap rata – rata adalah 14,6 menit	
Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan pengolahan limbah yang mencapai target	Jumlah indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan pengolahan limbah yang mencapai target	2 indikator	2 indikator		Dari 2 indikator target yang terealisasi sebanyak 2 indikator 2/2X100 = 100%	

15. Jenis Pelayanan Pengolahan Limbah						
	1. Baku mutu Limbah Cair					
	a. BOD	<30 mg/ltr	4,55 mg/ltr	Tercapai		
	b. COD		10,5 mg/ltr	Tercapai		
	c. TSS	<80 mg/ltr	16,0 mg/ltr	Tercapai		
	d. PH	<30 mg/ltr	6,05	Tercapai		
		6 - 9				
						<p>Pada tahun 2019 telah dilakukan 11kali pemeriksaan yaitu bulan Januari s.d Desember 2019 Hasil yang dijadikan sampling adalah hasil pemeriksaan tanggal 23 Desember 2019. Dari 11 kali pemeriksaan yang dilakukan terdapat 66 parameter yang diperiksa dari 66 parameter tersebut terdapat 1 parameter yang tidak sesuai dengan baku mutu, yaitu hasil pemeriksaan tanggal 11 Februari 2019 yaitu parameter Zat tersuspensi (TSS) baku mutu 30 mg/ltr hasilnya yaitu 40 mg/ltr. (Laporan Hasil Uji dari UPTD Laboratorium Kesehatan Provinsi Sumatera Barat di Padang).</p>

	2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100%	100%	Tercapai	Tahun 2019 pengelolaan limbah padat sesuai dengan Permen LHK Nomor 56 Tahun 2015. RSUD dr. AD dalam melakukan pengolahan limbah padat mulai dari dihasilkan sampai pengolahan akhir oleh pihak ke tiga. Limbah padat diangkut ke tempat pengolahan limbah padat menggunakan transporter yang berbadan hukum dan telah melakukan Perjanjian kerjasama dengan RSUD dr. AD	
Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan administrasi dan manajemen yang mencapai target	Jumlah indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan administrasi dan manajemen yang mencapai target	9 indikator	8 indikator		Dari 9 indikator target yang terealisasi sebanyak 8 indikator 8/9X100 = 88,89%	
16. Jenis Pelayanan Administrasi dan Manajemen						
	1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan Direksi	97%	100%	Tercapai	Setiap selesai pertemuan langsung ditindaklanjuti oleh bidang terkait	

	2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	98%	100%	Tercapai	Seluruh dokumen tersedia
	3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%	Tercapai	Jml ASN yang naik pangkat = 43 orang
	4. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%	100%	Tercapai	Jumlah ASN yang mengurus kenaikan Gaji Berkala = 127 orang
	5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	50%	32,49%	Tidak Tercapai	jml seluruh pegawai 357 orang, jumlah pegawai yang mendapat diklat 116 orang $116/357 \times 100 = 32,49\%$
	6. Cost Recovery	$\geq 40\%$	46,54%	Tercapai	Total Pendapatan = 23.423.444.667,33 Total Belanja = 50.325.914.280,00 Rumus : $\frac{23.423.444.667,33}{50.325.914.280,00} \times 100 = 46,54\%$
	7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100%	Tercapai	Laporan selesai dibuat sebelum tanggal 10 setiap bulannya
	8. Ketepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam	1 jam	Tercapai	Proses pembuatan administrasi dari ruang rawat inap dan UPAT

	9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	80%	100%	Tercapai	Diberikan 4 kali setahun setiap per triwulan	
Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan ambulance/ mobil jenazah yang mencapai target	Jumlah indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan ambulance/mobil jenazah yang mencapai target	3 indikator	3 indikator		Dari 3 indikator target yang terealisasi sebanyak 3 indikator 3/3X100 = 100%	
17. Jenis pelayanan Ambulance/Mobil Jenazah						
	1. Waktu pelayanan ambulance/mobil jenazah	100%	100%	Tercapai	Waktu pelayanan di RSUD dr. Achmad Darwis adalah 24 jam	
	2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/ mobil jenazah di rumah sakit	≤ 230 menit	30 menit	Tercapai	Jumlah kecepatan ambulance dalam memberikan pelayanan adalah 30 menit, sedangkan Jumlah pelayanan ambulance 24 jam pada tahun 2019 : - Jumlah pelayanan =462 - Jumlah pelayanan ambulance yang	

					diberikan = 459 459/462 X 100 = 99,35%	
	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	
Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan pemulasaran jenazah yang mencapai target	Jumlah indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan pemulasaran jenazah yang mencapai target	1 indikator	1 indikator		Dari 1 indikator target yang terealisasi sebanyak 1 indikator 1/1 X100 = 100%	
18. Jenis Pelayanan Pemulasaran Jenazah						
	1. Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah	≤ 2 jam	0%	Tercapai	Aktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah realisasi 0% karena memang tidak ada jenazah yang dilakukan pemulasarannya di	

					RSUD dr Achmad Darwis. Semua pasien yang meninggal di RSUD dr Achmad Darwis langsung dibawa pulang oleh keluarganya.	
Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan pemeliharaan sarana yang mencapai target	Jumlah indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan pemeliharaan sarana yang mencapai target	3 indikator	1 indikator		Dari 3 indikator target yang terealisasi sebanyak 2 indikator 1/3X100 = 33,33%	
19. Jenis pelayanan pemeliharaan sarana						
	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	<80%	87,50%	Tercapai	Jumlah laporan alat yang masuk = 120 laporan Jumlah laporan yang ditanggapi kurang dari 15 menit = 105 laporan $105/120 \times 100\% = 87,50\%$	
	2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat	90%	61,18%	Tidak tercapai	Jumlah pemeliharaan alat = 340 alat Jumlah pemeliharaan alat yang sesuai jadwal pemeliharaan = 208 $208/340 \times 100\% = 61,18\%$ Target ini tidak tercapai	

