



TAHUN LAPORAN 2025



LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH [LKJIP]

RSUD A. WAHAB SAJHRANIE TAHUN 2024

BerAKHLAK
Berorientasi Pelayanan Akuntabel Kompeten

**#bangga
melayani
bangsa**

#rsudaws

We Serve You

Safely

RSUD AW Sjahranie | rsudaws | rsudaws.co.id

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan rasa syukur kepada Allah SWT, kami bersyukur bahwa Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2024 ini dapat diselesaikan tepat waktu. Laporan Kinerja ini disusun sebagai bentuk pertanggungjawaban atas pencapaian tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan oleh RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda pada Tahun 2024.

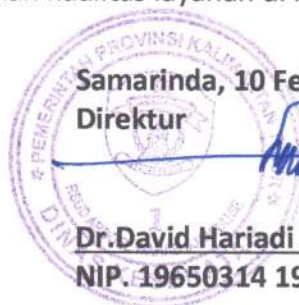
Laporan Kinerja ini disusun sesuai dengan ketentuan yang tercantum dalam Instruksi Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) dan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja, dan Reviu Atas Laporan Kinerja.

Kami menyampaikan bahwa LKjIP Tahun 2024 ini merupakan tahun pertama dari implementasi P-Resntra 2024-2026, yang menjadi landasan strategis bagi peningkatan kinerja dan pelayanan di RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda.

Secara Eksternal, Laporan Kinerja ini berfungsi sebagai alat kendali dan evaluasi kinerja secara kuantitatif, sekaligus sebagai wujud transparansi dalam pelaksanaan tugas dan fungsi RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda pada Tahun 2024, guna mewujudkan prinsip *good governance* Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur. Sementara itu, secara internal, laporan ini menjadi sarana evaluasi yang penting untuk mendorong peningkatan kinerja di setiap unit yang ada di RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda.

Kami menyadari bahwa dalam penyusunan Laporan Kinerja Instansi Pemerintah ini masih terdapat kekurangan dan keterbatasan. Oleh karena itu, kami sangat mengharapkan saran dan masukan yang konstruktif dari berbagai pihak terkait untuk perbaikan di masa yang akan datang.

Semoga laporan kinerja ini dapat memberikan manfaat bagi kita semua dan menjadi acuan dalam upaya meningkatkan kualitas layanan di masa yang akan datang.



Samarinda, 10 Februari 2025

Direktur

Dr. David Hariadi Masjhoer, Sp.OT., M.K.M [MARS]

NIP. 19650314 199803 1001

IKHTISAR EKSEKUTIF

Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2024 dan tahun laporan 2025 berisikan ikhtisar pencapaian sasaran strategis sebagaimana yang ditetapkan dalam dokumen Perjanjian Kinerja (PK) dan dokumen perencanaan lain sebagai bahan pengukuran dan evaluasi akuntabilitas kinerja untuk dapat digunakan dalam upaya perbaikan secara terus menerus (*Continues Improvement*) menuju tata kelola pemerintahan daerah yang baik (*Good Local Governance*).

Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda merupakan bentuk komitmen nyata Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda dalam mengimplementasikan Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) sebagaimana diamanatkan dalam PP No. 8 Tahun 2006 tentang Laporan Keuangan dan Kinerja instansi pemerintah yang diatur kemudian dalam Peraturan Presiden No.29 Tahun 2014 Tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah dan secara teknis diatur dalam Permenpan-RB No.53 Tahun 2014 tentang petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja,dan Tata Cara Review atas Laporan Kinerja Instansi pemerintah. Setelah lahirnya kedua peraturan baru tersebut terjadi perubahan nomenklatur dari istilah LAKjIP diganti menjadi LKjIP.

LKjIP adalah wujud pertanggung jawaban pejabat kepada masyarakat tentang kinerja lembaga pemerintah selama satu tahun anggaran. Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda telah diukur, dievaluasi, dianalisis dan dijabarkan dalam bentuk Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda tahun 2024.

Intisari dari laporan LKjIP ini menerangkan bagaimana implementasi dari sebuah komitmen RS itu dijalankan guna mendukung visi dan misi pemerintah provinsi sebagai daya ungkit keberhasilan pencapaian pemerintah provinsi dalam menjalankan roda pemerintahan yang baik.

Ikhtisar Eksekutif dari LKJIP ini memuat :

1. Sasaran Strategis Perjanjian Kinerja (PK) RSUD Abdoel Wahab Sjahranie Tahun 2024

- a. Meningkatnya Kualitas Layanan Publik dan Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah dengan indikator sasaran Nilai Kepuasan Masyarakat Perangkat Daerah dengan target 79 (Indeks) dan Nilai Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah 79 (Nilai)
- b. Meningkatnya standarisasi dan mutu pelayanan Rumah Sakit dengan indikator Persentase Capaian Indikator Nasional Mutu (INM) RS dengan target 76 (Presentase)
- c. Meningkatnya mutu pendidikan , pelatihan dan penelitian kesehatan dengan indikator Nilai Akreditasi Diklit RS (A)

2. Hasil Evaluasi Akuntabilita Kinerja RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2023/2024

Tabel 1
LHE SAKIP Tahun 2023/2024 RSUD A. Wahab Sjahranie

No	Komponen Yang Di nilai	2022		2023		Selisih
		Bobot (%)	Nilai	Bobot (%)	Nilai	Kenaikan/ Penurunan
1	Perencanaan Kinerja	30	27.00	30	27.00	0
2	Pengukuran Kinerja	20	15.40	20	15.40	0
3	Pelaporan Kinerja	20	7.40	10	7.70	0.3
4	Evaluasi Kinerja	10	14.00	20	18.00	4
5	Capaian Kinerja	20	17.60	20	15.20	-2.4
TOTAL		100	81.40	100	83.30	1,9
Predikat Penilaian			A		A	

Sumber data : Inspektorat Prov.Kaltim 2023/2024

Table 1. menerangkan bahwa hasil evaluasi Implementasi SAKIP pada RSUD A. Wahab Syahranie memperoleh nilai sebesar **83,30** (depalan puluh tiga koma tiga puluh) atau dengan predikat penilaian "A" dengan interpretasi (**Memuaskan**) yang bermakna bahwa RSUD AWS mempunyai sistem akuntabilitas kinerja yang akuntabel, berkinerja baik, memiliki sistem manajemen kinerja yang handal.

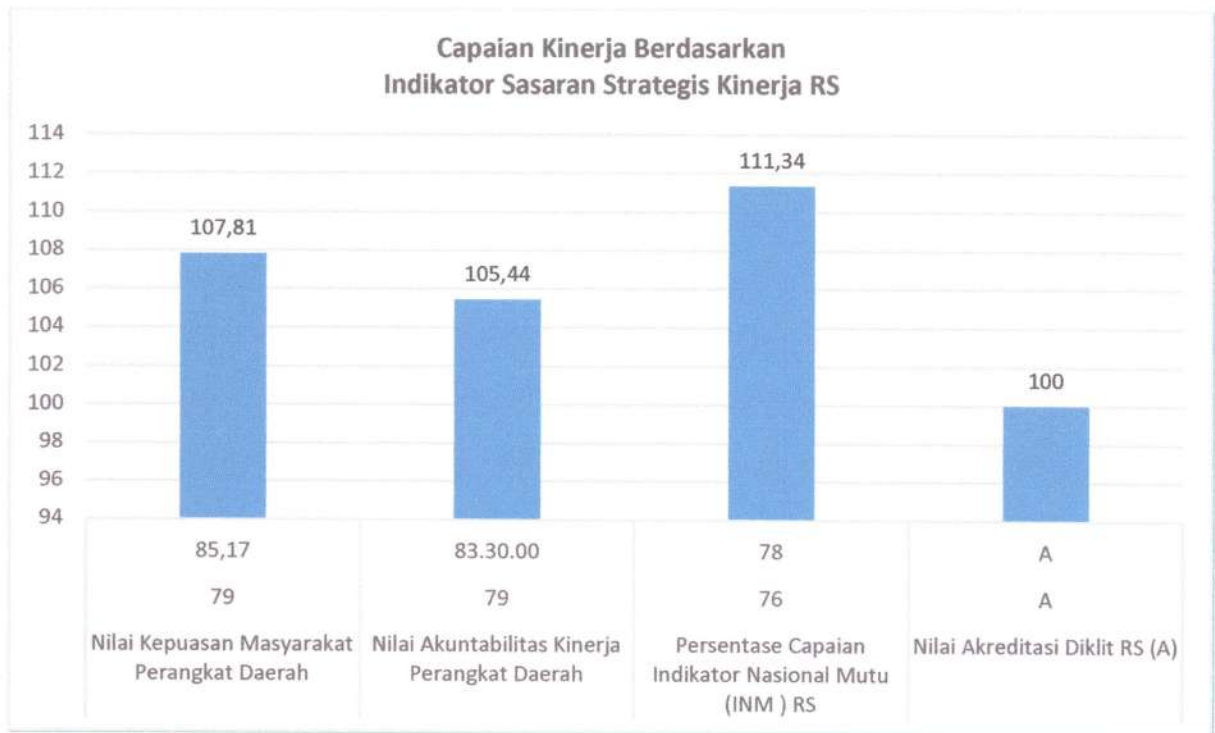
3. Hasil Capaian Kinerja sesuai dengan Perjanjian Kinerja (PK) dan Serapan Anggaran Tahun 2024

Tabel 2
Capaian Kinerja Berdasarkan Sasaran Strategis RS dan Serapan Anggaran
RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2024

No	Sasaran Strategis RS	Indikator Kinerja RS	Satuan	Target	Kinerja		Anggaran
					Realisasi	Capaian (%)	Capaian (%)
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Meningkatnya Kualitas Layanan Publik dan Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah	Nilai Kepuasan Masyarakat Perangkat Daerah	Indeks	79	85,17	107,81%	96%
		Nilai Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah	Persentase	79	83.30	105,44%	
2	Meningkatnya standarisasi dan mutu pelayanan Rumah Sakit	Persentase Capaian Indikator Nasional Mutu (INM) RS	Persentase	76	84,62	111,34%	85,57%
3	Meningkatnya mutu pendidikan , pelatihan dan penelitian kesehatan	Nilai Akreditasi Diklit RS (A)	Persentase	A	A	100,00%	90,44%

Sumber Data : Laporan Berkala Evaluasi Kinerja Tahun 2024

Grafik 1
Capaian Kinerja Berdasarkan Sasaran Strategis RS
RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2024



Tabel 2 dan Grafik 1, menerangkan bahwa :

- a. Sasaran strategis Pertama : Meningkatnya Kualitas Layanan Publik dan Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah, indikator capaian kinerja Nilai Kepuasan Masyarakat Perangkat Daerah dengan target nilai 79 dan Nilai Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah dengan target nilai 79. Capaian Kinerja untuk indikator kinerja Nilai Kepuasan Masyarakat Perangkat Daerah dengan realisasi 85,17 atau capaian kinerja 107,81 %. Realisasi nilai kepuasan masyarakat sebesar 85,17 yang melampaui target 79 menunjukkan bahwa pasien dan masyarakat pengguna jasa Rumah Sakit merasa puas dengan pelayanan yang diberikan. Hal ini bisa menjadi indikator bahwa upaya-upaya yang telah dilakukan untuk meningkatkan kualitas pelayanan, seperti peningkatan keramahan petugas, efisiensi proses pelayanan, dan fasilitas yang memadai, telah membuahkan hasil yang baik. Nilai Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah adalah realisasi 83.30 atau capaian kinerja 105,44%. Pencapaian nilai akuntabilitas kinerja sebesar 83,30 yang juga melampaui target menunjukkan bahwa Rumah Sakit telah berhasil menjalankan kegiatannya secara efektif dan efisien. Hal ini mencerminkan adanya sistem pengelolaan yang baik, transparansi dalam penggunaan anggaran, serta

pertanggungjawaban yang jelas atas kinerja yang telah dicapai. Serapan anggaran untuk sasaran strategis ini adalah : 96% yang menunjukkan bahwa penggunaan anggaran sudah cukup efisien dan sesuai dengan perencanaan awal. Hal ini juga mencerminkan bahwa meskipun serapan anggaran mencapai angka yang tinggi, alokasi dana yang ada telah dimanfaatkan dengan maksimal untuk mendukung upaya peningkatan kualitas pelayanan dan akuntabilitas yang lebih baik.

- b. Sasaran Strategis Kedua : Meningkatnya Standarisasi Dan Mutu Pelayanan Rumah Sakit dengan indikator Capaian kinerja Persentase Capaian Indikator Nasional Mutu (INM) RS target 76 %, dengan realisasi kinerja 84,62% atau dengan nilai capaian 111,34% [melampaui target]. Capaian INM yang melampaui target menunjukkan adanya perbaikan yang signifikan dalam berbagai aspek pelayanan kesehatan, seperti keselamatan pasien, efektivitas klinis, dan kepuasan pasien. Realisasi anggaran 85,57 % hal ini menunjukkan bahwa anggaran yang dialokasikan untuk meningkatkan standar dan mutu pelayanan rumah sakit sudah digunakan dengan cukup efektif. Meskipun terdapat sedikit sisa anggaran yang tidak terpakai, realisasi kinerja yang melampaui target menunjukkan bahwa efisiensi penggunaan dana dapat menghasilkan kualitas pelayanan yang lebih baik daripada yang direncanakan.
- c. Sasaran Strategis Ketiga : Meningkatnya Mutu Pendidikan, Pelatihan Dan Penelitian Kesehatan dengan indikator capaian kinerja Nilai Akreditasi Diklit RS (A), dengan realisasi A atau dengan nilai capaian 100 %, [sesuai target] dari target nilai A. Pencapaian nilai A menjelaskan bahwa program pendidikan dan pelatihan yang diselenggarakan oleh Rumah Sakit telah memenuhi standar yang ditetapkan. Dengan realisasi serapan anggaran 90,44% menunjukkan bahwa sebagian besar dana yang dialokasikan untuk pendidikan dan pelatihan kesehatan telah digunakan dengan baik. Persentase yang cukup tinggi ini mengindikasikan bahwa kegiatan yang direncanakan untuk meningkatkan kualitas pendidikan dan pelatihan di rumah sakit telah tercapai sesuai dengan target yang telah ditentukan.

4. Hasil Capaian Kinerja Non Keuangan dan Keuangan BLUD RS Tahun 2024

Tabel 3
Hasil Rekapitulasi Evaluasi Hasil Kinerja
Berdasarkan Balance Score card Tahun 2024

No	Perspektif	Nilai		Naik/Turun
		2023	2024	
1	2	3	4	5
1	Pertumbuhan dan Pembelajaran	22	23	1
2	Proses Pelayanan Internal	14	17	3
3	Pelanggan	29	29	0
4	Keuangan	16	17	1
	Total Nilai	81	86	5

Dari tabel 3 bahwa hasil rekapitulasi evaluasi kinerja RSUD A.W. Sjahranie menunjukkan peningkatan nilai keseluruhan dari 81 pada tahun 2023 menjadi 86 pada tahun 2024, mencerminkan adanya perbaikan dalam berbagai aspek layanan dan manajemen rumah sakit. Dari empat perspektif yang dievaluasi, tiga di antaranya mengalami peningkatan, sementara satu tetap stabil.

Dalam perspektif pertumbuhan dan pembelajaran, terjadi peningkatan dari nilai 22 pada tahun 2023 menjadi 23 pada tahun 2024. Kenaikan ini menunjukkan adanya upaya yang lebih baik dalam pengembangan sumber daya manusia, peningkatan kompetensi SDM, serta optimalisasi sistem informasi manajemen rumah sakit. Peningkatan ini menandakan bahwa rumah sakit semakin berorientasi pada peningkatan kualitas petugas dan infrastruktur pendukung layanan kesehatan.

Perspektif proses pelayanan internal mengalami peningkatan yang paling signifikan, naik dari nilai 14 pada tahun 2023 menjadi 17 pada tahun 2024. Peningkatan ini mencerminkan perbaikan dalam efisiensi alur layanan, penurunan waktu tunggu pasien, serta peningkatan efektivitas dalam penanganan prosedur pelayanan pasien dan operasional rumah sakit. Hal ini mengindikasikan adanya langkah-langkah yang lebih baik dalam memastikan bahwa setiap proses pelayanan berjalan dengan lebih optimal, sehingga memberikan dampak positif bagi pasien dan tenaga pemberi layanan.

Dalam perspektif pelanggan, nilai tetap stabil di angka 29, yang menunjukkan bahwa tingkat kepuasan pasien dan efektivitas layanan pelanggan tetap terjaga pada

level yang tinggi. Stabilitas ini mencerminkan keberhasilan rumah sakit dalam mempertahankan kualitas layanan yang diberikan kepada pasien, baik dari segi fasilitas, keramahan staf medis, maupun efisiensi layanan kesehatan. Meskipun tidak ada peningkatan dalam perspektif ini, menjaga kepuasan pelanggan pada level yang tinggi tetap menjadi pencapaian yang penting bagi rumah sakit.

Perspektif keuangan juga mengalami sedikit peningkatan, dari nilai 16 pada tahun 2023 menjadi 17 pada tahun 2024. Hal ini menunjukkan adanya perbaikan dalam manajemen keuangan rumah sakit, termasuk peningkatan efisiensi biaya operasional dan optimalisasi sumber pendapatan. Meskipun peningkatannya tidak terlalu besar, tren ini menunjukkan bahwa rumah sakit semakin baik dalam mengelola keuangan untuk mendukung keberlanjutan operasionalnya.

Secara keseluruhan, peningkatan total nilai evaluasi dari 81 menjadi 86 menandakan adanya perkembangan yang positif dalam berbagai aspek pengelolaan rumah sakit. Perbaikan yang signifikan dalam proses pelayanan internal dan pertumbuhan serta pembelajaran mencerminkan komitmen rumah sakit dalam meningkatkan kualitas layanan dan manajemen. Stabilitas dalam kepuasan pelanggan serta perbaikan dalam aspek keuangan menunjukkan bahwa rumah sakit tidak hanya berfokus pada peningkatan efisiensi internal tetapi juga tetap menjaga standar pelayanan (SP) yang tinggi. Ke depan, fokus utama rumah sakit adalah mempertahankan tren positif ini dengan terus meningkatkan efektivitas layanan, memastikan keberlanjutan pengelolaan keuangan yang sehat, serta tetap berorientasi pada kepuasan pasien sebagai prioritas utama.

RSUD A. W. Sjahranie Tahun 2024 mendapatkan total skor 86 dengan predikat A (Sangat Baik)

1. Rekomendasi/Strategi/ Saran

- a. Meningkatkan Kualitas Layanan Publik dan Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah. Meskipun rumah sakit telah menunjukkan capaian yang sangat baik pada indikator kepuasan masyarakat dan akuntabilitas kinerja perangkat daerah, disarankan untuk terus memperkuat upaya pengukuran dan evaluasi kepuasan masyarakat secara lebih terstruktur dan periodik. Rumah sakit sebaiknya tetap menerapkan survei kepuasan yang lebih mendalam (*patient experience*) untuk mendapatkan gambaran yang lebih jelas tentang area-area layanan yang perlu perbaikan. Selain itu, penting untuk memperkuat sistem pelaporan dan transparansi dalam pengelolaan kinerja perangkat daerah guna menjaga tingkat akuntabilitas yang tinggi, serta meningkatkan komunikasi dengan masyarakat terkait program-program yang sudah dilaksanakan.
- b. Meningkatkan Standarisasi dan Mutu Pelayanan Rumah Sakit. Untuk memastikan bahwa standar pelayanan yang lebih tinggi dapat terus terjaga, rumah sakit perlu terus memperbarui dan menyesuaikan dengan indikator nasional mutu (INM) yang telah tercapai. Salah satu rekomendasi adalah meningkatkan pemanfaatan teknologi dalam proses pelayanan rumah sakit, misalnya dengan sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) yang lebih terintegrasi. Selain itu, rumah sakit perlu fokus pada pelatihan dan pengembangan staf, serta memastikan mereka memiliki pemahaman yang mendalam mengenai prosedur dan standar pelayanan yang telah ditetapkan.
- c. Meningkatkan Mutu Pendidikan, Pelatihan, dan Penelitian Kesehatan Sebagai rumah sakit yang memiliki fokus pada pendidikan dan pelatihan, rekomendasi untuk sasaran ini adalah memperluas kerja sama dengan lembaga pendidikan dan lembaga penelitian lainnya. Ini dapat meningkatkan peluang untuk mendapatkan sumber daya, serta memperkaya pengalaman bagi staf medis dan non-medis. Selain itu, penguatan metode pelatihan berbasis teknologi dan pembelajaran jarak jauh dapat menjadi solusi yang efektif untuk mencapai pelatihan yang lebih luas dengan sumber daya yang terbatas. Terus memantau dan mengevaluasi akreditasi serta kualitas pendidikan dan pelatihan yang diberikan juga sangat penting agar rumah sakit tetap dapat mempertahankan standar yang tinggi.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	ii
IKHTISAR EKSEKUTIF.....	iii
1. Sasaran Strategis Perjanjian Kinerja (PK) RSUD Abdoel Wahab Sjahranie Tahun 2024	iv
2. Hasil Evaluasi Akuntabilita Kinerja RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2023/2024	iv
3. Hasil Capaian Kinerja sesuai dengan Perjanjian Kinerja (PK) dan Serapan Anggaran Tahun 2024 v	
4. Hasil Capaian Kinerja Non Keuangan dan Keuangan BLUD RS Tahun 2024	viii
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR GRAFIK.....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. DASAR PEMBENTUKAN ORGANISASI.....	1
B. TUGAS DAN FUNGSI	3
1. Tugas Pokok	4
2. Fungsi.....	4
C. STRUKTUR ORGANISASI	4
1. Direktur	5
2. Wakil Direktur Medik dan Keperawatan	5
3. Wakil Direktur Penunjang.....	6
4. Wakil Direktur Wakil Direktur Sumber Daya Manusia, Pendidikan,.....	6
Pelatihan dan Penelitian.....	6
2. Wakil Direktur Umum dan Keuangan, membawahkan:	6
D. SUMBER DAYA APARATUR	13
E. ASPEK STRATEGIS ORGANISASI	16
F. PERMASALAHAN UTAMA (ISU STRATEGIS).....	20
G. SARANA DAN PRASARANA	21
1. Prasarana	21
2. Transportasi	26
BAB II PERENCANAAN KINERJA	29
A. PERENCANAAN STRATEGIS.....	29
1. Slogan RPD Tahun 2024-2026.....	29
2. Tujuan RPD Tahun 2024 – 2026.....	29
3. Sasaran RPD Tahun 2024 - 2026	30
B. INDIKATOR KINERJA UTAMA.....	8

C. PERJANJIAN KINERJA.....	14
1. Perjanjian Kinerja.....	15
2. Rencana Anggaran.....	16
3. Target Belanja Dana APBD dan BLUD.....	17
4. Alokasi Anggaran Per Program Kegiatan.....	19
BAB III AKUNTABILITAS KINERJA.....	21
A. LAPORAN HASIL EVALUASI ATAS IMPLEMENTASI SISTEM AKIP TAHUN SEBELUMNYA.....	21
1. Nilai Hasil Evaluasi Akuntabilitas Kinerja.....	21
2. Tidak Lanjut Atas Hasil Evaluasi Inspektorat Provinsi Terhadap Laporan Hasil Evaluasi Atas Implementasi Sistem AKIP.....	26
B. PENGUKURAN CAPAIAN KINERJA ORGANISASI.....	31
C. ANALISIS CAPAIAN KINERJA.....	34
1. Membandingkan Antara Target Dan Realisasi Kinerja Program Tahun Ini :.....	34
2. Membandingkan Antara Realisasi Kinerja Program Serta Capaian Kinerja Program Tahun Ini Dengan Tahun Lalu dan Beberapa Tahun Terakhir.....	37
3. Membandingkan Realisasi Kinerja Sampai Dengan Tahun Ini Dengan Target Jangka Menengah Yang Terdapat Dalam Dokumen Perencanaan Strategis Organisasi.....	40
4. Membandingkan Realisasi Kinerja Tahun Ini Dengan Standar Nasional (Jika Ada).....	42
5. Analisis Atas Efisiensi Penggunaan Sumber Dana.....	45
6. Analisis Kegiatan yang Menunjang Keberhasilan ataupun Kegagalan Pencapaian Kinerja Program.....	47
7. Analisis Penyebab Keberhasilan/Kegagalan Atau Peningkatan/Penurunan Kinerja Serta Alternatif Solusi Yang Telah Dan Akan Dilakukan.....	54
D. ANALISIS CAPAIAN INDIKATOR KINERJA BLUD RS.....	64
1. Analisis Capaian Kinerja Non Keuangan dan Keuangan BLUD RS dari Perspektif Balance Score Card (BSC) Tahun 2024.....	64
E. ANALISIS CAPAIAN KINERJA MUTU RS (HOSPITAL QUALITY PERFORMANCE).....	82
1. Analisis Perbandingan Capaian Kinerja Pelayanan.....	82
2. Analisis Capaian Kinerja Mutu.....	85
D. REALISASI ANGGARAN.....	92
1. Realisasi Anggaran Sesuai Dengan Perjanjian Kinerja.....	92
2. Realisasi Anggaran Per Program , Realisasi Anggaran APBD dan BLUD Sesuai Dengan Program Kegiatan.....	96
BAB IV PENUTUP.....	100
A. KESIMPULAN.....	100
B. REKOMENDASI.....	101
LAMPIRAN.....	103
Lampiran 1 Bukti Rencana Aksi dari Rekomendasi Inspektorat atas Hasil Evaluasi Capaian SAKIP Tahun 2024/2025.....	103
Surat Permintaan Penyampaian Laporan Rencana Aksi Kegiatan berdasarkan Perjanjian Kinerja Triwulan IV.....	103
Surat Permintaan Penyampaian Laporan Standar Pelayanan Minimal Triwulan IV.....	104
Bukti Laporan Kinerja Tahun 2024.....	105
Bukti Surat Permintaan Rekomendasi Direktur atas Laporan Hasil Capaian Kinerja Triwulan IV Tahun 2024.....	117
Bukti Rekomendasi Direktur atas Laporan Hasil Capaian Kinerja Triwulan IV Tahun 2024.....	118

Bukti Surat Penyampaian Tentang Reward dan Funisment atas Capaian Kinerja bidang/Bagian Tahun 2024	120
Bukti Piagam Penghargaan / Reward atas Pencapaian Kinerja Tahun 2024.....	121
Bukti Survei Kepuasan Masyarakat Semester I Tahun 2024	123
Bukti Survei Kepuasan Masyarakat Semester II Tahun 2024	124
Bukti Survei Kepuasan Pegawai Tahun 2024	125
Bukti Survei Indeks Persepsi Korupsi Tahun 2024	126
Penghargaan Dari Pemprov Kaltim sebagai Peringkat I Perangkat Daerah Terbaik Prov Kaltim Tahun 2024 Kategori Penerapan Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) ...	127
Penerima Penganugerahan Keterbukaan Informasi Publik Terbaik I Kategori BLUD Provinsi Kalimantan Timur Tahun 2024 INFORMATIF dengan Nilai 99.50 Penghargaan Sebagai Sepuluh Rumah Sakit Terbaik pada Bidang Layanan Kanker Tahun 2024.....	128
Penghargaan Sebagai Peringkat 2 atas penerapan aplikasi SRIKANDI dilingkungan Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur.....	130
Penghargaan Pengelolaan Pengaduan Melalui S4PAN-LAPOR Terbaik IV Tahun 2024	131
Penghargaan Sebagai Lembaga Terbina Pengutamaan Bahasa Negara pada Ruang Publik dan Dokumen Lembaga Provinsi Kalimantan Timur Dan Kalimantan Utara Tahun 2022 - 2024	132
Penghargaan Juara 1 kategori Lomba Karya Tulis Ilmiah Oleh Wardatun Hasanah, S.Kep., M.M (Perencana Ahli Muda) pada kegiatan Temu Nasional Akreditasi Rumah Sakit (TeNARS) II Lars DHP, Jakarta 5-7 September 2024	133
Penghargaan Sebagai Pemenang Peringkat Kesatu kategori Dokter Pemenang Tenaga Kesehatan Teladan Rumah Sakit Milik Pemerintah Daerah Tingkat Provinsi Kalimantan Timur Tahun 2024	134

DAFTAR TABEL

Tabel 1 LHE SAKIP Tahun 2023/2024 RSUD A. Wahab Sjahranie	iv
Tabel 2 Capaian Kinerja Berdasarkan Sasaran Strategis RS dan Serapan Anggaran RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2024	v
Tabel 3 Hasil Rekapitulasi Evaluasi Hasil Kinerja Berdasarkan Balance Score card Tahun 2024	viii
Tabel 4 Sumber Daya Manusia Menurut Golongan dan Pendidikan RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2021/2024	14
Tabel 5 Sumber Daya Manusia Menurut Golongan dan Pendidikan RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2024 / 2024	15
Tabel 6 Strategi Organisasi Berdasarkan Analisis SWOT RSUD A. Wahab Sjahranie	16
Tabel 7 Prasarana RSUD. A. Wahab Sjahranie Tahun 2024.....	21
Tabel 8 Prasarana Gedung dan Bangunan RSUD A. W. Sjahranie.....	23
Tabel 9 Kendaraan RSUD A. W. Sjahranie Tahun 2024.....	26
Tabel 10 Tujuan Dan Sasaran Rumah Sakit Tahun 2024-2026	0
Tabel 11 Program dan Kegiatan Prioritas Renstra RSUD A. W. Sjahranie Tahun 2024-2026	2
Tabel 12 Indikator Kinerja Utama RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2024-2026.....	9
Tabel 13 Perjanjian Kinerja RS RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2024.....	15
Tabel 14 Rencana Anggaran Murni RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2024.....	16
Tabel 15 Target Belanja Dana APBD RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2024	17
Tabel 16 Target Belanja Dana BLUD RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2024	18
Tabel 17 Target Belanja APBD + BLUD RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2024	18
Tabel 18 Anggaran Belanja Per Program Kegiatan Dengan APBD dan BLUD.....	19
Tabel 19 Nilai Hasil Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Tahun 2023/2024 RSUD A. Wahab Sjahranie	21
Tabel 20 Rekapitulasi Progres Nilai SAKIP RSUD A. Wahab Sjahranie	25
Tabel 21 Rencana Aksi atas Rekomendasi	26
Tabel 22 Tabel Pengukuran Capaian Kinerja RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2024.....	31
Tabel 23 Perbandingan Antara Target dan Realisasi Kinerja RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2024.....	34
Tabel 24 Perbandingan Antara Target dan Realisasi Kinerja Beberapa Tahun Terakhir	37
Tabel 25 Realisasi Kinerja dengan Target Capaian Kinerja Organisasi Jangka Menengah RSUD A. Wahab Sjahranie	40
Tabel 26 Realisasi Kinerja dengan Realisasi Nasional dan Provinsi Kalimantan Timur RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2024	42
Tabel 27 Efisiensi Penggunaan Sumber Dana RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2024.....	45
Tabel 28 Program/Kegiatan yang Menunjang Keberhasilan Pencapaian Perjanjian Kinerja RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2024	47
Tabel 29 Evaluasi Kinerja Dari Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan (30%)	65
Tabel 30 Evaluasi Kinerja Dari Perspektif Proses Layanan Internal (20%)	67
Tabel 31 Evaluasi Kinerja Dari Perspektif Pelanggan (30%).....	70
Tabel 32 Evaluasi Kinerja Dari Perspektif Keuangan (20%).....	72
Tabel 33 Hasil Rekapitulasi Evaluasi Hasil Kinerja Berdasarkan Balance Score card Tahun 2024	75
Tabel 34 Progress Capaian Indikator Kinerja BLUD RS Berdasarkan Balance Score Card dari Tahun 2020-2024	78
Tabel 35 Rekapitulasi Progres Capaian Kinerja BLUD RS Dari Perspektif Balance Score card	80
Tabel 36 Capaian Kinerja Standar Pelayanan Minimal (SPM) dari Beberapa Tahun Sebelumnya	82
Tabel 37 Capaian Kinerja Indikator Nasional Mutu (INM) Tahun 2024	85
Tabel 38 Capaian Indikator Mutu Prioritas (IMP) Tahun 2024	88
Tabel 39 Realisasi Anggaran Sesuai Dengan Perjanjian Kinerja RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2024.....	92
Tabel 40 Realisasi Anggaran Per Program dan Kegiatan sesuai program dan kegiatan APBD+BLUD 2024	96

DAFTAR GAMBAR

<i>Gambar 1 Struktur Organisasi RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2023</i>	4
<i>Gambar 2 Diagram Kartesius RSUD A. W. Sjahranie</i>	17

DAFTAR GRAFIK

<i>Grafik 1 Capaian Kinerja Berdasarkan Sasaran Strategis RS</i>	<i>vi</i>
<i>Grafik 2 Progres Nilai SAKIP RSUD A. Wahab Sjahranie.....</i>	<i>25</i>
<i>Grafik 3 Progres Capaian Kinerja Dari Perspektif Balance Score card.....</i>	<i>80</i>

DAFTAR LAMPIRAN

<i>Lampiran 1 Bukti Rencana Aksi dari Rekomendasi Inspektorat atas Hasil Evaluasi Capaian SAKIP Tahun 2024/2025.....</i>	<i>103</i>
<i>Lampiran 2 Bukti Pemberian Reward dan Funisment Atas Capaian Kinerja Bidang / Bagian Tahun 2024.....</i>	<i>120</i>
<i>Lampiran 3 Bukti Survei Kepuasan Masyarakat (SKM) Tahun 2024.....</i>	<i>123</i>
<i>Lampiran 4 Bukti Survei Kepuasan Pegawai (SKP) Tahun 2024.....</i>	<i>125</i>
<i>Lampiran 5 Bukti Survei Indeks Persepsi Korupsi (IPK) Tahun 2024.....</i>	<i>125</i>
<i>Lampiran 6 Bukti Penerimaan Penghargaan RS.....</i>	<i>127</i>

BAB I

PENDAHULUAN

A. DASAR PEMBENTUKAN ORGANISASI

Rumah Sakit Umum Daerah adalah milik Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur yang berbentuk Lembaga Teknis Daerah berdasarkan Peraturan Daerah Provinsi Kalimantan Timur No. 10 Tahun 2008 dan perubahannya yaitu Peraturan Daerah Provinsi Kaltim no. 8 Tahun 2012. Sesuai dengan tugas dan fungsinya memberikan pelayanan Kesehatan kepada masyarakat berupa meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang pada tujuan akhirnya untuk meningkatkan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa.