					karena kurangnya tenaga ATEM yang ada di rumah sakit serta peralatan/alat kerja untuk petugas yang masih kurang	
	3. Peralatan laboratorium, elektromedik, alkes lain dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai ketentuan	70%	0%	Tidak Tercapai	Jumlah alat yang harus dikalibrasi = 15 alat Jumlah alat yang dilakukan kalibrasi = 0 $0/15 \times 100\% = 0\%$	
Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan laundry yang mencapai target	Jumlah indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan laundry yang mencapai target	2 indikator	1 indikator		Dari 2 indikator target yang terealisasi sebanyak 1 indikator $1/2 \times 100 = 50\%$	
20. Jenis Pelayanan Loundry						
	1. Tidak ada kejadian linen yang hilang	100%	100%	Tercapai	Pengamatan dan laporan setiap bulan selama tahun 2019 tidak terdapat kejadian linen yang hilang	
	2. Ketepatan waktu untuk penyediaan linen ruang rawat inap	90%	82,90%	Tidak Tercapai	Pencapaian belum sesuai target dikarenakan keterbatasan fasilitas	

					dan tenaga yaitu mesin cuci yang tersedia baru 1 unit dan tenaga laundry 3 orang sehingga tidak bisa melakukan tugas laundry secara optimal	
Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan PPI yang mencapai target	Jumlah indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan PPI yang mencapai target	3 indikator	3 indikator		Dari 3 indikator target yang terealisasi sebanyak 3 indikator 3/3 X100 = 100%	
21. Jenis Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)						
	1. Ada anggota Tim PPI yang terlatih	70%	100%	Tercapai	Sudah tersedia tim PPI dan semua tim telah mengikuti pelatihan PPI	
	2. Tersedia Alat Pelindung Diri (APD) disetiap instalasi	≥ 60%	95,45%	Tercapai	Sebagian besar instalasi atau unit yang ada di RSUD dr.Achmad Darwis sudah menyediakan APD (95,45 %), namun perlu terus peningkatan sehingga di semua instalasi tersedia APD	
	3. Kegiatan surveilans infeksi nosokomial / HAI (Health Care Associated Infection) di rumah sakit	≥ 75%	81,82%	Tercapai	Sudah dilakukan pencatatan dan pelaporan kasus infeksi nosokomial di sebagian besar instalasi	

Pemenuhan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan keamanan yang mencapai target	Jumlah indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan keamanan yang mencapai target	2 indikator	2 indikator		Dari 2 indikator target terealisasi sebanyak 2 indikator 2/2 X 100 = 100%	
22. Jenis Pelayanan Keamanan						
	1. Petugas keamanan yang bersertifikat	100%	100%	Tercapai	Jumlah petugas keamanan yang memiliki sertifikat : 7 orang	
	2. Sistem Keamanan	Ada	Ada	Tercapai	Sistim pengamanan CCTV 24 jam dan 7 orang petugas keamanan	

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

Rumus :

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

$$\frac{74}{93} \times 100 = \mathbf{79,57\%}$$

Persentase indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) rumah sakit mencapai target, dari target dari 78% terealisasi sebesar 79,57%.

Standar Pelayanan Minimal rumah sakit merupakan indikator pelayanan minimal yang wajib dilaksanakan oleh rumah sakit. Target pencapaiannya disesuaikan dengan sumber daya rumah sakit yang tersedia dan harus dicapai secara bertahap sehingga pada periode tertentu harus tercapai sesuai target yang ditetapkan, karena indikator ini menggambarkan kemampuan rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan berkualitas.

Adapaun kegiatan tahun 2019 yang mendukung keberhasilan untuk meningkatnya mutu pelayanan kesehatan sesuai standar yaitu persentase indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) rumah sakit yang mencapai standar adalah sebagai berikut :

- a. Kegiatan : Kemitraan peningkatan kualitas dokter dan paramedis.
- b. Kegiatan : Kemitraan pengobatan bagi pasien kurang mampu.

DOKUMENTASI KEGIATAN MUTU PELAYANAN SESUAI STANDAR RSUD dr. ACHMAD DARWIS TAHUN 2019 :

GAMBAR 17

DOKUMENTASI PELAYANAN POLI SPESIALIS MATA



GAMBAR 18
DOKUMENTASI PELAYANAN POLI SPESIALIS PENYAKIT DALAM



GAMBAR 19
DOKUMENTASI PELAYANAN RONGENT DI INSTALASI RADIOLOGI



GAMBAR 20
DOKUMENTASI PELAYANAN MAKAN PASIEN DI INSTALASI GIZI



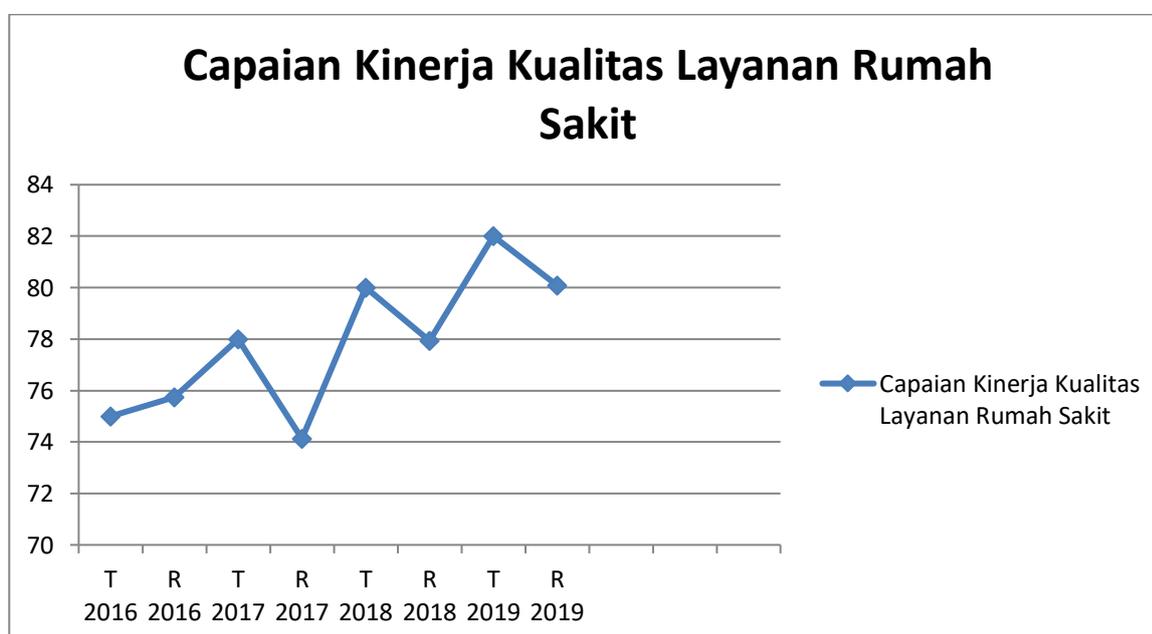
3. Meningkatnya kualitas layanan rumah sakit