Sebagai Satuan Kerja Perangkat Daerah yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) berdasarkan Peraturan Pemerintah No.23 Tahun 2005 dan perubahannya yaitu Peraturan Pemerintah No. 74 Tahun 2012, Tentang Penyelenggaraan Keuangan Badan Layanan Umum dan Permendagri No. 61 Tahun 2007 Tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, maka Rumah Sakit Umum Daerah A.Wahab Sjahranie ditetapkan sebagai Badan Layanan Umum Daerah dengan Keputusan Gubernur Kalimantan Timur Nomor : 445/K.225/2008, Tentang Penetapan Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Kalimantan Timur Sebagai Badan layanan Umum (BLU). Untuk operasionalnya dikeluarkan Peraturan Gubernur Kalimantan Timur Nomor 32 Tahun 2008, Tentang Pedoman teknis Pengelolaan Keuangan Dan Akuntansi Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Kalimantan Timur Sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD).

Sebagai instansi pemerintah RSUD A. Wahab Sjahranie berkewajiban untuk mempertanggung jawabkan pelaksanaan tugas pokok dan fungsi yang diamanatkan kepada masyarakat sebagai pemegang kedaulatan tertinggi. Kewajiban tersebut dijabarkan dengan menyiapkan, menyusun dan menyampaikan laporan kinerja secara tertulis, periodik dan melembaga. Pelaporan kinerja dimaksudkan untuk mengkomunikasikan capaian kinerja RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda, dalam satu tahun anggaran yang dikaitkan dengan proses pencapaian tujuan dan sasaran serta menjelaskan keberhasilan dan kegagalan tingkat kinerja yang dicapainya.

RSUD A. Wahab Sjahranie yang merupakan rumah sakit terbesar milik Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur yang ditetapkan sebagai Rumah Sakit Umum dengan Klasifikasi Kelas A oleh Keputusan Menteri Kesehatan RI, Nomor : 001/Menkes/SK/I/2014, pada tanggal 6 Januari 2014. Mendapatkan sertifikat kelulusan Akreditasi Paripurna pada tanggal 16 maret 2017 oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit, dan saat ini dilanjutkan bimbingan untuk menuju akreditasi *Internasional Joint Commission International (JCI)*.

Pengembangan organisasi RSUD A. Wahab Sjahranie dengan kemampuan rumah sakit memberikan pelayanan kedokteran dan subspecialis luas sehingga oleh pemerintah pusat ditetapkan sebagai tempat Rujukan tertinggi (*Top Referral Hospital*), sesuai keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : HK.02.02/Menkes/390/2014, tentang Pedoman Penetapan Rumah Sakit Rujukan Nasional, Nomor : HK.02.02/Menkes/391/2014, Tentang Pedoman Penetapan Rumah Sakit Rujukan Regional.

RSUD A. Wahab Sjahranie sebagai Rumah Sakit Pusat Rujukan yang ada di Kalimantan Timur. Keberadaan sumber daya manusia yang terdiri dari Dokter Spesialis dan Subspesialis/Konsultan serta tenaga paramedis yang terlatih sesuai dengan kompetensinya. Dalam sistem perencanaan pembangunan nasional menjelaskan bahwa pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud. Perubahan perkembangan masyarakat saat ini telah memberikan implikasi terhadap tuntutan kebutuhan pelayanan yang lebih baik dan prima. Dalam menjawab tuntutan tersebut, maka instansi pemerintah harus mampu meningkatkan kinerja dan profesionalisme. RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda memiliki luas wilayah 27 Ha. Dengan jumlah Tempat Tidur 599 TT. Daya huni (BOR) pada akhir tahun 2024 atau persentase penggunaan tempat tidur pada tahun 2024 mencapai 73,06% atau meningkat sebesar 16,78% dari BOR tahun sebelumnya ditahun 2023. Angka BOR ini memenuhi standar Kemenkes yaitu 60-85%. BOR ideal menunjukkan pelayanan rumah sakit yang juga ideal salah satunya yaitu tingkat turnover pasien sekitar 2 hari. Namun berdasarkan penelusuran lebih dalam, angka BOR tinggi ini masih belum sepenuhnya memberikan kontribusi manfaat kepada rumah sakit dikarenakan masih banyak kriteria pasien rawat jalan yang seharusnya tidak memerlukan

rawat inap tetapi menjadi rawat inap. Seperti pada pemeriksaan penunjang atau diagnostic (colonoscopy, bronchoscopy, dll).

Jumlah kunjungan pasien pemeriksaan diagnostik ini meningkat setiap tahunnya ke RSUD Abdoel Wahab Sjahranie sehingga membuat waiting list pasien pada saat tertentu juga meningkat.

Kebijakan BPJS yang melakukan pending klaim terhadap pelayanan yang tidak sesuai dengan peruntukannya sehingga BOR yang telah meningkat belum tentu berkontribusi linier dengan peningkatan pendapatan RSUD Abdoel Wahab Sjahranie.

Berdasarkan data BOR Rawat Inap RSUD Abdoel Wahab Sjahranie dari Januari hingga Desember 2024, angka BOR bulanan menunjukkan variasi yang cukup signifikan. Angka tertinggi terjadi pada bulan Agustus sebesar 73,95%, sedangkan angka terendah tercatat pada bulan April dengan 61,80%. Hal ini menunjukkan adanya fluktuasi dalam penggunaan tempat tidur rumah sakit, yang dipengaruhi oleh faktor musiman atau kebijakan pelayanan.

Secara triwulanan, BOR tertinggi terjadi pada Triwulan III (Juli-September) dengan 76,36%, sementara Triwulan II (April-Juni) memiliki angka terendah, yaitu 69,66%. Penurunan di Triwulan II berkaitan dengan faktor eksternal seperti kebijakan kesehatan dan jumlah pasien yang lebih sedikit pada periode tersebut.

Jika dilihat secara semesteran, Semester II (Juli-Desember) memiliki BOR sebesar 75,37%, lebih tinggi dibandingkan Semester I (Januari-Juni) yang hanya mencapai 70,72%. Hal ini menunjukkan peningkatan tingkat hunian rumah sakit pada paruh kedua tahun 2024. Secara keseluruhan, BOR total tahun 2024 mencapai 73,06%, masih dalam batas standar Kemenkes (60-85%), yang mengindikasikan efisiensi penggunaan tempat tidur rumah sakit dalam pelayanan rawat inap.

B. TUGAS DAN FUNGSI

RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda merupakan Satuan Kerja Perangkat Daerah bidang pelayanan medis dan kesehatan rumah sakit, dipimpin oleh Direktur yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah. Tugas pokok dan fungsi RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda mengacu pada Peraturan Gubernur Kalimantan Timur Nomor 22 Tahun 2023 Tentang Pembentukan,

Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas, Fungsi, Uraian Tugas Dan Tata Kerja Rumah Sakit Daerah Pada Dinas Kesehatan Tugas Pokok

1. Tugas Pokok

Menurut Peraturan Gubernur Provinsi Kalimantan Timur Nomor 22 tahun 2023 tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas, Fungsi, Uraian Tugas dan Tata Kerja Rumah Sakit Daerah Pada Dinas Kesehatan, mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yaitu pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif meliputi pelayanan rawat inap, rawat jalan, gawat darurat dan pelayanan pendidikan.

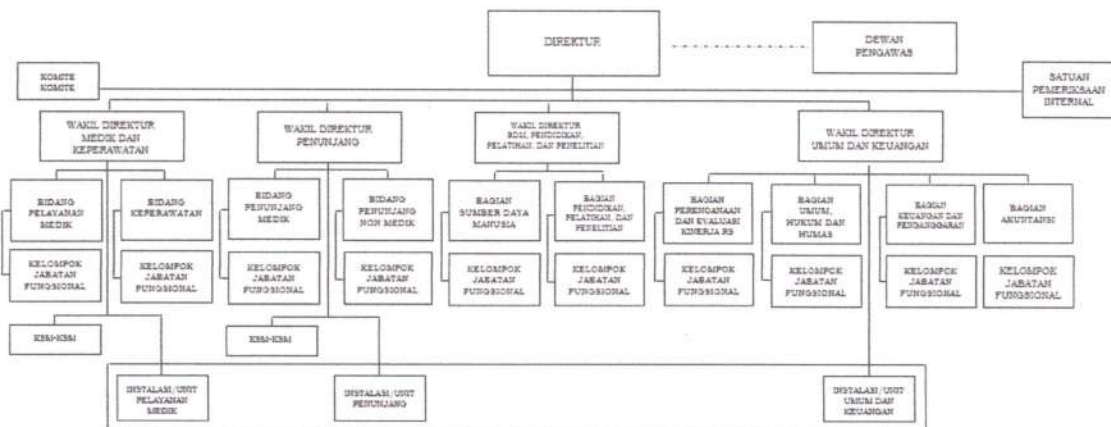
2. Fungsi

Untuk menyelenggarakan tugas pokok sebagai dimaksud diatas maka Rumah Sakit Umum Daerah Abdoel Wahab Sjahranie, mempunyai fungsi :

- a. Menyelenggarakan Pelayanan Medis;
- b. Menyelenggarakan Pelayanan Penunjang Medis dan Non Medis;
- c. Menyelenggarakan Pelayanan Asuhan Keperawatan;
- d. Menyelenggarakan Pelayanan Rujukan;
- e. Menyelenggarakan Pendidikan dan Latihan;
- f. Menyelenggarakan Penelitian dan Pengembangan;
- g. Menyelenggarakan Pelayanan Umum dan Keuangan.

C. STRUKTUR ORGANISASI

Struktur Organisasi UOBK RSUD A W Sjahranie dapat dilihat pada gambar di bawah ini:



Gambar 1
Struktur Organisasi RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2023

Struktur organisasi RSUD A.W. Sjahranie sesuai dengan Peraturan Gubernur Kalimantan Timur Nomor 22 Tahun 2024 Tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas, Fungsi, Uraian Tugas Dan Tata Kerja Rumah Sakit Daerah Pada Dinas Kesehatan terdiri dari 1 Direktur, 4 Wakil Direktur, 10 Kepala Bidang/ Kepala Bagian , dengan rincian sebagai berikut :

1. Direktur

2. Wakil Direktur Medik dan Keperawatan

- a. Bidang Pelayanan Medik membawahkan Kelompok Jabatan Fungsional
- b. Bidang Keperawatan membawahkan Kelompok Jabatan Fungsional.
- c. Instalasi, sebagai berikut :
 - 1) Instalasi Rawat jalan/IRJA
 - 2) Instalasi Gawat Darurat/IGD
 - 3) Instalasi Rawat Inap/IRNA
 - 4) UPT Sakura
 - 5) Instalasi Perawatan Intensif/IPI
 - 6) Instalasi Bedah Sentral/IBS
 - 7) Instalasi Anestesi
 - 8) Instalasi CSSD dan Laundry
 - 9) Instalasi Radiologi
 - 10) Instalasi Farmasi
 - 11) Instalasi Patologi Klinik
 - 12) Instalasi Patologi Anatomi
 - 13) Instalasi Gizi
 - 14) Instalasi Rehabilitasi Medis
 - 15) Instalasi Kedokteran Kehakiman
 - 16) Instalasi Pemeliharaan Sarana RS
 - 17) Instalasi PKRS
 - 18) Instalasi Humas
 - 19) Instalasi Rekam Medik
 - 20) Instalasi Kesehatan Lingkungan dan Limbah RS

- 21) Instalasi Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3)
- 22) Instalasi Radiotherapy
- 23) Instalasi Kedokteran Nuklir
- 24) Instalasi Fertilitas Center
- 25) Instalasi Ginjal Terpadu
- 26) Instalasi Jantung Terpadu

3. Wakil Direktur Penunjang

- a. Bidang Penunjang Medik membawahkan Kelompok Jabatan Fungsional
- b. Bidang Penunjang Non Medik, membawahkan Kelompok Jabatan Fungsional
- c. Instalasi Penunjang, terdiri atas:
 - 1) Instalasi Radiologi
 - 2) Instalasi Farmasi
 - 3) Instalasi Patologi Klinik
 - 4) Instalasi Patologi Anatomi
 - 5) Instalasi Gizi
 - 6) Instalasi Rehabilitasi Medis
 - 7) Instalasi Kedokteran Kehakiman
 - 8) Instalasi Bank Darah
 - 9) Instalasi Pemeliharaan Sarana RS
 - 10) Instalasi Kesehatan Lingkungan dan Limbah RS
 - 11) Instalasi Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3)
 - 12) Instalasi Radiotherapy
 - 13) Instalasi Kedokteran Nuklir

4. Wakil Direktur Wakil Direktur Sumber Daya Manusia, Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian

- a. Bagian Sumber Daya Manusia membawahkan Kelompok Jabatan Fungsional
- b. Bagian Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian membawahkan Kelompok Jabatan Fungsional.

2. Wakil Direktur Umum dan Keuangan, membawahkan:

- a. Bagian Perencanaan dan Evaluasi Kinerja Rumah Sakit, membawahkan Kelompok Jabatan Fungsional

- b. Bagian Umum, Hukum dan Humas, membawahkan Kelompok Jabatan Fungsional;
- c. Bagian Keuangan dan Penganggaran, membawahkan Kelompok Jabatan Fungsional
- d. Bagian Akuntansi, membawahkan Kelompok Jabatan Fungsional.

Dalam melaksanakan tugas, fungsi dan tata kerja RSUD AWS dapat dibantu unit non struktural yang terdiri atas:

- a. Dewan Pengawas,
- b. Satuan Pemeriksaan Internal;
- c. Komite,
 - 1) Komite Medik
 - 2) Komite Keperawatan
 - 3) Komite Hukum dan Etik
 - 4) Komite Farmasi dan Terapi
 - 5) Komite Pengendalian Pencegahan Infeksi
 - 6) Komite Mutu
 - 7) Komite Koordinasi Pendidikan
 - 8) Komite Program Pengendalian Resistensi Anti Mikroba [PPRA]
 - 9) Komite Keselamatan Kerja RS
 - 10) Komite Etik Penelitian
 - 11) Komite Kesehatan lainnya

Adapun yang menjadi uraian tugas dari Direktur dan Wakil Direktur, adalah sebagai berikut :

a. Direktur RSUD A.W. Sjahranie

Direktur mempunyai tugas memimpin penyelenggaraan Rumah Sakit dengan menetapkan kebijakan, membina, mengawasi serta pengendalian terhadap pelaksanaan Rumah Sakit. Direktur mempunyai uraian tugas sebagai berikut :

- 1) Merumuskan program kerja di lingkungan UOBK RSUD A.W. Sjahranie berdasarkan rencana strategis UOBK RSUD A.W. Sjahranie sebagai pedoman pelaksanaan tugas;
- 2) Mengoordinasikan pelaksanaan tugas sesuai dengan program yang telah ditetapkan dan kebijakan daerah agar target kerja tercapai sesuai dengan rencana;

- 3) Membina bawahan dengan cara mengadakan rapat/pertemuan dan bimbingan secara berkala agar diperoleh kinerja yang diharapkan;
- 4) Mengarahkan pelaksanaan tugas bawahan sesuai dengan tugas, tanggung jawab, permasalahan dan hambatan serta ketentuan yang berlaku untuk ketepatan dan kelancaran pelaksanaan tugas;
- 5) Memimpin implementasi manajemen pemasaran, manajemen mutu, manajemen *human capital* dan manajemen logistik dan manajemen keuangan serta pengembangan sistem informasi manajemen Rumah Sakit yang berbasis teknologi informasi;
- 6) Memimpin tata kelola Rumah Sakit dan tata kelola klinis yang baik;
- 7) Memimpin implementasi BLUD untuk mencapai kinerja Rumah Sakit;
- 8) Memimpin pelaksanaan program pengendalian standar mutu pelayanan sesuai dengan standar akreditasi Rumah Sakit yang berfokus pada peningkatan pengalaman pasien demi terciptanya budaya keselamatan pasien, serta terpenuhinya hak dan kewajiban pasien sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- 9) Memimpin implementasi jaminan kesehatan nasional dengan prinsip kendali mutu, kendali biaya dan pencegahan terhadap potensi *fraud* serta gratifikasi di Rumah Sakit;
- 10) Mengevaluasi pelaksanaan tugas bawahan dengan cara membandingkan rencana dengan kegiatan yang telah dilaksanakan sebagai bahan laporan kegiatan dan rencana yang akan datang;
- 11) Menyusun laporan pelaksanaan tugas sesuai dengan kegiatan yang telah dilaksanakan sebagai akuntabilitas kinerja UOBK RSUD A.W. Sjahrani ; dan
- 12) Melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan pimpinan baik lisan maupun tertulis.

b. Wakil Direktur Medik dan Keperawatan

Wakil Direktur Medik dan Keperawatan mempunyai tugas merumuskan kebijakan, mengembangkan, mengoordinasikan, mengawasi, membina dan mengendalikan penyelenggaraan pelayanan medik dan keperawatan Rumah Sakit serta instalasi di bawah koordinasinya. Untuk melaksanakan tugas

sebagaimana dimaksud, Wakil Direktur Medik dan Keperawatan mempunyai uraian tugas :

- 1) Merumuskan program kerja di lingkungan UOBK RSUD A.W. Sjahranie urusan pelayanan medik dan keperawatan berdasarkan rencana strategis UOBK RSUD A.W. Sjahranie sebagai pedoman pelaksanaan tugas;
- 2) Mengoordinasikan pelaksanaan tugas urusan pelayanan medik dan keperawatan sesuai dengan program yang telah ditetapkan dan kebijakan Direktur agar target kerja tercapai sesuai rencana;
- 3) Membina bawahan dengan cara mengadakan rapat/pertemuan dan bimbingan secara berkala agar diperoleh kinerja yang diharapkan;
- 4) mengarahkan pelaksanaan tugas bawahan sesuai dengan tugas, tanggung jawab, permasalahan dan hambatan serta ketentuan yang berlaku untuk ketepatan dan kelancaran pelaksanaan tugas;
- 5) menyusun rencana kerja dan anggaran biaya di lingkup medik dan keperawatan;
- 6) mengarahkan implementasi badan layanan umum Daerah untuk mencapai kinerja Rumah Sakit di lingkup medik dan keperawatan;
- 7) mengarahkan implementasi manajemen pemasaran, manajemen mutu, manajemen logistik dan pengembangan sistem informasi manajemen Rumah Sakit yang berbasis teknologi informasi;
- 8) melaksanakan fungsi tata kelola klinis yang baik berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- 9) melaksanakan kendali mutu, kendali biaya dan keselamatan pasien di lingkup medik dan keperawatan;
- 10) mengevaluasi pelaksanaan tugas bawahan dengan cara membandingkan rencana dengan kegiatan yang telah dilaksanakan sebagai bahan laporan kegiatan dan rencana yang akan datang;
- 11) menyusun laporan pelaksanaan tugas sesuai dengan kegiatan yang telah dilaksanakan sebagai akuntabilitas kinerja UOBK RSUD A.W. Sjahranie ; dan
- 12) melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan Direktur baik lisan maupun tertulis.

c. Wakil Direktur Penunjang

Wakil Direktur Penunjang mempunyai tugas merumuskan kebijakan, mengembangkan, mengkoordinasikan, mengawasi, membina dan mengendalikan penyelenggaraan penunjang medik dan penunjang non medik Rumah Sakit serta instalasi di bawah koordinasinya. Wakil Direktur Penunjang mempunyai uraian tugas sebagai berikut:

- 1) Merumuskan program kerja di lingkungan UOBK RSUD A.W. Sjahranie urusan penunjang berdasarkan rencana strategis UOBK RSUD A.W. Sjahranie sebagai pedoman pelaksanaan tugas;
- 2) Mengoordinasikan pelaksanaan tugas sesuai dengan program yang telah ditetapkan dan kebijakan pimpinan agar target kerja tercapai sesuai rencana;
- 3) Membina bawahan urusan penunjang dengan cara mengadakan rapat/pertemuan dan bimbingan secara berkala agar diperoleh kinerja yang diharapkan;
- 4) Mengarahkan pelaksanaan tugas bawahan urusan penunjang sesuai dengan tugas, tanggung jawab, permasalahan dan hambatan serta ketentuan yang berlaku untuk ketepatan dan kelancaran pelaksanaan tugas;
- 5) Menyusun rencana dan mengelola pelayanan penunjang medik dan non medik;
- 6) Melaksanakan kendali mutu, kendali biaya dan keselamatan pasien di lingkup penunjang;
- 7) Mengarahkan implementasi manajemen pemasaran, manajemen mutu, manajemen logistik dan pengembangan sistem informasi manajemen Rumah Sakit yang berbasis teknologi informasi;
- 8) Melaksanakan fungsi tata kelola klinis yang baik berdasarkan ketentuan peraturan undang-undang;
- 9) Mengelola penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi bidang pelayanan kesehatan;
- 10) Mengelola sistem informasi Rumah Sakit;

- 11) Mengevaluasi pelaksanaan tugas bawahan dengan cara membandingkan rencana dengan kegiatan yang telah dilaksanakan sebagai bahan laporan kegiatan dan rencana yang akan datang;
- 12) Menyusun laporan pelaksanaan tugas sesuai dengan kegiatan yang telah dilaksanakan sebagai akuntabilitas kinerja UOBK RSUD A.W. Sjahranie ; dan
- 13) Melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan Direktur baik lisan maupun tertulis.

d. Wakil Direktur Sumber Daya Manusia, Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian

Wakil Direktur Sumber Daya Manusia, Pelatihan dan Penelitian mempunyai tugas merumuskan kebijakan, mengembangkan, mengoordinasikan, mengawasi, membina dan mengendalikan penyelenggaraan SDM, pendidikan, pelatihan, dan penelitian Rumah Sakit serta instalasi di bawah koordinasinya. Wakil Direktur SDM, Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian mempunyai uraian tugas sebagai berikut:

- 1) Merumuskan program kerja di lingkungan UOBK RSUD A.W. Sjahranie urusan sumber daya manusia, pendidikan, pelatihan, dan pelatihan berdasarkan rencana strategis UOBK RSUD A.W. Sjahranie sebagai pedoman pelaksanaan tugas;
- 2) Mengoordinasikan pelaksanaan tugas sesuai dengan program yang telah ditetapkan dan kebijakan pimpinan agar target kerja tercapai sesuai rencana;
- 3) Membina bawahan dengan cara mengadakan rapat/pertemuan dan bimbingan secara berkala agar diperoleh kinerja yang diharapkan;
- 4) Mengarahkan pelaksanaan tugas bawahan sesuai dengan tugas, tanggung jawab, permasalahan dan hambatan serta ketentuan peraturan perundang-undangan untuk ketepatan dan kelancaran pelaksanaan tugas;
- 5) Mengelola sumber daya manusia, pendidikan, pelatihan dan penelitian bidang pelayanan kesehatan;
- 6) Melaksanakan kendali mutu, kendali biaya dan keselamatan pasien di lingkup sumber daya manusia, pendidikan, pelatihan dan penelitian;
- 7) Melaksanakan manajemen yang baik, kerja sama dan koordinasi, integrasi, sinkronisasi di lingkup sumber daya manusia, pendidikan, pelatihan dan penelitian berdasarkan peraturan perundang-undangan;

- 8) Mengevaluasi pelaksanaan tugas bawahan dengan cara membandingkan rencana dengan kegiatan yang telah dilaksanakan sebagai bahan laporan kegiatan dan rencana yang akan datang;
- 9) Menyusun laporan pelaksanaan tugas sesuai dengan kegiatan yang telah dilaksanakan sebagai akuntabilitas kinerja UOBK RSUD A.W. Sjahranie ; dan
- 10) Melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan Direktur baik lisan maupun tertulis.

e. Wakil Direktur Umum dan Keuangan

Wakil Direktur Umum dan Keuangan mempunyai tugas merumuskan kebijakan, mengembangkan, mengoordinasikan, mengawasi, membina dan mengendalikan penyelenggaraan perencanaan dan evaluasi kinerja Rumah Sakit, umum, hukum dan humas, keuangan dan penganggaran, dan akuntansi Rumah Sakit serta instalasi di bawah koordinasinya. Wakil Direktur Umum dan Keuangan mempunyai uraian tugas sebagai berikut:

- 1) Merumuskan program kerja di lingkungan UOBK RSUD A.W. Sjahranie urusan umum dan keuangan berdasarkan rencana strategis UOBK RSUD A.W. Sjahranie sebagai pedoman pelaksanaan tugas;
- 2) Mengoordinasikan pelaksanaan tugas sesuai dengan program yang telah ditetapkan dan kebijakan pimpinan agar target kerja tercapai sesuai rencana;
- 3) Membina bawahan dengan cara mengadakan rapat/pertemuan dan bimbingan secara berkala agar diperoleh kinerja yang diharapkan;
- 4) Mengarahkan pelaksanaan tugas bawahan sesuai dengan tugas, tanggung jawab, permasalahan dan hambatan serta ketentuan yang berlaku untuk ketepatan dan kelancaran pelaksanaan tugas;
- 5) Merumuskan kebijakan, pedoman pengorganisasian, standar operasional prosedur dan regulasi lainnya dalam penyelenggaraan fungsi umum dan keuangan;
- 6) Mengarahkan implementasi BLUD untuk mencapai kinerja Rumah Sakit di lingkup umum dan keuangan;

- 7) Mengarahkan implementasi manajemen pemasaran, manajemen mutu, manajemen logistik dan pengembangan sistem informasi manajemen Rumah Sakit yang berbasis teknologi informasi;
- 8) Mengendalikan standar kualitas sebagai kendali mutu bidang administrasi umum dan keuangan;
- 9) Mengontrol pelaksanaan jaminan kesehatan nasional dengan prinsip kendali mutu, kendali biaya dan pencegahan terhadap potensi *fraud* serta gratifikasi di Rumah Sakit;
- 10) Mengevaluasi pelaksanaan tugas bawahan dengan cara membandingkan rencana dengan kegiatan yang telah dilaksanakan sebagai bahan laporan kegiatan dan rencana yang akan datang;
- 11) Menyusun laporan pelaksanaan tugas sesuai dengan kegiatan yang telah dilaksanakan sebagai akuntabilitas kinerja UOBK RSUD A.W. Sjahranie ; dan
- 12) Melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan Direktur baik lisan maupun tertulis.

D. SUMBER DAYA APARATUR

Rumah Sakit Umum Daerah A. Wahab Sjahranie per 30 Desember 2021 memiliki sumber daya manusia sebanyak 2403 orang. Dari jumlah tersebut sebanyak 30 orang merupakan Pejabat Struktural sedangkan sisanya merupakan tenaga fungsional dan tenaga administrasi. Berdasarkan analisis beban kerja dibandingkan banyaknya pegawai, jumlah pegawai tersebut belum memadai untuk kebutuhan pelayanan. Sedangkan ditinjau dari kualitas dan tingkat pendidikan, cukup memadai untuk kebutuhan pelayanan yang ada hanya perlu peningkatan dan pengembangan keterampilan sesuai dengan perkembangan teknologi bidang kesehatan.

Menurut Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan, ada 7 (tujuh) jenis tenaga kesehatan di Rumah Sakit disamping itu masih ada jenis tenaga non kesehatan yang diperlukan seperti Akuntansi, keuangan, hukum, administrasi, komputer, statistik, dan tenaga lain. Rumah sakit dapat dikatakan "Padat Profesi" dan menurut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 81/Menkes/SK/I/ 2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Sumberdaya Manusia Kesehatan Di Tingkat Provinsi, Kabupaten/Kota Serta Rumah Sakit. Perhitungan kebutuhan tenaga medis mengacu

kepada beban kerja (*World Indicator Load Need system*), disamping itu mengacu kepada EBM (*Evidence Base Medicine*)

Rincian secara lengkap pegawai yang dimiliki Rumah Sakit Umum Daerah A.Wahab Sjahranie dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

Tabel 4
Sumber Daya Manusia Menurut Golongan dan Pendidikan
RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2021/2024

URAIAN	JK		GOLONGAN				PENDIDIKAN						TOTAL
	L	P	IV	III	II	I	Pasca Sarjana/DR	Sarjana	Diploma	SLTA	SLTP	SD	
Struktural	11	13	17	7	-	-	18	6	-	-	-	-	24
Direktur	1		1				1						
Wadir Umum Dan Keuangan	1		1				1						
Wadir Pelayanan Medik dan Keperawatan		1	1				1						
Wadir Penunjang		1	1				1						
Wadir SDM dan Diklatlit		1	1				1						
Bagian Perencanaan dan Evaluasi Kinerja RS		1	1				1						
Bagian Keuangan dan Penganggaran		1	1				1						
Bagian Akuntansi		1	1				1						
Bagian Umum, Hukum, dan Humas	1		1				1						
Bagian Pendidikan, Pelatihan, dan Penelitian	1		1				1						
Bidang Pelayanan Medik		1		1			1						
Bidang Keperawatan	1		1				1						
Bidang Penunjang Non Medik		1	1				1						
Bidang Penunjang Medik	1		1					1					
Perencana Ahli Muda	3	1	1	3			2	2					
Analisis Kebijakan Ahli Muda	1	1	1	1			1	1					
Administrator Kesehatan Ahli Muda	1	1	2				1	1					
Perawat Ahli Muda		2		2			1	1					
Jumlah PNS	288	557	116	564	165		105	246	387	87	20		845
Jumlah PPPK	186	382	-	-	-	-	27	193	348	-	-	-	568
Jumlah Honor/TKWT	364	477	-	-	-	-	15	128	342	318	30	8	841

URAIAN	JK		GOLONGAN				PENDIDIKAN						TOTAL
	L	P	IV	III	II	I	Pasca Sarjana/DR	Sarjana	Diploma	SLTA	SLTP	SD	
Jumlah ASN + TKWT	838	1416	116	564	165	-	147	567	077	405	50	8	2254

Sumber: Subbag Umum dan Kepegawaian (Desember 2024)