TABEL 11
Capaian Kinerja Kualitas Layanan Rumah Sakit

N o	Indikator Kinerja	Target RPJMD	T 2016	R 2016	T 2017	R 2017	T 2018	R 2018	T 2019	R 2019	Ket
1	Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)		75%	75,75%	78%	74,13%	80%	77,94%	82%	80,08%	

Adapun Grafik Capaian Kinerja Kualitas Layanan Rumah Sakit dari tahun 2016 – 2019 adalah sebagai berikut :

GAMBAR 21
Grafik Capaian Kinerja Kualitas Layanan Rumah Sakit



Dari Grafik Capaian Kinerja Kualitas Layanan Rumah Sakit di atas dapat dilihat bahwa Target tahun 2016 = 75% dan Realisasi tahun 2016 = 75,75%, Target 2017 = 78% dan Realisasi tahun 2017 = 74,13%, Target tahun 2018 = 80% dan Realisasi 2018 = 77,94% sedangkan untuk Target 2019 = 82% dan Realisasi = 80,08%.

Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)

Kepuasan pelanggan adalah suatu keadaan dimana keinginan, harapan dan kebutuhan pelanggan dipenuhi. Suatu pelayanan dinilai memuaskan bila pelayanan tersebut dapat memenuhi kebutuhan dan harapan pelanggan.

Pengukuran kepuasan pelanggan merupakan elemen penting dalam menyediakan pelayanan yang lebih baik, lebih efisien dan lebih efektif.

Tingkat kepuasan pelanggan terhadap pelayanan merupakan faktor yang penting dalam mengembangkan suatu sistem penyediaan pelayanan yang tanggap terhadap kebutuhan pelanggan, meminimalkan biaya dan waktu serta memaksimalkan dampak pelayanan terhadap populasi sasaran. Terdapat beberapa cara untuk mengukur kepuasan pelanggan.

Salah satu upaya meningkatkan kualitas pelayanan public, sebagaimana diamanatkan oleh Undang Undang Republik Indonesia nomor 25 tahun 2000 tentang Program Pembangunan Nasional (PROPENAS) maka perlu disusun indeks kepuasan masyarakat sebagai tolak ukur untuk menilai tingkat kualitas pelayanan. Disamping itu data indeks kepuasan masyarakat akan dapat menjadi bahan penilaian untuk meningkatkan kualitas pelayanan.

Pengukuran Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) dilaksanakan melalui kegiatan survey kepuasan penerima pelayanan terhadap penyelenggaraan pelayanan publik dengan menggunakan instrumen yang berbentuk Quisioner dengan alternatif jawaban yang sudah disediakan. Kegiatan survey ini dilakukan hampir disemua unit dilingkungan RSUD dr. Achmad Darwis, quisioner bisa diberikan langsung kepada pasien dan keluarga pasien untuk diisi atau dipandu pengisiannya oleh petugas melalui wawancara.

Menyadari hal tersebut maka RSUD dr. Achmad Darwis sebagai salah satu instansi pelayanan public dibidang kesehatan di wilayah Kabupaten Lima Puluh Kota terus berupaya melakukan strategis untuk mendorong upaya perbaikan dalam peningkatan kualitas pelayanan dengan mendorong semua jajaran memperbaiki kinerja, perbaikan SDM, perbaikan sarana prasarana dan perbaikan kualitas pelayanan.

Apabila hal ini tidak segera diupayakan perbaikannya maka akan dapat menimbulkan citra yang kurang baik terhadap RSUD dr. Achmad darwis. yang pada akhirnya dapat berpengaruh terhadap menurunnya tingkat kepercayaan masyarakat. Guna meningkatkan kinerja pelayanan publik maka pada tahap awal diperlukan adanya data-data tentang penilaian atas pendapat masyarakat terhadap kinerja pelayanan petugas melalui penyusunan indeks kepuasan masyarakat. Hal ini sesuai dengan keputusan menteri pendayagunaan aparatur negara No KEP/25/M.PAN/2/2004 tentang pedoman

umum penyusunan indeks kepuasan masyarakat unit pelayanan instansi pemerintah. Untuk mengetahui tingkat kepuasan masyarakat terhadap kinerja pelayanan yang kita berikan maka berdasarkan KEPMENPAN diatas maka masing-masing instansi pemerintah termasuk didalamnya pemerintah daerah Kabupaten/Kota diharapkan dapat melakukan penyusunan indeks kepuasan masyarakat.

Hasil penyusunan IKM ini akan dijadikan sebagai bahan penilaian terhadap unsur-unsur pelayanan yang masih perlu perbaikan dan sekaligus berfungsi sebagai pendorong bagi unit penyelenggara pelayanan untuk meningkatkan kualitas pelayanannya.

Kegiatan survey unit kerja pelayanan dilingkungan Pemerintah Kabupaten Lima Puluh Kota dimaksudkan untuk mengetahui tingkat kepuasan masyarakat terhadap kinerja unit pelayanan secara berkala. Adapun tujuan dari survey ini adalah:

1. Untuk mengetahui kelemahan atau kekurangan dari masing-masing unsur pelayanan publik
2. Untuk memperbaiki kinerja pelayanan yang ada berdasarkan hasil analisis terhadap unsur pelayanan yang kinerjanya rendah
3. Sebagai dasar untuk menetapkan kebijakan dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan publik
4. Untuk memacu persaingan positif antara unit penyelenggara pelayanan dilingkungan Pemerintah kabupaten Lima Puluh Kota
5. Meningkatkan kepuasan masyarakat terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh petugas RSUD dr. Achmad Darwis.