Sehubungan ada perubahan dalam aturan terkait penyetaraan jabatan fungsional maka pola ketenagaan sedikit ada pergeseran dan perubahan seerti pada tabel dibawah ini :

Tabel 5
Sumber Daya Manusia Menurut Golongan dan Pendidikan
RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2024 / 2024

URAIAN	JK		GOLONGAN				PENDIDIKAN						TOTAL
	L	P	IV	III	II	I	PASCA SARJANA/S2	SARJANA	DIPLONA	SLTA	SLTP	SD	
STRUKTURAL	11	15	18	8	0	0	17	9	0	0	0	0	26
Direktur	1		1				1						26
Wadir Umum Dan Keuangan	1		1				1						
Wadir Pelayanan		1	1				1						
Wadir Penunjang Dan Pengembangan Sdm		1	1				1						
Bagian Perencanaan Program		1	1				1						
Bagian Keuangan		1	1				1						
Bagian Administrasi Umum		1	1				1						
Bidang Pelayanan		1		1			1						
Bidang Keperawatan	1		1				1						
Bidang Rekam Medik Dan Kemitraan	1		1					1					
Bidang Pendidikan, Penelitian Dan Mutu		1	1				1						
Bidang Penunjang		1	1					1					
Bidang Pengembangan Informatika Dan Tehnologi		1	1					1					
Perencana Ahli Muda	3	1	1	3			1	3					
Analisis Kebijakan Ahli Muda	1	1	1	1			1	1					
Administrator Kesehatan Ahli Muda	2	1	3				3						
Perawat Ahli Muda		2	1	1			1	1					
Dokter Gigi Ahli Muda	1	1		2			1	1					

Jumlah PNS	313	589					108	554	118	98	24	-	902
Jumlah Honor/PTT	635	810	-	-	-	-	30	720	169	442	58	26	1445
Jumlah PNS + PTT	948	1399	0	0	0	0	138	1274	287	540	82	26	2347

E. ASPEK STRATEGIS ORGANISASI

Penyusunan strategi organisasi didasarkan pada analisis SWOT yang mencermati kondisi lingkungan internal organisasi berupa kekuatan (strengths), kelemahan (weaknesses) dan kondisi lingkungan eksternal organisasi, yaitu peluang (opportunities) dan ancaman (threats). Dengan tehnik SWOT dapat diketahui kondisi elemen internal organisasi yang sifatnya controllable (dapat dikuasai) yang berguna untuk mengetahui faktor kekuatan dan kelemahan organisasi serta kondisi elemen eksternal organisasi yang sifatnya uncontrollable (yang relative kurang dikuasai) untuk mengetahui faktor peluang dan ancaman. Analisis SWOT ini dimaksudkan untuk menentukan tingkat urgensi dan dampak potensial serta skala prioritasnya. Dengan pencermatan (scanning) terhadap lingkungan organisasi dapat diidentifikasi kekuatan, kelemahan, peluang dan ancaman sebagai berikut:

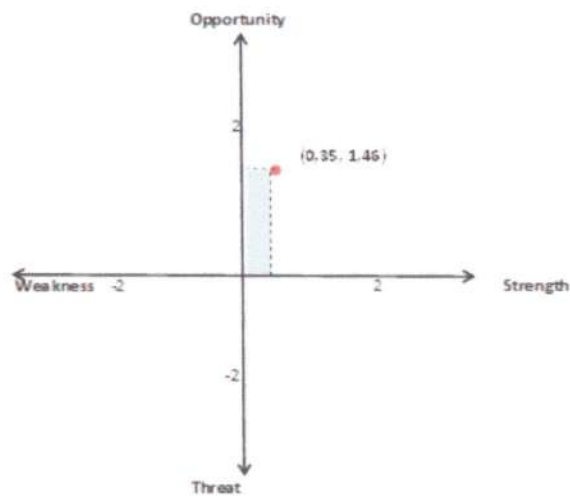
Tabel 6
Strategi Organisasi Berdasarkan Analisis SWOT
RSUD A. Wahab Sjahranie

STRENGTH	SKOR	BOBOT	S X B	OPPORTUNITY	SKOR	BOBOT	S X B
BANGUNAN	0.6	0.1	0.06	PRODUK LAYANAN	2.5	0.2	0.5
PERALATAN MEDIS	0.7	0.2	0.1	EKONOMI	2.0	0.1	0.2
OBAT-OBATAN & BHP	1.5	0.1	0.2	SOSIAL BUDAYA	2.4	0.1	0.2
MANAJEMEN	1.1	0.2	0.2	KEBIJAKAN	3.4	0.1	0.3
PRASARANA	0.9	0.1	0.1	PASOKAN SDM	1.9	0.1	0.2
				NETWORKING	2.4	0.1	0.2
WEAKNESS				THREAT			
SDM	-1.5	0.2	-0.3	TUNTUTAN MASYARAKAT	-1	0.1	-0.1
PERALATAN NON MEDIS	-0.2	0.1	0.0	STIGMA RUMAH SAKIT PENDIDIKAN	-0.5	0.1	-0.1
				KONDISI PESAING	-1	0.1	-0.1
TOTAL		1	0.35	TOTAL		1	1.46

Berdasarkan tabel 5 dapat dijelaskan bahwa dari hasil analisis SWOT, diperoleh posisi RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda pada kuadran I dimana strategi yang dapat ditempuh yakni:

1. Memanfaatkan *strength* tertentu untuk menghadapi suatu *threat*

2. Memanfaatkan *strength* tertentu untuk menggapai *opportunity*
3. Meminimalisasi atau meniadakan *weakness* tertentu dengan menghadapi *threat* tertentu
4. Meminimalisasi atau meniadakan *weakness* tertentu dengan memanfaatkan *opportunity* tertentu .



Gambar 2
Diagram Kartesius RSUD A. W. Sjahranie

Dari gambar 2 di atas bahwa Analisis lingkungan internal menggambarkan kinerja pelayanan, kondisi Sumber Daya Manusia (SDM) rumah sakit, sarana dan prasana, dan kondisi keuangan. Kondisi lingkungan eksternal dan internal RSUD A. Wahab Sjahranie kemudian dianalisis menggunakan pendekatan analisis SWOT untuk mendapatkan gambaran posisi rumah sakit serta strategi pengembangannya. Analisis lingkungan eksternal termasuk mengidentifikasi aspirasi *stakeholder* terkait pengembangan RSUD A. Wahab Sjahranie dalam kurun waktu lima tahun mendatang.

Hasil analisis SWOT, diperoleh posisi RSUD A. Wahab Sjahranie berada pada **kuadran I (Agresive)**. Posisi ini menandakan sebuah organisasi yang kuat dan berpeluang. Rekomendasi strategi yang diberikan adalah kondisi organisasi prima dan mantap sehingga sangat memungkinkan untuk terus melakukan ekspansi, memperbesar pertumbuhan dan meraih kemajuan secara maksimal.

RSUD A. Wahab Sjahranie mendapatkan sertifikat kelulusan Akreditasi Paripurna pada tanggal 16 maret 2017 dan kembali RSUD Abdul Wahab Sjahranie meraih

akreditasi paripurna dari Lembaga Akreditasi Rumah Sakit Damar Husada Paripurna (LARS DHP) pada tahun 2023. Penilaian akreditasi berlangsung dari tanggal 24 hingga 29 Maret 2023, dan sertifikat akreditasi diterbitkan pada 11 April 2023. Status akreditasi ini menunjukkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di RSUD AWS telah memenuhi standar tertinggi.

RSUD A. Wahab Sjahranie merupakan rumah sakit terbesar milik Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur yang ditetapkan sebagai Rumah Sakit Umum dengan Klasifikasi Kelas A oleh Keputusan Menteri Kesehatan RI, Nomor : 001/Menkes/SK/I/2014, pada tanggal 6 Januari 2014.

Pengembangan organisasi RSUD. A. Wahab Sjahranie dengan kemampuan Rumah Sakit memberikan pelayanan kedokteran Spesialis dan subspesialis sehingga oleh pemerintah pusat ditetapkan sebagai tempat Rujukan tertinggi (Top Referral Hospital), sesuai keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : HK.02.02/Menkes/390/2014, tentang Pedoman Penetapan Rumah Sakit Rujukan Nasional, Nomor : HK.02.02/Menkes/391/2014, Tentang Pedoman Penetapan Rumah Sakit Rujukan Regional.

Dalam perkembangannya RSUD A. Wahab Sjahranie senantiasa berupaya menyediakan dan memberikan pelayanan terbaik kepada masyarakat salah satunya dengan menyediakan layanan – layanan unggulan sebagai berikut :

1. Tahun 2018 dikembangkan pusat layanan Jantung Terpadu atau Cardiac Centre dimana layanan tersebut mencakup assesment awal, terapi dan tindakan seperti Catheterisasi Jantung hingga pembedahan terbuka (open heart) dan Bedah Thorax Kardio Vaskuler (BTKV), Layanan tersebut merupakan unit layanan terpadu.
2. Pengembangan sebagai Rumah Sakit Rujukan Kasus Aritmis Jantung Wilayah Timur dan Tengah
3. Pelayanan rumah sakit rujukan bedah Urologi dengan alat berteknologi canggih terbaik di Indonesia dan Asia
4. Pelayanan Radioterapi
5. Kedokteran Nuklir merupakan satu satunya center kedokteran nuklir diluar Jawa dan menjadi pilihan bagi masyarakat di wilayah Indonesia Timur dan Tengah.

6. Pelayanan Stroke Centre adalah ruang perawatan intensive untuk kasus stroke baik akut maupun non akut , kasus dengan serangan kedua atau lebih, dengan perawatan terpadu.

Seiring dengan waktu RSUD A.Wahab Sjahranieselalu melakukan penambahan pelayanan dengan perencanaan strategi tahun 2019 – 2024 yaitu pengembangan layanan unggulan seperti :

1. Fertility Center , untuk program bayi tabung yang ditargetkan mulai beroperasi pada pertengahan tahun 2019, proses finalisasi persiapan telah selesai , dan pada akhir tahun 2021 fasilitas fertility center sudah sebgai di penuhi seperti Gedung dengan perlengkapan peralatan medisnya dan mulai beroperasi pada semester akhir tahun 2021
2. Klinik Geriatri, kegiatan pelayanan ini direncanakan pada bulan juli 2019 dan pada bulan agustus 2019 pelayanan geriatri sudah dilaksanakan sesuai dengan PMK 79 th 2014 tentang penyelenggaraan pelayanan geriatri di rumah sakit,
3. Klinik Nyeri dan Klinik Palliative Care, yang direncanakan akan beroperasi pada tahun 2021
4. Cerebrovaskuler, ditargetkan beroperasi pada tahun 2021

Selain dibidang layanan yang berhubungan dengan peningkatan kualitas pelayanan kepada pasien . RSUD.AW Sjahranie juga sebagai jejaring untuk tempat praktek kedokteran Universitas Mulawarman Samarinda berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Indonesia No. HK.03.05/III/765/2010 tentang Penetapan RSUD A. W. SJAHRANIE Provinsi Kalimantan Timur sebagai Rumah Sakit Pendidikan. Fakultas Kedokteran Universitas Mulawarman , juga bekerja sama dengan universitas lainnya sebagai lahan praktek untuk kedokteran Umum, kedokteran Gigi dan Dokter PPDS.

Secara Internal RSUD AW. Sajhranie mengupayakan strategi lain dengan megupayakan perbaikan dari segi pelaksanaan Standar Pelayan Publik [SPP], Pengembangan Standar Pelayanan Minimal [SPM] menjadi 43 SPM, Pemantapan pelaksanaan Reformasi Birokrasi

F. PERMASALAHAN UTAMA (ISU STRATEGIS)

Beberapa permasalahan yang terkait dengan bidang pelayanan kesehatan, sebagai berikut:

1. Masih terbatasnya jumlah tenaga dokter subspesialis dan konsultan
2. Masih terbatasnya jumlah tenaga bidan terlatih sesuai dengan standar kompetensinya
3. Masih terbatasnya jumlah tenaga perawat yang sesuai dengan bidang/spesialisasinya.
4. Keterbatasan jangkauan pelayanan kesehatan dan infrastruktur di bidang kesehatan dan rumah sakit.
5. Kondisi dan ketersediaan bangunan baik dari segi persyaratan teknis, luas dan kenyamanan saat ini belum seluruhnya sesuai dengan standar normatif rumah sakit kelas A.
6. Ketersediaan baik segi jumlah, jenis dan kualitas peralatan medis dan peralatan non medis pada beberapa instalasi masih menjadi permasalahan.
7. Sistem tata kelola rumah sakit masih belum berjalan secara optimal dikarenakan belum lengkapnya struktur, tupoksi, uraian jabatan dan uraian tugas, serta pedoman penilaian indikator kinerja utama rumah sakit dan staf.
8. Mengembangkan produk layanan yang lebih bervariasi pergeseran gaya hidup dan semakin meningkatnya angka harapan hidup, angka kejadian penyakit seperti stroke, cancer, serta meningkatnya pasien geriatri menjadi peluang bagi rumah sakit untuk dapat mengembangkan layanan unggulan di bidang tersebut.
9. Perkembangan tingkat sosial ekonomi masyarakat, teknologi dan informasi membuat masyarakat semakin memiliki tuntutan terhadap pelayanan kesehatan dengan kualitas yang lebih baik. Masyarakat semakin mengerti akan hak-haknya sebagai pasien, semakin mandiri dalam menentukan fasilitas pelayanan kesehatan yang akan digunakan.
10. Image masyarakat terhadap pelayanan di RS Pendidikan, dimana RS Pendidikan masih memiliki kualitas layanan yang lebih rendah dikarenakan mereka dilayani oleh peserta didik.

11. Kehadiran Fakultas Kedokteran Universitas Mulawarman di kota Samarinda menjadi peluang bagi rumah sakit dalam pemenuhan kebutuhan SDM ke depan, serta kerjasama dalam mewujudkan rumah sakit pendidikan.
12. Kemajuan teknologi informasi yang hebat. menyebabkan rumah sakit perlu memperhatikan pentingnya *management information system*, agar informasi dan data yang begitu melimpah, dapat digunakan untuk meningkatkan nilai tambah bagi jasa yang diberikan kepada pasiennya.
13. Semakin banyaknya fasilitas kesehatan lainnya baik rumah sakit, klinik dan dokter praktek menyebabkan persaingan dalam industri kesehatan di kota Samarinda menjadi semakin ketat.

G. SARANA DAN PRASARANA

Untuk menunjang pelaksanaan tugas pokok dan fungsi Rumah Sakit Umum Daerah A. Wahab Sjahranie dilengkapi dengan sarana dan prasarana berupa bangunan. peralatan medik, peralatan keperawatan, peralatan laundry, peralatan gizi, peralatan Inventaris kantor, kendaraan dinas dan fasilitas lainnya. Dari jumlah tersebut secara umum sarana dan prasarana masih memerlukan peningkatan pemenuhannya hingga bisa memfasilitasi kebutuhan semua unit pelayanan . Hal ini disebabkan karena perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan yang semakin canggih sehingga sarana dan prasarana penunjang masih perlu ditingkatkan dimasa mendatang dalam rangka mengoptimalkan pelayanan kepada masyarakat.