Berdasarkan Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor KEP/25/M.PAN/2/2014 Tentang Pedoman umum penyusunan indeks kepuasan masyarakat unit pelayanan instansi pemerintah, maka responden dipilih secara acak yang ditentukan sesuai dengan cakupan wilayah masing-masing unit pelayanan. Untuk memenuhi akurasi hasil penyusunan indeks, responden terpilih ditetapkan minimal 150 orang dari jumlah populasi penerima layanan dengan dasar $(\text{jumlah unsur} + 1) \times 10 = 150$ responden.

Proses pengumpulan data dilakukan pada lokasi sebagai berikut : Masing-masing unit di RSUD dr. Achmad Darwis yang terdiri dari ruang rawat

inap, rawat jalan, IGD, Gizi, Instalasi Farmasi, Radiologi dan Laboratorium serta unit lainnya dan dilakukan pada bulan Agustus 2019 oleh petugas yang ditunjuk.

Metode pengolahan data yang digunakan untuk mendapatkan nilai IKM adalah nilai rata-rata tertimbang masing-masing unsur pelayanan. Dalam perhitungan indeks kepuasan masyarakat terhadap 14 unsur pelayanan yang dikaji, setiap unsur pelayanan memiliki penimbangan yang sama dengan rumus sebagai berikut:

$$\text{Bobot nilai rata-rata} = \frac{\text{Jumlah bobot (1)}}{\text{Jumlah unsur (14)}} = 0.07143$$

Tertimbang untuk memperoleh nilai IKM unit pelayanan digunakan pendekatan nilai rata-rata tertimbang dengan rumus sebagai berikut:

$$\text{IKM} = \frac{\text{Total dari nilai persepsi Per unsur}}{\text{Total unsur terisi}} \times \text{Nilai Penimbang}$$

Untuk memudahkan interpretasi terhadap penilaian IKM yaitu antar 25-100 maka hasil penilaian tersebut diatas dikonversikan dengan nilai dasar 25 dengan rumus sebagai berikut :

$$\text{IKM unit pelayanan} \times 25$$

Pengolahan data secara manual dilakukan sebagai berikut :

- Nilai rata-rata per unsur pelayanan

Nilai masing-masing untuk pelayanan dijumlahkan (kebawah) sesuai dengan jumlah kuesioner yang diisi oleh responden .kemudian untuk mendapatkan nilai rata-rata per unsur pelayanan dibagi dengan jumlah responden yang mengisi. Untuk mendapatkan nilai rata-rata pertimbang perunsur pelayanan , jumlah nilai rata-rata perunsur pelayanan dikalikan dengan 0.07143 sebagai nilai bobot rata-rata tertimbang

- Nilai indeks pelayanan

Untuk mendapatkan nilai indeks unit pelayanan, dengan cara menjumlahkan 14 unsur dari nilai rata-rata tertimbang data jawaban dari masyarakat yang telah dimasukkan dalam masing-masing kuesioner disusun dengan mengkomplikasikan data responden yang dihimpun berdasarkan kelompok umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir dan pekerjaan utama. Informasi ini dapat digunakan untuk mengetahui profil responden dan

kecenderungan jawaban yang diberikan sebagai bahan analisis obyektivitas.berdasarkan hasil perhitungan IKM , jumlah nilai dari setiap unit pelayanan diperoleh dari jumlah nilai rata-rata setiap unsur pelayanan. Sedangkan nilai indeks komposit (gabungan) untuk setiap pelayanan merupakan jumlah nilai rata-rata dari setiap unsur pelayanan dikalikan dengan penimbang yang sama yaitu 0,001743 dengan demikian nilai indeks unit pelayanan =nilai indeks dikalikan nilai konversi (25). Hasil nilai indeks unit pelayanan kemudian diklasifikasikan kedalam empat interval sebagai berikut :

Nilai 25.00-43.75 dikategorikan tidak baik

Nilai 43.76-62.50 dikategorikan kurang baik

Nilai 62.51-81.25 dikategorikan baik

Nilai 81.26-100.00 dikategorikan sangat baik

ANALISIS HASIL SURVEY

Berdasarkan hasil survey yang telah dilakukan dilingkungan RSUD Ahmad darwis,suliki didasarkan jawaban responden terhadap 14 unsur pelayanan :

1. Prosedur pelayanan
2. Persyaratan pelayanan
3. Kejelasan petugas pelayanan
4. Kedisiplinan petugas pelayanan
5. Tanggung jawab petugas pelayanan
6. Kemampuan petugas pelayanan
7. Kecepatan pelayanan
8. Keadilan mendapatkan pelayanan
9. Kesopanan dan keramahan petugas
10. Kewajaran biaya pelayanan
11. Kepastian biaya pelayanan
12. Kepastian jadwal pelayanan
13. Kenyamanan lingkungan
14. Keamanan pelayanan

Maka dapat dilaporkan hasil survey dan analisis sebagai berikut:

TABEL 12

Hasil Survey dan Analisis Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)

No	UNSUR PELAYANAN	NILAI UNSUR PELAYANAN	NILAI INDEKS	NILAI IKM KONVERSI
(1)	(2)	(3)	(4)=(3)x0.07143	(5)=(4)x25
1	Prosedur Pelayanan	3227	0,230	5,762
2	Persyaratan	3,167	0,226	5,655
3	Kejelasan petugas	3,200	0,229	5,714
4	Kedisiplinan petugas	3,193	0,228	5,702
5	Tanggung jawab petugas	3,253	0,232	5,810
6	Kemampuan petugas	3,280	0,234	5,857
7	Kecepatan	3,033	0,217	5,417
8	Keadilan mendapatkan pelayanan	3,153	0,225	5,631
9	Kesopanan dan keramahan petugas	3,227	0,230	5,762
10	Kewajaran biaya	3,180	0,227	5,679
11	Kepastian biaya	3,253	0,232	5,810
12	Kepastian jadwal	3,167	0,226	5,655
13	Kenyamanan lingkungan	3,240	0,231	5,786
14	keamanan	3,273	0,234	5,845
	Total Nilai IKM	44,847	3,203	80,083

Berdasarkan data pada tabel di atas terlihat bahwa dari 14 unsur pelayanan yang ada, nilai kinerja IKM terendah adalah unsur kecepatan pelayanan dengan angka 5,417 sedangkan nilai kinerja tertinggi adalah unsur kemampuan petugas dengan nilai 5,857 dan tanggung jawab petugas dengan angka 5,810. Dengan kondisi tersebut di atas disarankan agar dimasa yang akan datang perlu adanya standar prosedur operasional (SPO) yang jelas yang dilengkapi dengan pedoman pelayanan, panduan, alur pelayanan yang lengkap dan komitmen dengan semua petugas untuk bekerja sesuai dengan aturan yang berlaku dan standar pelayanan minimal RS. Disamping hal tersebut dapat juga dilakukan sosialisasi melalui media informasi, papan pengumuman tentang alur pelayanan dan denah ruangan karena keterlambatan pemberian pelayanan bisa juga terjadi karena pasien tidak paham dengan alur pelayanan dan lokasi ruangan yang dituju. Untuk

kemampuan petugas dan tanggung jawab petugas yang telah mendapatkan nilai kinerja IKM tertinggi menunjukkan adanya peningkatan dari sumber daya manusia artinya petugas yang melaksanakan tugas pelayanan kepada masyarakat telah dipandang mampu oleh responden , sehingga hal ini perlu dipertahankan bahkan ditingkatkan.

Berdasarkan tabel diatas terlihat bahwa hasil Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) adalah 80,08%. Pada perjanjian kinerja RSUD dr. Achmad Darwis tahun 2019 ditargetkan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) sebesar 82%, namun dalam realisasinya Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) sebesar 80,08% maka IKM RSUD dr. Achmad Darwis tidak tercapai Target sebesar 1,92%.

Adapaun kegiatan tahun 2019 yang mendukung keberhasilan untuk meningkatnya kualitas layanan rumah sakit yaitu Indek Kepuasan Masyarakat (IKM). Diantara kegiatannya adalah :

Metode pengolahan data yang digunakan untuk mendapatkan nilai IKM adalah nilai rata-rata tertimbang masing-masing unsur pelayanan. Dalam perhitungan indeks kepuasan masyarakat terhadap 14 unsur pelayanan yang dikaji, setiap unsur pelayanan memiliki penimbangan yang sama dengan rumus sebagai berikut:

- a. Kegiatan : Pelayanan dan pendukung palayanan BLUD.

DOKUMENTASI KEGIATAN KUALITAS LAYANAN RUMAH SAKIT TAHUN 2019 :

GAMBAR 22

DOKUMENTASI PENGAWASAN PROSEDUR PELAYANAN DI INSTALASI GAWAT DARURAT TAHUN 2019



GAMBAR 23

DOKUMENTASI PENGAWASAN PROSEDUR PELAYANAN DI INSTALASI FARMASI TAHUN 2019



GAMBAR 24

DOKUMENTASI PENGAWASAN PROSEDUR PELAYANAN DI RAWAT INAP KEBIDANAN TAHUN 2019



4. Meningkatnya Akuntabilitas Keuangan Dan Kinerja Rumah Sakit

TABEL 13

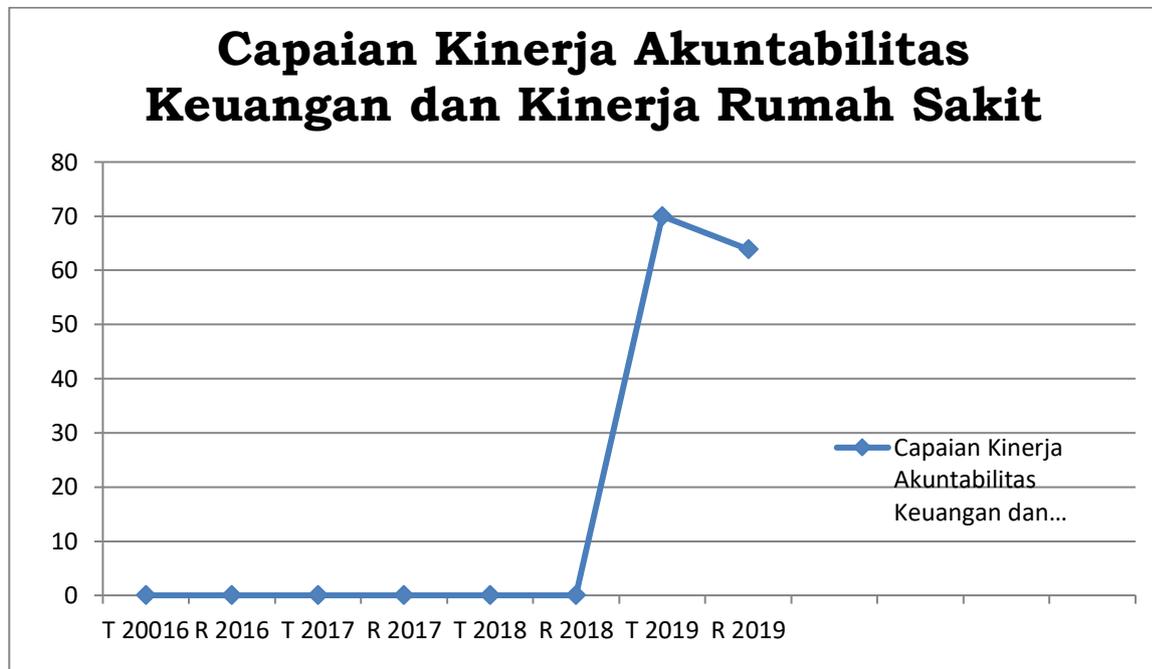
Capaian Kinerja Akuntabilitas Keuangan dan Kinerja Rumah Sakit

No	Indikator Kinerja	Target RPJMD	T 2016	R 2016	T 2017	R 2017	T 2018	R 2018	T 2019	R 2019	Ket
1	Nilai akuntabilitas kinerja rumah sakit		-	-	-	-	-	-	70%	63,89%	

Adapun Grafik Capaian Kinerja Akuntabilitas Keuangan dan Kinerja Rumah Sakit dari tahun 2016 – 2019 adalah sebagai berikut :

GAMBAR 25

Grafik Capaian Kinerja Akuntabilitas Keuangan dan Kinerja Rumah Sakit



Dari Grafik Capaian Kinerja Kualitas Layanan Rumah Sakit di atas dapat dilihat bahwa Target tahun 2016 = 0 dan Realisasi tahun 2016 = 0, Target 2017 = 0 dan Realisasi tahun 2017 = 0, Target tahun 2018 = 0 dan Realisasi 2018 = 0 sedangkan untuk Target 2019 = 70% dan Realisasi = 63,89%.