1. Prasarana

Adapun prasarana yang dimiliki oleh RSUD A. Wahab Sjahranie adalah sebagai berikut:

Tabel 7
Prasarana RSUD. A. Wahab Sjahranie Tahun 2024

No	Prasarana	Lokasi	Jumlah	Kapasitas
1	2	3	4	5
1.	Daya Listrik PLN			Daya Listrik PLN
2.	Genset		Automatic dengan kapasitas 4 x 1000 KVA	
3.	Sumber air bersih / PDAM		2 Inlet dengan 11 lokasi reservoir	
		Poliklinik	2	150 m ³ + 50 m ³
		Gedung Utama / Tu	1	150 m ³
		Paviliun Sakura	1	150 m ³

No	Prasarana	Lokasi	Jumlah	Kapasitas
1	2	3	4	5
		IGD	1	150 m ³
		Teratai	1	400 m ³
		Belakang Mawar	1	90 m ³
		Melati & Anggrek	1	90 m ³
		Flamboyan	1	60 m ³
		Kamar Mayat	1	600 m ³
		IBS	1	75 m ³
4.	Pengolahan limbah padat Incenerator dengan kapasitas			150 kg/jam
	Instalasi Air tanah / Artesis		4 Titik	
5.		Belakang Gedung Koperasi	1 Titik	
		Belakang Teratai I & Teratai II	2 Titik	
		Lokasi Pencucian . Mobil Ambulan	1 Titik	
6.	Pengolahan Limbah cair / IPAL dengan sistem AEROB & UN-AEROB dengan debit output			475 m ³ /hari
	Sarana komunikasi Telephone / PABX		289 extension number	
		Sentral	1 Unit	
7.		Sub Sentral 1. Laboratorium 2. Instalasi Sakura 3. IBS 4. Teratai 5. Bougenville	5 Titik	
	Sistem pendingin ruangan / AC			
8.		1. AC Sentral 2. Dak Split / Kaset 3. Local Water Chiller	1. Paviliun Sakura I 2. BS, IGD, Lab. PK & BDRS, Poliklinik 3. MRI	
	Sistem pengamanan Hydrant, Fire Detector dan Alarm			Hydrant 31 titik
9.		Hydrant Tanam: 2 titik Hydrant Tanam dan Box Hydrant dalam Tembok : 12 titik	1. 2 titik 2. 17 titik 3. 12 titik	
	Boiler CSSD, Laundry dan Kitchen			
10.		1. Boiler 2. Laundry	1. 1 Unit 2. 4 Unit mesin cuci 40 Kg 3 Unit mesin pengering 50 Kg, 2 Unit Strika	

No	Prasarana	Lokasi	Jumlah	Kapasitas
1	2	3	4	5
		3. CSSD	3. 3 Unit CSSD	
11.	Pneumatic Tube		1 Unit dengan 16 Titik (Tube Spot)	
	Lift Pasien			
12.		BS	6	2 Lift Pasien, 4 Lift
		IGD	2	Lift Pasien
		Paviliun Sakura	5	4 Lift Pasien, 1 Lift Pengunjung
		Poliklinik	2	Lift Pasien
		Lab. Pk & Bdrs	1	Lift Pasien
		Flamboyan	1	Lift Pasien

Tabel 8
Prasarana Gedung dan Bangunan RSUD A. W. Sjahranie

No.	Nama Unit	Nama Ruangan	Jumlah Lantai	Tahun Bangun	Luas Total Blok Gedung (M ²)
1	2	3	4	5	6
1	Laboratorium PA	Laboratorium PA	1	2002	979
2	MCU	MCU	1	2011	800
3	Rawat Jalan Eksekutif	Poli Eksekutif	1	2011	500
4	Farmasi	Farmasi	1	2011	720
5	Garasi Dan Bengkel	Garasi	2	2007	75
6	Gudang Umum	Gudang Umum	2	1979	216
7	Rawat Intensif Terpadu	Cat Lab	2	1979	513
8	Gedung Sentral Gas Medik	Sentral Gas Medik	2	2009	299
9	Overhead Lainnya	Mes Pegawai	2	2000	4.210
10	SIMRS Dan Medical Record	Medical Record	2	1979	720
11	Ruang Genset	Genset	2	1979	272
12	Bank Darah	Bank Darah	1	2011	250
13	Laboratorium PK	Laboratorium PK	1	2014	11.016
14	Ibadah	Masjid	2	2008	300
15	Ruang Jenazah	Ruang Jenazah	2	1979	216
16	Instalasi Gizi	Gizi	2	1979	720
17	CSSD/Sterilisasi Sentral	CSSD	2	1979	1.064
18	Fisioterapi	Fisioterapi	2	2013	988
19	IPSRs Dan Workshop	IPSRs	2	2008	180
20	Radiologi	Radiologi	2	2014	1.268
21	Selasar	Selasar	2	1979	1.000
22	Rawat Intensif Terpadu	ICU/ICCU/NICU/PICU	2	1979	185
23	Instalasi Bedah Sentral	IBS	1	2011	3.636
24	Kemoterapi	Kemoterapi	2	1979	400
25	Hemodialisis	Hemodialisis	2	1979	400
26	Administrasi	Umum	1	1976	80
27	Administrasi	JPKM (Gudang)	1	1976	30
28	Administrasi	Kepegawaian	1	1976	75
29	Administrasi	Diklit	1	1976	70

No.	Nama Unit	Nama Ruangan	Jumlah Lantai	Tahun Bangun	Luas Total Blok Gedung (M ²)
1	2	3	4	5	6
30	Administrasi	Gerhana	1	1976	80
31	Administrasi	Keuangan	1	1976	450
32	Administrasi	WC/Toilet	1	1976	66
33	Administrasi	Direktur	1	1976	55
34	Administrasi	Wadir Pelayanan	1	1976	20
35	Administrasi	Wadir Penunjang	1	1976	20
36	Administrasi	Wadir Umum	1	1976	20
37	Administrasi	PMKP	1	1976	20
38	Administrasi	Komite Medik	1	1976	20
39	Administrasi	Perencanaan	1	1976	20
40	Administrasi	Dewas	1	1976	20
41	Administrasi	Buana	1	1976	20
42	Administrasi	Mentari	1	1976	60
43	Administrasi	Pantri	1	1976	70
44	Administrasi	Lobby	1	1976	15
45	Paviliun	Gudang	1	2011	120
46	Paviliun	Loby	1	2011	30
47	Paviliun	Pendaftaran	1	2011	1900
4	Paviliun	Teknik	1	2011	310
49	Paviliun	Kantin	1	2011	250
50	Paviliun	Selasar	1	2011	250
51	Paviliun	Kamar Operasi	1	2011	1770
52	Paviliun	Icu/Iccu	1	2011	500
53	Paviliun	Hemodialisa	1	2011	500
54	Paviliun	Cat lab	1	2011	400
55	Paviliun	Administrasi	1	2011	500
56	Paviliun	Kebidanan & Anak	1	2011	200
57	Paviliun	Perawatan Umim	1	2011	984
58	Paviliun	Vip Superior	1	2011	984
59	Paviliun	Taman	1	2011	480
60	Paviliun	Farmasi	1	2011	30
61	Kelas III	Bougenvile	1	1979	400
62	Kelas III	Aster	1	1979	461
63	Kelas I	Melati	1	1979	1052
64	Kelas II	Melati	1	1979	263
65	Kelas III	Melati	1	1979	527
66	Kelas I	Anggrek	1	1979	659
67	Kelas II	Anggrek	1	1979	1203
68	Kelas III	Angsoka	1	2008	376
69	Kelas III	Flamboyan	1	2008	1154
70	Kelas III	Dahlia	1	2008	1152
71	Kelas III	Seruni	1	2008	648
72	Kelas III	Tulip	1	2008	1154
73	Kelas III	Cempaka	1	1979	400
74	Kelas I	Mawar	1	1979	1529
75	Kelas II	Mawar	1	1979	1047
76	Kelas III	Mawar	1	1979	262
77	Vip/Teratai	Teratai 1	1	2008	262
78	Vip/Teratai	Teratai 2	1	2008	563

79	Vip/Teratai	Teratai 3	1	1979	522
80	Vip/Teratai	Bungalow	1	1979	475
81	Vip/Teratai	Teratai 4	1	1979	53
82	IGD	IGD	1	2009	400
83	IGD	Poli Umum	1	2009	1426
84	IGD	Pendaftaran	1	2009	143
85	IGD	Kasir	1	2009	57
86	IGD	Persalinan	1	2009	86
87	IGD	Administrasi IGD	1	2009	428
88	IGD	IPI/IRNA	1	2009	143
89	IGD	IBS	1	2009	285
90	Poliklinik	Poli Anak	1	2010	285
91	Poliklinik	Poli Bedah	1	2010	99
92	Poliklinik	Poli Bedah Syaraf	1	2010	30
93	Poliklinik	Poli Bedah Tulang	1	2010	30
94	Poliklinik	Poli Gigi & Tulang	1	2010	15
95	Poliklinik	Poli Jantung	1	2010	132
96	Poliklinik	Poli Kandungan	1	2010	83
97	Poliklinik	Poli Kulit & Kelamin	1	2010	60
98	Poliklinik	Poli Mata	1	2010	60
99	Poliklinik	Poli Paru	1	2010	83
100	Poliklinik	Poli Penyakit Dalam	1	2010	33
101	Poliklinik	Poli Saraf	1	2010	15
102	Poliklinik	Poli THT	1	2010	15
103	Poliklinik	Poli Urologi	1	2010	15
104	Poliklinik	Poli Bedah Anak	1	2010	30
105	Poliklinik	Poli Bedaj Jantung	1	2010	15
106	Poliklinik	Poli Jiwa	1	2010	15
107	Poliklinik	Poli Bedah Plastik	1	2010	15
108	Poliklinik	Poli Gizi	1	2010	15
109	Poliklinik	Poli Okupasi	1	2010	15
110	Poliklinik	Poli Onkologi	1	2010	15
111	Poliklinik	Poli Perawatan Luka	1	2010	15
112	Poliklinik	Poli Psikologi	1	2010	15
113	Poliklinik	Poli VCT	1	2010	15
114	Poliklinik	Laboratorium	1	2010	15
115	Poliklinik	Medical Record	1	2010	167
116	Poliklinik	Kasir	1	2010	16
117	Poliklinik	BPJS	1	2010	75
118	Poliklinik	Farmasi	1	2010	185
119	Poliklinik	Perpustakaan	1	2010	119
120	Poliklinik	Toilet	1	2010	15
121	Poliklinik	Ruang Tunggu	1	2010	30
122	Poliklinik	Toilet	1	2010	357
123	Poliklinik	Pendaftaran	1	2010	22
124	Poliklinik		1	2010	66
125	Poliklinik	Kantor	1	2010	30
126	Poliklinik	Fisioteraphi	1	2010	132
127	Poliklinik	ATM	1	2010	28
128	Poliklinik	IDI	1	2010	28
129	Poliklinik	PKBRS	1	2010	28
130	Poliklinik	SPI	1	2010	28

131	Poliklinik	K3	1	2010	28
132	Poliklinik	PPNI	1	2010	28
133	Poliklinik	Kom. Keperawatan	1	2010	28
134	Poliklinik	Toilet	1	2010	30
135	Poliklinik	Pelangi	1	2010	4716
136	Poliklinik	Rembulan	1	2010	4716
137	Gedung Banker	Petscant & Cyclotron	1	2018	644
138	Gedung Lab	Lab Fertilitas	1	2018	308
139	Gedung Farmasi & CPOB	Farmasi & CPOB	1	2018	784
140	Gedung IPSRS	Tambahan IPSRS	1	2018	276
JUMLAH					72.535

2. Transportasi

Tabel 9
Kendaraan RSUD A. W. Sjahranie Tahun 2024

No	Nomor Polisi	Nama Pemilik	Nama Pengguna	Status Kendaraan	Merk/type
1	KT 1009 BZ	RSUD A.W. Sjahranie	Direktur	Aktif/Masih digunakan	Toyota Fortuner
2	KT 1770 BZ	RSUD A.W. Sjahranie	Direktur	Aktif/Masih digunakan	Mitsubishi Pajero Sport
3	KT 1075 M	RSUD A.W. Sjahranie	Wadir SMD dan Diklatlit	Aktif/Masih digunakan	Toyota Innova Venturer
4	KT 1936 M	RSUD A.W. Sjahranie	Wadir Umum dan Keuangan	Aktif/Masih digunakan	Honda H-RV
5	KT 1964 M	RSUD A.W. Sjahranie	Wadir Penunjang	Aktif/Masih digunakan	Honda H-RV
6	KT 1960 M	RSUD A.W. Sjahranie	Wadir Medik dan Keperawatan	Aktif/Masih digunakan	Honda H-RV
7	KT 1568 B	RSUD A.W. Sjahranie	Operasional Kantor	Aktif/Masih digunakan	Toyota Innova
8	KT 1127 F	Pemprov Kaltim	Operasional Kantor	Aktif/Masih digunakan	Toyota Innova
9	KT 1126 F	Pemprov Kaltim	Operasional Kantor	Aktif/Masih digunakan	Toyota Innova
10	KT 1120 F	Pemprov Kaltim	Operasional Kantor	Aktif/Masih digunakan	Toyota Avanza
11	KT 1039 F	Pemprov Kaltim	Operasional kantor	Aktif/Masih digunakan	Toyota Avanza
12	KT 1748 B	RSUD A.W. Sjahranie	Kabag SDM	Aktif/Masih digunakan	Toyota Rush
13	KT 1364 B	RSUD A.W. Sjahranie	Kabid Keperawatan	Aktif/Masih digunakan	Toyota Rush
14	KT 1601 M	RSUD A.W. Sjahranie	Kabag Perencanaan	Aktif/Masih digunakan	Toyota Rush

No	Nomor Polisi	Nama Pemilik	Nama Pengguna	Status Kendaraan	Merk/type
			dan Evaluasi Kinerja RS		
15	KT 1002 M	RSUD A.W. Sjahranie	Kabag Umum, Hukum dan Humas	Aktif/Masih digunakan	Toyota Rush
16	KT 1639 M	RSUD A.W. Sjahranie	Kabag Keuangan	Aktif/Masih digunakan	Toyota Rush
17	KT 1611 B	RSUD A.W. Sjahranie	Kabid Pelayanan	Aktif/Masih digunakan	Toyota Rush
18	KT 1572 M	RSUD A.W. Sjahranie	Kabid Penunjang Non Medis	Aktif/Masih digunakan	Toyota Rush
19	KT 1678 M	RSUD A.W. Sjahranie	Kabid Penunjang Medis	Aktif/Masih digunakan	Toyota Rush
20	KT 1227 I	RSUD A.W. Sjahranie	Kabid Diklit	Aktif/Masih digunakan	Toyota Rush
21	KT 9915 BA*	RSUD A.W. Sjahranie	AGD 119	Aktif/Masih digunakan	Toyota Hiace (Bankaltim)
22	KT 118 BX*	Vice President	AGD 119	Aktif/Masih digunakan	Toyota Land Cruiser
23	KT 9928 BA*	RSUD A.W. Sjahranie	AGD 119	Aktif/Masih digunakan	Suzuki APV (Pegadaian)
24	B 1694 SIX*	Jasa Raharja	AGD 119	Aktif/Masih digunakan	Hyundai Starex (Jasa Raharja)
25	KT 9074 M	RSUD A.W. Sjahranie	AGD 119	Aktif/Masih digunakan	Mitsubishi Pajero Sport
26	KT 1271 BZ	Pemprov Kaltim	Forensik	Aktif/Masih digunakan	Suzuki APV
27	KT 1272 BZ	Pemprov Kaltim	Forensik	Aktif/Masih digunakan	Suzuki APV
28	KT 1109 B	Pemprov Kaltim	Rumah Singgah	Aktif/Masih digunakan	Toyota Kijang
29	KT 8682 BZ	RSUD A.W. Sjahranie	Kesling	Aktif/Masih digunakan	Isuzu Elf Dump Truck
30	KT 8001 I	RSUD A.W. Sjahranie	Kesling	Aktif/Masih digunakan	Suzuki Carry Pick-Up
31	KT 1048 M	RSUD A.W. Sjahranie	Operasional kantor	Rusak	Toyota Rush
32	KT 9946 BZ	RSUD A.W. Sjahranie	Forensik	Rusak Berat	Toyota Kijang
33	KT 9803 MZ	RSUD A.W. Sjahranie	Forensik	Rusak Berat	Isuzu Elf
34	KT 9904 B	RSUD A.W. Sjahranie	Forensik	Rusak Berat	Toyota Kijang
35	KT 1877 B	RSUD A.W. Sjahranie	Forensk	Rusak Berat	Toyota Kijang
36	KT 1756 B	RSUD A.W. Sjahranie	Forensik	Rusak Berat	Toyota Kijang
37	KT 9145 B	Pemprov Kaltim	AGD 119	Rusak Berat	Isuzu Elf

No	Nomor Polisi	Nama Pemilik	Nama Pengguna	Status Kendaraan	Merk/type
38	KT 6437 MZ	Pemprov Kaltim	Operasional Kantor	Aktif/Masih digunakan	Yamaha Mio M3
39	KT 6838 MZ	Pemprov Kaltim	Operasional Kantor	Aktif/Masih digunakan	Yamaha Mio M3
40	KT 4822 MZ	RSUD A.W. Sjahranie	Operasional Kantor	Aktif/Masih digunakan	Honda Supra 125
41	KT 4823 MZ	RSUD A.W. Sjahranie	Operasional Kantor	Aktif/Masih digunakan	Honda Supra 125
42	KT 4824 MZ	RSUD A.W. Sjahranie	Operasional Kantor	Aktif/Masih digunakan	Honda Supra 125
43	KT 4825 MZ	RSUD A.W. Sjahranie	Operasional Kantor	Aktif/Masih digunakan	Honda Supra 125
44	KT 4826 MZ	RSUD A.W. Sjahranie	Operasional Kantor	Aktif/Masih digunakan	Honda Supra 125

Ket: * Kendaraan Hibah

Sumber: Bagian Umum dan Perlengkapan 2024

RSUD A. W. Sjahranie memiliki 44 kendaraan operasional yang saat ini berfungsi dengan baik

BAB II PERENCANAAN KINERJA

A. PERENCANAAN STRATEGIS

Penyusunan Rencana Strategis SKPD sangat dipengaruhi dan merupakan penjabaran yang lebih detail dari perencanaan pembangunan daerah Provinsi Kalimantan Timur sehingga semua langkah-langkah yang disusun dalam Renstra berdasarkan Rencana Pembangunan Daerah (RPD) 2024-2026.