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 2019 tahun pembuatan 2020 memakai hasil evaluasi Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LkjIP) tahun 2018 tahun pembuatan 2019, jadi LkjIP yang menjadi Indikator untuk nilai akuntabilitas kinerja rumah sakit adalah LkjIP tahun 2018 yang telah dievaluasi oleh Inspektorat.

Saat ini Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LkjIP) RSUD dr. Achmad Darwis tahun 2018 telah di evaluasi oleh Inspektorat Kabupaten Lima Puluh Kota dengan hasil evaluasi atas Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah Tahun 2018 BLUD RSUD dr. Achmad Darwis memperoleh nilai **63,89%**

sudah BAIK, memiliki sitem yang dapat dipergunakan untuk manajemen kinerja dan perlu sedikit perbaikan.

Uraian hasil evaluasi atas masing – masing komponen manajemen kinerja tersebut adalah :

A. Perencanaan Kinerja

Evaluasi atas perencanaan kinerja meliputi evaluasi terhadap perencanaan strategis dan perencanaan kinerja tahunan menunjukkan perolehan nilai 20,87 atau 69,57% dari bobot sebesar 30% yang masuk kategori BAIK.

Hasil evaluasi atas perencanaan kinerja, masih terdapat kelemahan – kelemahan sebagai berikut :

1. Target Kinerja sebagian belum relevan dengan kegiatan.
2. Renja Tahunan belum optimal dimanfaatkan dalam penyusunan Anggaran.
3. Rencana aksi belum optimal dimanfaatkan dalam pengarahan dan pengorganisasian kegiatan.

B. Pengukuran Kinerja.

Evaluasi atas pengukuran kinerja meliputi evaluasi terhadap pemenuhan pengukuran, kualitas pengukuran dan implementasi pengukuran menunjukkan perolehan nilai 14,38 atau 57,50% dari bobot 25% yang termasuk kategori CUKUP.

Hasil evaluasi atas pengukuran kinerja, masih terdapat kelemahan – kelemahan sebagai berikut :

1. IKU yang ada belum sepenuhnya dimanfaatkan dalam dokumen – dokumen perencanaan dan penganggaran.
2. Hasil pengukuran (capaian) kinerja mulai dari setingkat eselon IV ke atas belum dikaitkan/ dimanfaatkan sebagai dasar pemberian *reward* dan *punishment*.
3. Pengumpulan data kinerja atas rencana aksi secara berkala (bulanan/triwulan/semester) belum optimal.
4. Pengukuran kinerja belum menggunakan teknologi informasi.

C. Pelaporan Kinerja.

Evaluasi atas pelaporan kinerja meliputi evaluasi terhadap pemenuhan pelaporan, penyajian informasi kinerja dan pemanfaatan

informasi kinerja menunjukkan perolehan nilai 9,70 atau 64,64% dari bobot sebesar 15% yang termasuk kategori BAIK.

Hasil evaluasi atas pelaporan kinerja masih terdapat kelemahan – kelemahan sebagai berikut :

1. Perbandingan antara target dan realisasi ada yang belum sama pembandingnya sehingga persentase pencapaian tidak sesuai.
2. Laporan kinerja belum sepenuhnya menyajikan tentang analisis efisiensi penggunaan sumber daya.
3. Informasi kinerja dalam laporan kinerja belum sepenuhnya digunakan dalam perbaikan perencanaan, perbaikan pelaksanaan program dan kegiatan serta untuk peningkatn kinerja.

D. Evaluasi Internal.

Evaluasi atas evaluasi internal meliputi evaluasi terhadap Pemenuhan pelaporan, penyajian informasi kinerja dan pemanfaatan informasi kinerja menunjukkan perolehan nilai 5,33 atau 53,25% dari bobot sebesar 10% yang termasuk kategori CUKUP.

Hail evaluasi atas evaluasi internal, masih terdapat kelemahan – kelemahan sebagai berikut :

1. Evaluasi atas pelaksanaan Rencana Aksi belum optimal dilaksanakan dan disampaikan kepada pihak – pihak yang berkementingan.
2. Belum ada pemantauan Rencana aksi sehingga belum bisa memberikan alternatif perbaikan setiap periode dan ditindaklanjuti dengan langkah-langkah nyata.

E. Pencapaian Sasaran/Kinerja Organisasi.

Evaluasi atas pencapaian sasaran / kinerja organisasi meliputi evaluasi terhadap kinerja yang dilaporkan baik input maupun output menunjukkan perolehan 13,08 atau 65,42% dari bobot sebesar 20% yang termasuk kategori BAIK.

Hasil evaluasi atas pencapaian sasaran/kinerja organisasi, masih terdapat kelemahan – kelemahan sebagai berikut :

1. Adanya indikator yang belum diperoleh dari dasar perhitungan (formulasi) yang valid oleh karena pembandingnya yang belum cocok.

Jawaban Hasil Rekomendasi evaluasi akuntabilitas kinerja RSUD dr. Achmad Darwis oleh Inspektorat Kabupaten Lima Puluh Kota (APIP) adalah sebagai berikut :

- A. Target kinerja akan diupayakan relevan dengan kegiatan.
- B. Renja tahunan akan dioptimalkan dalam penyusunan anggaran.
- C. Rencana aksi akan dioptimalkan dalam pengarahannya dan pengorganisasian kegiatan.
- D. IKU akan di seleraskan dengan dokumen – dokumen perencanaan dan penganggaran.
- E. Capaian kinerja mulai dari eselon IV ke atas akan dikaitkan dengan pemberian *reward dan punishment*.
- F. Mengoptimalkan pengumpulan data kinerja atas rencana aksi secara berkala (bulanan/triwulan/semesteran).
- G. Menggunakan teknologi informasi dalam pengukuran kinerja.
- H. Akan membandingkan target dan realisasi sehingga persentase pencapaian bisa diukur.
- I. Menyajikan laporan kinerja dengan efisiensi sumber daya.
- J. Informasi dan laporan kinerja akan digunakan dalam perbaikan perencanaan untuk menilai dan memperbaiki pelaksanaan program/kegiatan.
- K. Melaksanakan evaluasi pelaksanaan rencana aksi.
- L. Melaksanakan pemantauan rencana aksi dalam pengendalian kinerja.