Penyusunan RPD Provinsi Kalimantan Timur juga memperhatikan isu pembangunan Ibu Kota Negara Nusantara (IKN). Sebagai daerah asal wilayah IKN dan menjadi mitra pembangunan IKN, maka pada tahap awal pembangunan IKN yang sedang berlangsung saat ini, Provinsi Kalimantan Timur ini menangkap momentum tersebut dengan slogan pembangunan periode tahun 2024-2026 adalah **“MEMBANGUN KALTIM UNTUK NUSANTARA”**

1. Slogan RPD Tahun 2024-2026

Slogan Provinsi Kalimantan Timur : “ Membangun Kaltim Untuk Nusantara”

Selanjutnya secara rinci perencanaan strategis RSUD A. Wahab Sjahranie diturunkan pada Visi RSUD A. Wahab Sjahranie Samarindaya yaitu **“Rumah Sakit AWS Berdaulat Dalam Pelayanan Yang Berstandar Internasional”**.

2. Tujuan RPD Tahun 2024 – 2026

Tujuan RPD Provinsi Kalimantan Timur:

Sesuai dengan Slogan RPD **“Membangun Kaltim Untuk Nusantara”**, maka ditetapkan Tujuan RPD Tahun 2024-2026 sebagai upaya yang ditempuh dalam mewujudkan Slogan tersebut, sebagaimana berikut :

- Tujuan 1 : Mewujudkan Sumber Daya Manusia Berdaya Saing
- Tujuan 2 : Mewujudkan Pertumbuhan Ekonomi yang Berkualitas
- Tujuan 3 : Meningkatkan Kualitas Lingkungan Hidup
- Tujuan 4 : Mewujudkan Reformasi Birokrasi

3. Sasaran RPD Tahun 2024 - 2026

Tujuan RPD Provinsi Kalimantan Timur:

Sesuai dengan Slogan RPD “**Membangun Kaltim Untuk Nusantara**”, maka ditetapkan Tujuan RPD Tahun 2024-2026 sebagai upaya yang ditempuh dalam mewujudkan Slogan tersebut, sebagaimana berikut :

- Sasaran 1 : Meningkatkan Pemerataan Taraf Pendidikan Masyarakat
- Sasaran 2 : Meningkatkan Derajat Kesehatan Masyarakat
- Sasaran 3 : Menurunnya Tingkat Pengangguran
- Sasaran 4 : Meningkatkan Daya Saing Perempuan
- Sasaran 5 : Terwujudnya Diversifikasi Ekonomi
- Sasaran 6 : Meningkatkan Keberdayaan Masyarakat Miskin
- Sasaran 7 : Meningkatkan Kualitas dan Ketersediaan Infrastruktur untuk Mendukung Perekonomian dan Pemenuhan Infrastruktur Dasar
- Sasaran 8 : Terjaganya Kualitas Air, Air Laut, Udara dan Lahan
- Sasaran 9 : Menurunnya Emisi Gas Rumah Kaca Sektor Kehutanan dan Penggunaan Lahan
- Sasaran 10 : Meningkatkan Pemanfaatan Energi Baru dan Terbarukan
- Sasaran 11 : Terwujudnya Birokrasi yang Profesional, Akuntabel, serta Berorientasi Pelayanan Publik yang Didukung ASN BerAKHLAK

Telaahan terhadap Tujuan dan Sasaran RPD memberikan gambaran peran serta dan keterlibatan langsung RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda. Hal ini ditunjukkan melalui:

- a. **Pernyataan Tujuan ke 1 dan Sasaran 2 RPD dicascadingkan ke dalam Tujuan dan Sasaran Rumah Sakit**

Tujuan RS :

Penetapan tujuan dalam Rencana Strategis didasarkan pada potensi dan permasalahan serta isu utama RSUD A. W. Sjahranie Samarinda.

Adapun rumusan tujuan di dalam Perencanaan Strategis RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2024 – 2026 adalah :

1. Meningkatkan Pemerataan Ketahanan Kesehatan Masyarakat

Sasaran RS :

1. Meningkatnya standarisasi dan mutu pelayanan Rumah Sakit
2. Meningkatnya mutu pendidikan , pelatihan dan penelitian kesehatan

b. Pernyataan Tujuan ke 4 dan Sasaran 11 RPD

Tujuan RS : Mewujudkan Birokrasi Yang Profesional, Akuntabel serta Berorientasi Pelayanan Publik yang di Dukung ASN BerAKHLAK

Sasaran RS : Meningkatnya Kualitas Layanan Publik dan Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah

Sasaran adalah penjabaran tujuan secara terukur, yaitu sesuatu yang akan dicapai/dihasilkan secara nyata oleh RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda dalam jangka waktu tahunan, sampai lima tahun mendatang. Perumusan sasaran harus memiliki kriteria "SMART". Analisis SMART digunakan untuk menjabarkan isu yang telah dipilih menjadi sasaran yang lebih jelas dan tegas. Analisis ini juga memberikan pembobotan kriteria, yaitu khusus (*spesific*), terukur (*measurable*), dapat dicapai (*attainable*), nyata (*realistic*) dan tepat waktu (*time bound*).

Untuk lebih rinci melihat gambaran tujuan , sasaran dan target kinerja RS bisa dilihat pada matrik/tabel dibawah ini :

Tabel 10
Tujuan Dan Sasaran Rumah Sakit Tahun 2024-2026

Tujuan RS	Sasaran Strategis RS	Indikator Kinerja RS	Satuan	Target Kinerja Sasaran Tahun Ke :		
				I (2024)	II (2025)	III (2026)
1	2	3	4	5	6	7
Mewujudkan Birokrasi Yang Profesional, Akuntabel serta Berorientasi Pelayanan Publik yang di Dukung ASN BerAKHLAK	Meningkatnya Kualitas Layanan Publik dan Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit	Nilai Kepuasan Masyarakat Rumah Sakit	Nilai	79	80	81
		Nilai Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit	Nilai	79	80	81
Meningkatkan Derajat Kesehatan Masyarakat	Meningkatnya Standarisasi Dan Mutu Pelayanan Rumah Sakit	Persentase Capaian Indikator Nasional Mutu (INM) RS	Persentase	76	78	80
	Meningkatnya Mutu Pendidikan, Pelatihan Dan Penelitian Kesehatan	Nilai Akreditasi Diklit RS (A)	Nilai	A	A	A

Sumber Data : Renstra Perubahan RSUD A. Wahab Sjarjaie Tahun 2021-2024

Dari tabel 9 diatas , Pada tahun 2021 terjadi pemutahiran program, kegiatan dan sub kegiatan sesuai regulasi Kemnedagri sehingga terbit renstra perubahan tahun 2021-2023. Pada tahun 2024 -2026 terjadi transisi pemerintahan sehingga dalam penyusunan renstra berikutnya berpedoman pada Rencana Pembangunan Daerah (RPD) tahun 2024-2026 . Terjadi penyesuaian target kinerja yang telah ditetapkan pada Renstra RS tahun 2024 – 2026 yang dimulai dari baseline terendah mengingat tujuan dan sasaran berbeda dengan Renstra 2019-2023.

Penentuan target kinerja pada Renstra RS tahun 2024-2026 didasarkan pada analisis mendalam terhadap data kinerja aktual (baseline) rumah sakit, sehingga target yang ditetapkan lebih realistis dan dapat dicapai. Mengacu pada prinsip evidence-based planning, target kinerja pada Renstra terbaru disesuaikan dengan kondisi riil rumah sakit yang tercermin dalam data baseline, sehingga diharapkan dapat meningkatkan akurasi perencanaan dan efektivitas pelaksanaan program

Terdapat kesinambungan perencanaan antara Renstra RS tahun 2019-2023 dan 2024-2026, ditandai dengan adanya sedikit modifikasi pada program, kegiatan, dan subkegiatan. Hal ini mengindikasikan adanya upaya untuk menjaga momentum pencapaian tujuan strategis rumah sakit. Analisis komparatif antara Renstra RS tahun 2019-2023 dan 2024-2026 menunjukkan adanya kontinuitas perencanaan, dengan penyesuaian yang bersifat incremental pada program dan kegiatan. Pendekatan ini bertujuan untuk menjaga stabilitas program sekaligus mengakomodasi perubahan lingkungan strategis.

Untuk rincian cascading dari tujuan dan sasaran RS kedalam program, kegiatan dan sub kegiatan RS dapat dilihat pada tabel berikut dibawah ini sesuai dengan Renstra Perubahan yang menyesuaikan dengan RPD Tahun 2024-2026

Tabel 11
Program dan Kegiatan Prioritas Renstra RSUD A. W. Sjahranie
Tahun 2024-2026

Tujuan, Sasaran, Program, Kegiatan & Sub Kegiatan	Indikator Tujuan, Sasaran, Program, Kegiatan / Sub Kegiatan	Target Awal	2024		2025		2026		Target Akhir
			TARGET	PAGU	TARGET	PAGU	TARGET	PAGU	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
				785.823.755.000		845.449.054.000		1.133.015.147.000	
Tujuan 1 : Mewujudkan Birokrasi Yang Profesional, Akuntabel serta Berorientasi Pelayanan Publik yang di Dukung ASN BerAKHLAK	Indeks kepuasan masyarakat	89,33 Indeks	89,50 Indeks		89,75 Indeks		90 Indeks		90 Indeks
	Nilai Akuntabilitas Kinerja	76,43 Poin	77,25 Poin		77,50 Poin		77,75 Poin		77,75 Poin
Sasaran 1 : Meningkatnya Kualitas Layanan Publik dan Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah	Nilai Kepuasan Masyarakat Perangkat Daerah	77,70 Indeks	79 Indeks		80 Indeks		81 Indeks		81 Indeks
	Nilai Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah	75,75 Nilai	79 Nilai		80 Nilai		81 Nilai		81 Nilai
X.XX.01 PROGRAM PENUNJANG URUSAN PEMERINTAHAN DAERAH PROVINSI	Indeks Kualitas Layanan Kesekretariatan	75 Indeks	80 Indeks	733.526.992.150	82 Indeks	762.643.893.555	85 Indeks	806.122.073.094	85 Indeks
	Persentase Keluhan Pengguna Layanan yang Ditindaklanjuti	100%	100%	100.000.000	100%	100.000.000	100%	100.000.000	100%
X.XX.01.1.01 Perencanaan, Penganggaran, dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah	Jumlah Dokumen Perencanaan, Penganggaran dan Evaluasi Kinerja Rumah Sakit	56 Dokumen	56 Dokumen	320.751.800	56 Dokumen	462.826.980	56 Dokumen	509.109.678	56 Dokumen

Tujuan, Sasaran, Program, Kegiatan & Sub Kegiatan	Indikator Tujuan, Sasaran, Program, Kegiatan / Sub Kegiatan	Target Awal	2024		2025		2026		Target Akhir
			TARGET	PAGU	TARGET	PAGU	TARGET	PAGU	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
X.XX.01.1.02 Administrasi Keuangan Perangkat Daerah	Persentase Realisasi Anggaran Rumah Sakit	85%	85%	211.362.516.258	88%	209.262.516.258	90%	211.362.516.258	90%
Administrasi Barang Milik Daerah Pada Perangkat Daerah	Jumlah Dokumen Administrasi Barang Milik Rumah Sakit	20 Dokumen	20 Dokumen	143.070.000	20 Dokumen	143.070.000	20 Dokumen	143.070.000	20 Dokumen
X.XX.01.1.05 Administrasi Kepegawaian Perangkat Daerah	Jumlah Kegiatan Penunjang Administrasi Kepegawaian yang di penuh Rumah Sakit	40 Kegiatan	43 Kegiatan	1.193.584.476	45 Kegiatan	1.642.384.600	45 Kegiatan	1.300.743.600	45 Kegiatan
X.XX.01.1.06 Administrasi Umum Perangkat Daerah	Jumlah Ketersediaan Penunjang Kegiatan Administrasi Umum yang di fasilitasi	100 Paket	133 Paket	1.506.835.709	161 Paket	904.159.010	187 Paket	2.097.433.213	187 Paket
X.XX.01.1.07 Pengadaan Barang Milik Daerah Penunjang Urusan Pemerintah Daerah	Jumlah Ketersediaan dari Pengadaan Barang dan Penunjang milik Rumah Sakit	90 Unit	93 Unit	3.686.376.036	93 Unit	2.005.078.836	100 Unit	4.397.502.474	100 Unit
X.XX.01.1.08 Penyediaan Jasa Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah	Jumlah Laporan Kegiatan Penyediaan Jasa Penunjang Urusan Operasional Rumah Sakit	14 Laporan	14 Laporan	3.000.000	14 Laporan	3.000.000	14 Laporan	3.000.000	14 Laporan
X.XX.01.1.09 Pemeliharaan Barang Milik Daerah Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah	Jumlah Unit Barang Penunjang Milik Rumah Sakit yang dilakukan pemeliharaan	72 Unit	75 Unit	5.410.857.871	77 Unit	3.320.857.871	79 Unit	6.408.697.871	79 Unit
X.XX.01.1.10 Peningkatan Pelayanan BLUD	Persentase Realisasi Target Anggaran Pendapatan dari layanan BLUD	88%	88%	510.000.000.000	89%	545.000.000.000	90%	580.000.000.000	90%

Tujuan, Sasaran, Program, Kegiatan & Sub Kegiatan	Indikator Tujuan, Sasaran, Program, Kegiatan / Sub Kegiatan	Target Awal	2024		2025		2026		Target Akhir
			TARGET	PAGU	TARGET	PAGU	TARGET	PAGU	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tujuan 2 : Meningkatnya Derajat Kesehatan Masyarakat	Usia Harapan Hidup	74,62 Tahun	74,82 Tahun		74,89 Tahun		74,93 Tahun		74,93 Tahun
Sasaran 2 : Meningkatnya standarisasi dan mutu pelayanan Rumah Sakit	Persentase Capaian Indikator Nasional Mutu (INM) RS	56%	76%		78%		80%		80%
1.02.02 PROGRAM PEMENUHAN UPAYA KESEHATAN PERORANGAN DAN UPAYA KESEHATAN MASYARAKAT	Persentase capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit	88%	88%	49.530.932.850	89%	78.468.424.445	90%	321.961.617.906	90%
1.02.02.1.01 Penyediaan Fasilitas Pelayanan, Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi	Nilai ASPAK/Tingkat Kelengkapan Data Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan (SPA)	90 Nilai	90 Nilai	46.595.359.644	90 Nilai	76.616.773.845	90 Nilai	318.789.937.113	90 Nilai
1.02.02.1.02 Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi	Persentase Angka Kunjungan Rawat Jalan yang terlayani	100%	100%	1.124.483.666	100%	826.748.666	100%	1.714.288.666	100%
1.02.02.1.03 Penyelenggaraan Sistem Informasi Kesehatan Secara Terintegrasi	Persentase layanan RS terintegrasi secara sistem	40%	50%	1.811.089.540	60%	1.024.901.934	70%	1.457.392.127	70% %
Sasaran 3 :	Nilai Akreditasi Diklit RS (A)	0	A Nilai	2.665.830.000	A Nilai	4.236.736.000	A Nilai	4.831.456.000	A Nilai

Tujuan, Sasaran, Program, Kegiatan & Sub Kegiatan	Indikator Tujuan, Sasaran, Program, Kegiatan / Sub Kegiatan	Target Awal	2024		2025		2026		Target Akhir
			TARGET	PAGU	TARGET	PAGU	TARGET	PAGU	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Meningkatnya Mutu Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian Kesehatan									
1.02.03 PROGRAM PENINGKATAN KAPASITAS SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN	Persentase pemenuhan kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) sesuai standar Rumah Sakit	100%	100%	2.665.830.000	100%	4.236.736.000	100%	4.831.456.000	100%
[KEGIATAN] 1.02.03.1.01 Perencanaan Kebutuhan Sumber daya Manusia Kesehatan	Persentase pemenuhan kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) sesuai standar Rumah Sakit	100%	100%	1.000.000	100%	1.000.000	100%	1.000.000	100%
[KEGIATAN] 1.02.03.1.02 Pengembangan Mutu dan Peningkatan Kompetensi Teknis Sumber Daya Manusia Kesehatan Tingkat Daerah Provinsi	Persentase peningkatan kompetensi karyawan melalui pelatihan 20 JPL/Thn di RS	62%	65%	2.664.830.000	66%	4.235.736.000	68%	4.830.456.000	68%

Renstra Perubahan RSUD A. Wahab Sjahranie 2021-2023

Dari tabel 10 diatas dapat dijelaskan secara umum bahwa Rencana Strategis (Renstra) RSUD A.W. Sjahranie periode 2024-2026 sebagai berikut :

Tujuan Strategis

1. Mewujudkan Birokrasi yang Profesional, Akuntabel, dan Berorientasi Pelayanan Publik dengan Indikator Indeks Kepuasan Masyarakat (90 indeks pada 2026) dan Nilai Akuntabilitas Kinerja (77,75 poin pada 2026).
2. Meningkatnya Derajat Kesehatan Masyarakat dengan Indikator Usia Harapan Hidup (74,93 tahun pada 2026).