Adapun kegiatan tahun 2019 yang mendukung keberhasilan untuk meningkatnya akuntabilitas keuangan dan kinerja rumah sakit adalah sebagai berikut :

- a. Kegiatan : Penyediaan jasa komunikasi sumber daya air dan listrik.
- b. Kegiatan : Penyediaan administrasi keuangan.
- c. Kegiatan : Penyediaan makanan dan minuman.
- d. Kegiatan : Rapat-rapat koordinasi dan konsultasi ke luar daerah.
- e. Kegiatan : Pemeliharaan rutin/berkala kendaraan dinas/operasional.
- f. Kegiatan : Penyusunan laporan dan ikhtisar realisasi kinerja SKPD.

D. Realisasi Anggaran dan Efisiensi

Untuk realisasi anggaran pada DPA RSUD dr. Achmad Darwis untuk tahun 2019 dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

1. Belanja Tidak Langsung (BTL)

TABEL 14
Realisasi Belanja Tidak Langsung

NO	Uraian	Pagu Sebelum perubahan (Rp)	Pagu Setelah Pergeseran/ Perubahan (Rp)	Realisasi (Rp)	%
I	Belanja Pegawai (BTL)	14.199.998.560,00	15.021.736.310,00	14.776.705.860,00	98,37
1	Belanja Gaji dan Tunjangan	9.324.274.626,00	10.580.638.237,00	10.557.201.073,00	99,78
2	Belanja Tambahan Penghasilan	4.875.723.934,00	4.441.098.073,00	4.219.504.787,00	95,01

2. Belanja Langsung (BL)

TABEL 15
Realisasi Belanja Langsung

NO	Program dan Kegiatan	Pagu Setelah Pergeseran/ Perubahan (Rp)	Realisasi			Ket (Efisiensi)
			Keu	%	Fisik (%)	
I	Program Administrasi Perkantoran	842.286.500,00	752.192.277,00	89,30	100	Efisiensi
1	Kegiatan : Penyediaan jasa komunikasi sumber daya air dan listrik	549.450.000,00	471.844.513,00	85,88	100	Efisiensi
2	Kegiatan : Penyediaan Jasa Administrasi Keuangan	177.890.000,00	177.810.000,00	99,96	100	Efisiensi
3	Kegiatan : Penyediaan barang cetakan dan penggandaan	10.000.000,00	8.850.000,00	88,50	100	Efisiensi
4	Kegiatan : Penyediaan makanan dan minuman	15.427.500,00	15.291.000,00	99,12	100	Efisiensi
5	Kegiatan : Rapat-rapat koordinasi dan konsultasi keluar daerah	89.519.000,00	78.396.764,00	87,58	100	Efisiensi

II	Program Peningkatan Sarana dan Prasarana Aparatur	86.792.750,00	66.770.700,00	76,93	100	Efisiensi
1	Kegiatan : Pemeliharaan rutin/berkala kendaraan dinas operasional	86.792.750,00	66.770.700,00	76,93	100	Efisiensi
III	Program Peningkatan Pengembangan Sistem Pelaporan Capaian Kinerja dan Keuangan	7.794.400,00	7.758.400,00	99,54	100	Efisiensi
1	Kegiatan : Penyusunan Laporan Capaian Kinerja dan Ikhtisar Realisasi Kinerja SKPD	7.794.400,00	7.758.400,00	99,54	100	Efisiensi
IV	Program Pengadaan Peningkatan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit/RS Jiwa/RS Paru-Paru/RS Mata	11.518.446.243,00	10.985.110.042,00	95,37	100	Efisiensi
1	Kegiatan : Pengadaan alat-alat rumah sakit	8.331.971.243,00	8.008.847.010,00	96,12	100	Efisiensi
2	Kegiatan : Pembangunan Gedung Instalasi Laundry	991.250.000,00	896.873.032,00	90,48	100	Efisiensi
3	Pembangunan Gedung Instalasi Farmasi	2.195.225.000,00	2.079.390.000,00	94,72	100	Efisiensi
V	Program Kemitraan Peningkatan Pelayanan Kesehatan	890.850.000,00	748.734.336,00	84,05	100	Efisiensi
1	Kegiatan : Kemitraan peningkatan kualitas dokter dan paramedis	640.850.000,00	499.200.000,00	77,90	100	Efisiensi
2	Kegiatan : Kemitraan pengobatan bagi	250.000.000,00	249.534.336,00	99,81	100	Efisiensi

	pasien kurang mampu					
VI	Program Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan BLUD	24.936.166.082,17	22.556.176.494,00	90,46	93,53	Efisiensi BLUD
1	Kegiatan : Pelayanan dan pendukung pelayanan BLUD	24.936.166.082,17	22.556.176.494,00	90,46	93,53	Efisiensi BLUD
VII	Program Pembinaan Lingkungan Sosial	447.000.000,00	432.736.171,00	96,81	100	Efisiensi
1	Kegiatan : Sarana Pelayanan Kesehatan	447.000.000,00	432.736.171,00	96,81	100	Efisiensi
	JUMLAH	38.729.335.975,17	35.549.478.420,00	91,79	100	Efisiensi

E. Realisasi Pendapatan

Rincian rekapitulasi pendapatan per objek penerima tahun 2019 dapat dilihat pada tabel berikut :

TABEL 16
Realisasi Pendapatan

NO	UNIT	TARGET PENDAPATAN (Rp.)	REALISASI PENDAPATAN (Rp.)	%
1	Rawat Jalan	69.670.650,00	93.251.000,00	133,85
2	Rawat Inap	293.452.400,00	439.936.750,00	149,92
3	Instalasi IGD	89.680.200,00	126.389.000,00	140,93
4	Laboratorium	110.147.100,00	161.712.500,00	146,82
5	Radiologi	80.555.200,00	105.274.500,00	130,69
6	Ambulance	32.423.650,00	55.260.000,00	170,43
7	Surat Keterangan	340.477.050,00	328.817.000,00	96,58
8	Tindakan OK	94.227.000,00	115.650.000,00	122,74
9	Konsultasi Gizi	3.373.650,00	4.810.000,00	142,58
10	UTDRS	6.247.500,00	12.500.000,00	200,08
11	Fisioterapi	1.918.350,00	3.501.500,00	182,53
12	Sewa Lahan	15.853.950,00	17.070.000,00	107,67
13	Kesling	0	0,00	0,00
14	Instalasi Farmasi (Obat)	50.101.600,00	56.824.750,00	113,42

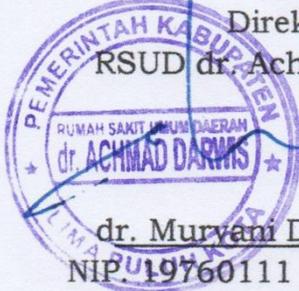
15	BPJS	21.584.735.600,00	20.887.634.667,00	96,77
16	Lain-Lain Pendapatan BLUD Yang Sah	310.183.100,00	1.019.813.100,33	328,78
JUMLAH		23.083.047.000,00	23.423.444.667,33	101,47

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. Misalnya jumlah seluruh indikator pelayanan SPM RSUD dr. Achmad Darwis tahun 2019 sebanyak 93 indikator, sedangkan jumlah indikator pelayanan SPM yang mencapai target sebanyak 74 indikator dan indikator pelayanan SPM yang tidak mencapai target sebanyak 19 indikator.

Kiranya dapatlah untuk masa mendatang segala pihak saling membantu dan bekerjasama dengan RSUD dr. Achmad Darwis untuk kedepannya dapat lebih baik dalam menunaikan tugas pokok dan fungsi yang diamanatkan oleh 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, Januari 2020
Direktur
RSUD dr. Achmad Darwis



dr. Muryani Dhatri, M.Kes
NIP. 19760111 200604 2 012



**PEMERINTAH KABUPATEN LIMA PULUH KOTA
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
dr. ACHMAD DARWIS**

Jln .Tan Malaka No. 01 Suliki Kecamatan Suliki. Kode Pos. 26255, Telepon/ Faks. (0752) 97718
E-Mail : rsudeuliki@rocketmail.com , Website :

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2019

Dalam rangka mewujudkan manajemen pemerintahan yang efektif, transparan dan akuntabel serta berorientasi kepada hasil, kami yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : dr. MURYANI DHATRI, M.Kes
Jabatan : DIREKTUR RSUD dr. ACHMAD DARWIS

Selanjutnya disebut pihak pertama,

Nama : IRFENDI ARBI
Jabatan : BUPATI LIMA PULUH KOTA

Selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua.

Pihak pertama berjanji akan mewujudkan target kinerja yang seharusnya sesuai lampiran perjanjian ini, dalam rangka mencapai target kinerja jangka menengah seperti yang telah ditetapkan dalam dokumen perencanaan. Keberhasilan dan kegagalan pencapaian target kinerja tersebut menjadi tanggung jawab kami.

Pihak kedua akan melakukan supervisi yang diperlukan serta akan melakukan evaluasi terhadap capaian kinerja dari perjanjian ini dan mengambil tindakan yang diperlukan dalam rangka pemberian penghargaan dan sanksi.

SULIKI, JANUARI 2019

PIHAK KEDUA
BUPATI LIMA PULUH KOTA

IRFENDI ARBI

PIHAK PERTAMA
DIREKTUR RSUD dr. ACHMAD DARWIS

dr. MURYANI DHATRI, M.Kes
NIP 19760111 200604 2 012

**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2019
RSUD dr. ACHMAD DARWIS**

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target
1	Terpenuhinya sumber daya rumah sakit	Persentase sumber daya rumah sakit sesuai standar	65%
2	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan sesuai standar	Persentase indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) rumah sakit yang mencapai target	78%
3	Meningkatnya kualitas layanan rumah sakit	Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)	82%
4	Meningkatnya akuntabilitas keuangan dan kinerja rumah sakit	Nilai akuntabilitas kinerja rumah sakit	70%

No	Program Kegiatan	Anggaran (Rp)	Ket
1	Program pelayanan adm perkantoran	818.104.000,00	APBD
2	Program peningkatan sarana dan prasarana aparatur	70.792.750,00	APBD
3	Program Peningkatan Pengembangan Sistem Pelaporan Capaian Kinerja dan Keuangan	4.919.400,00	APBD
4	Program pengadaan peningkatan sarana prasarana Rumah sakit	11.391.774.000,00	APBD + DAK
5	Program kemitraan peningkatan pelayanan kesehatan	1.045.450.000,00	APBD
6	Program Pelayanan dan pendukung pelayanan BLUD	20.384.867.000,00	BLUD
JUMLAH		33.715.907.150,00	

SULIKI, JANUARI 2019

PIHAK KEDUA
BUPATI LIMA PULUH KOTA

IRFENDI ARBI

PIHAK PERTAMA
DIREKTUR RSUD dr. ACHMAD DARWIS

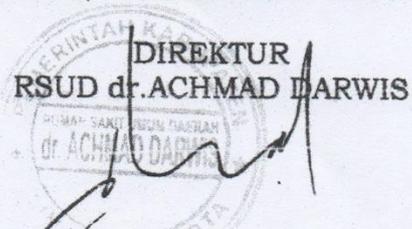
dr. MURYANI DHATRI, M.Kes
NIP. 19760111 200604 2 012

**RENCANA KINERJA TAHUNAN (RKT)
RSUD dr. ACHMAD DARWIS
TAHUN 2019**

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target
1	Terpenuhinya sumber daya rumah sakit	Persentase sumber daya rumah sakit sesuai standar	65%
2	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan sesuai standar	Persentase indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) rumah sakit yang mencapai target	78%
3	Meningkatnya kualitas layanan rumah sakit	Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)	82%
4	Meningkatnya akuntabilitas keuangan dan kinerja rumah sakit	Nilai akuntabilitas kinerja rumah sakit	70%

SULIKI, 25 OKTOBER 2018

DIREKTUR
RSUD dr. ACHMAD DARWIS



dr. MURYANI DHATRI, M.Kes
NIP. 19760111 200604 2 012