Sasaran Strategis

1. Meningkatnya Kualitas Layanan Publik dan Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah dengan Indikator: Nilai Kepuasan Masyarakat Perangkat Daerah (81 indeks pada 2026). Dan Nilai Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah (81 poin pada 2026).
2. Meningkatnya Standarisasi dan Mutu Pelayanan Rumah Sakit dengan Indikator: Persentase Capaian Indikator Nasional Mutu (80% pada 2026).
3. Meningkatnya Mutu Pendidikan, Pelatihan, dan Penelitian Kesehatan dengan Indikator: Nilai Akreditasi Diklit RS (A)

Program

- a. Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Provinsi dengan Indikator: Indeks Kualitas Layanan Kesekretariatan (85 indeks pada 2026) dan persentase keluhan pengguna yang ditindaklanjuti (100%).
- b. Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Masyarakat dengan Indikator Persentase capaian Standar Pelayanan Minimal (90% pada 2026).
- c. Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan dengan Indikator Persentase pemenuhan kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) sesuai standar Rumah Sakit (68% pada 2026).

Kegiatan

1. Perencanaan, Penganggaran, dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah dengan Indikator Jumlah dokumen perencanaan, penganggaran, dan evaluasi yang disusun (56 dokumen).
2. Administrasi Keuangan Perangkat Daerah dengan Indikator Persentase realisasi anggaran rumah sakit (90% pada 2026)

3. Administrasi Barang Milik Daerah pada Perangkat Daerah dengan Indikator Jumlah dokumen administrasi barang milik rumah sakit (20 dokumen).
4. Administrasi Kepegawaian Perangkat Daerah dengan Indikator Jumlah kegiatan penunjang administrasi kepegawaian yang dilaksanakan (45 kegiatan pada 2026)
5. Administrasi Umum Perangkat Daerah dengan Indikator Jumlah ketersediaan penunjang kegiatan administrasi umum yang difasilitasi (187 paket pada 2026).
6. Pengadaan Barang Milik Daerah Penunjang Urusan Pemerintah Daerah dengan indikator Jumlah Ketersediaan dari Pengadaan Barang dan Penunjang milik Rumah Sakit (100 unit)
7. Penyediaan Jasa Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah dengan indikator Jumlah laporan kegiatan penyediaan jasa penunjang operasional rumah sakit (14 laporan pada 2026).
8. Pemeliharaan Barang Milik Daerah Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah dengan Indikator Jumlah unit barang milik daerah yang dilakukan pemeliharaan (79 unit pada 2026).
9. Peningkatan Pelayanan BLUD Indikator Persentase realisasi target anggaran pendapatan dari layanan BLUD (90% pada 2026).
10. Penyediaan Fasilitas Pelayanan, Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan dengan Indikator Jumlah alat kesehatan yang tersedia sesuai standar pelayanan minimal (SPM).
11. Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKP dan UKM Tingkat Daerah Provinsi
Indikator Persentase angka kunjungan rawat jalan yang terlayani (100% pada 2026).]
12. Penyelenggaraan Sistem Informasi Kesehatan Secara Terintegrasi dengan Indikator: Persentase layanan rumah sakit yang terintegrasi secara sistem (70% pada 2026).
13. Perencanaan Kebutuhan Sumber daya Manusia Kesehatan dengan indikator Persentase pemenuhan kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) sesuai standar Rumah Sakit (100%)
14. Pengembangan Mutu dan Peningkatan Kompetensi Teknis SDM Kesehatan dengan Indikator Persentase karyawan yang mengikuti pelatihan teknis di rumah sakit (68% pada 2026).

B. INDIKATOR KINERJA UTAMA

Indikator Kinerja Utama (IKU) adalah tolok ukur keberhasilan suatu organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan. IKU seperti kompas yang memandu sebuah rumah sakit untuk mencapai tujuannya. RSUD A.W. Sjahranie telah menetapkan empat (4) IKU utama, yaitu persentase capaian Indikator Nasional Mutu (INM) RS, nilai akreditasi Diklit RS, nilai kepuasan masyarakat, dan nilai akuntabilitas kinerja. Dengan menggunakan IKU ini, RSUD A.W. Sjahranie dapat mengukur seberapa jauh RS telah berhasil dalam meningkatkan kualitas pelayanan, pendidikan, penelitian, serta tata kelola yang baik.

Dengan adanya IKU, RSUD A.W. Sjahranie dapat secara objektif menilai kinerja mereka, mengidentifikasi area yang perlu diperbaiki, dan membuat keputusan yang lebih akuntabel

IKU juga berfungsi sebagai alat untuk mengukur dampak dari berbagai program dan kebijakan yang telah dilaksanakan oleh rumah sakit. Dengan melibatkan seluruh stakeholder dalam proses penetapan dan pemantauan IKU, rumah sakit dapat membangun komitmen bersama untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

RSUD A.W. Sjahranie telah menetapkan IKU RS yang menggambarkan seluruh aktifitas program/kegiatan/sub Kegiatan yang tertuang di dalam Cascading dan Renstra Perubahan dan Penyesuaian dengan RPD Tahun 2024-2026. Ada 4 Indikator yang ditetapkan RS adalah :

- a. Persentase Capaian Indikator Nasional Mutu (INM) RS
- b. Nilai Akreditasi Diklit RS (A)
- c. Nilai Kepuasan Masyarakat Perangkat Daerah
- d. Nilai Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah

Tabel 12
Indikator Kinerja Utama
RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2024-2026

- | | |
|----------------------------|--|
| 1. Perangkat Daerah | : Rumah Sakit Umum Daerah Abdoel Wahab Sjahranie Samarinda |
| 2. Tugas | : Melaksanakan upaya kesehatan supaya berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan, pemulihan yang dilakukan secara serasi, terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan serta pelayanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan Standar Pelayanan Rumah Sakit. |
| 3. Fungsi | : <ul style="list-style-type: none">a. Menyelenggarakan Pelayanan Medis;b. Menyelenggarakan Pelayanan Penunjang Medis dan Non Medis;c. Menyelenggarakan Pelayanan Asuhan Keperawatan;d. Menyelenggarakan Pelayanan Rujukan;e. Menyelenggarakan Pendidikan dan Latihan;f. Menyelenggarakan Penelitian dan Pengembangan;g. Menyelenggarakan Pelayanan Umum dan Keuangan. |

4. Indikator Kinerja Utama :

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja Utama	Satuan	Penjelasan /Formulasi Perhitungan	Sumber Data	Penanggung Jawab
1	2	3	4	5	6	7
1	Meningkatnya Standarisasi Dan Mutu Pelayanan Rumah Sakit	Persentase Capaian Indikator Nasional Mutu (INM) RS	Persentase	<p>Definisi operasional</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. INM mencerminkan ekspektasi dan persyaratan minimum yang harus dipenuhi oleh semua RS dan merupakan mandatori dari Kementerian Kesehatan dan amanah Akreditasi RS 2. INM mencakup berbagai aspek kualitas pelayanan, seperti aspek klinis dan manajerial. Dengan menggunakan INM, RS dapat terus memantau dan meningkatkan kualitas layanan mereka secara berkelanjutan. 3. INM cenderung berfokus pada hasil yang diukur, yang penting dalam menilai dampak pelayanan kesehatan terhadap kesehatan pasien. Hal ini berarti bahwa penggunaan INM membantu RS untuk lebih berorientasi pada perbaikan hasil klinis dan pasien. 4. 13 Indikator Nasional Mutu (INM) RS berdasarkan Permenkes no 30 tahun 2022 <ol style="list-style-type: none"> a. Kepatuhan Kebersihan Tangan, target 85% b. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD), target 100% c. Kepatuhan Identifikasi Pasien, target 100% d. Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi, target 80% e. Waktu Tunggu Rawat Jalan, target 80% f. Penundaan Operasi Elektif, target 5% g. Kepatuhan Waktu Visite Dokter, target 80% 	Data Capaian Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit dari Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien	<p>RSUD AW. Sjahranie Samarinda :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 9 Bidang / Bagian dan jajaran dibawah lingkupnya 2. Bagian Pelayanan 3. Komite Mutu 4. Bagian Diklit RS 5. Bagian Perencanaan

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja Utama	Satuan	Penjelasan /Formulasi Perhitungan	Sumber Data	Penanggung Jawab
1	2	3	4	5	6	7
				<p>h. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium, target 100%</p> <p>i. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional, target 80%</p> <p>j. Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (Clinical Pathway), target 80%</p> <p>k. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh , target 100%</p> <p>l. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain, target 80%</p> <p>m. Kepuasan Pasien, target $\geq 76,61\%$ Permenkes no 30 tahun 2022</p> <p>Formula Perhitungan : Komponen dari 13 INM yang mencapai target dibagi seluruh komponen INM</p> <p>Sumber Data : RSUD Abdoel Wahab Sjahranie Tipe Data Kuantitatif - Normal</p>		
2	Meningkatnya Mutu Pendidikan, Pelatihan Dan Penelitian Kesehatan	Nilai Akreditasi Diklit RS (A)	Nilai	<p>Definisi Operasional :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nilai Akreditasi Diklit RS mencerminkan sejauh mana RS telah mematuhi standar akreditasi yang ditetapkan oleh lembaga akreditasi dari Kemenkes 2. Audit Surveilence dilaksanakan oleh Kemenkes setiap 6 bulan (semesteran) 	Hasil Surveillance Kemenkes terhadap penyelenggaraan Diklat RS	

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja Utama	Satuan	Penjelasan /Formulasi Perhitungan	Sumber Data	Penanggung Jawab
1	2	3	4	5	6	7
				<p>3. Nilai yang diberikan oleh Kementerian Kesehatan untuk RS yang menyelenggarakan Diklat sesuai dengan Standar Kemenkes</p> <p>RSUD AWS melakukan penilaian mandiri Sebelum dilakukan penialian oleh Kemenkes</p> <p>Formula Perhitungan : Nilai capaian akreditasi diklit</p> <p>Sumber Data Kementerian Kesehatan</p> <p>Tipe Data Kuantitatif – Normal</p>		
3	Meningkatnya Kualitas Layanan Publik dan Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah	1. Nilai Kepuasan Masyarakat Perangkat Daerah	Nilai	<p>Definisi Operasional:</p> <p>1. Indikator ini dipilih untuk mendapatkan feedback secara berkala atas kinerja/kualitas pelayanan yang diberikan RS kepada masyarakat sebagai bahan untuk menetapkan kebijakan dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan publik yang selanjutnya dilakukan secara berkesinambungan.</p> <p>2. Survey Kepuasan Masyarakat di lakukan setiap 6 bulan (semesteran)</p> <p>Formula Perhitungan : Nilai Survei Kepuasan Masyarakat</p> <p>Sumber Data : Pihak Independent (FKM Unmul)</p> <p>Tipe Data : Kuantitaif - Normal</p>	Hasil Survey Kepuasan Masyarakat	

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja Utama	Satuan	Penjelasan /Formulasi Perhitungan	Sumber Data	Penanggung Jawab
1	2	3	4	5	6	7
		2. Nilai Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah	Nilai/Predikat	<p>Definisi Operasional : Hasil Capaian Audit SAKIP oleh Pemerintah Daerah (Inspektorat) terhadap Perangkat Daerah sesuai dengan PermenPAN RB No 88 tahun 2021 tentang Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah</p> <p>Formula Perhitungan : Nilai SAKIP > 70-80 kategori Sangat Baik (BB) Nilai SAKIP > 80-90 Kategori Memuaskan (A)</p> <p>Sumber Data : Pihak Inspektorat Tipe Data : Kuantitatif – Normal</p> <p>Penjelasan : 1. SAKIP adalah alat yang efektif untuk meningkatkan transparansi dan akuntabilitas dalam penyelenggaraan layanan kesehatan yang selalu di audit oleh pihak independent dengan berbagai kriteria penilaian 2. SAKIP mendukung pengukuran dan pemantauan hasil yang dicapai oleh RS, bukan hanya pada proses atau input. Ini membantu RS untuk lebih berorientasi pada pencapaian hasil yang berkualitas dalam pelayanan kesehatan</p>	Hasil Audit Sistem Akuntabilitas Kinerja Pemerintah oleh Inspektorat	

C. PERJANJIAN KINERJA

Perjanjian Kinerja RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2024 ini disusun sebagai komitmen nyata dalam mewujudkan visi rumah sakit sebagai pusat pelayanan kesehatan yang bermutu, unggul, dan terpercaya. Dokumen ini memuat target-target kinerja yang spesifik, terukur, dapat dicapai, relevan, dan berjangka waktu (SMART) yang sejalan dengan Rencana Strategis (Renstra) RSUD A.W. Sjahranie. Melalui perjanjian kinerja ini, diharapkan seluruh unit kerja dapat bersinergi dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, produktivitas, dan efektivitas pengelolaan rumah sakit.

Dalam rangka meningkatkan akuntabilitas dan transparansi pengelolaan rumah sakit, RSUD A. Wahab Sjahranie menyusun Perjanjian Kinerja Tahun 2024. Dokumen ini merupakan perjanjian formal antara pimpinan rumah sakit dengan seluruh unit kerja terkait pencapaian target kinerja yang telah ditetapkan. Dengan adanya perjanjian kinerja ini, diharapkan kinerja rumah sakit dapat diukur secara objektif dan transparan, serta dapat dijadikan sebagai dasar untuk melakukan evaluasi dan perbaikan secara berkelanjutan.

Perjanjian Kinerja Tahun 2024 ini disusun sebagai tindak lanjut dari Rencana Strategis (Renstra) RSUD A.W. Sjahranie. Dokumen ini memuat indikator kinerja utama (IKU) yang telah ditetapkan dan akan dijadikan sebagai tolok ukur keberhasilan dalam mencapai tujuan strategis rumah sakit. Dengan demikian, perjanjian kinerja ini merupakan instrumen penting untuk memastikan bahwa seluruh kegiatan dan program yang dilaksanakan di rumah sakit selaras dengan visi dan misi yang telah ditetapkan.

1. Perjanjian Kinerja

Tabel 13
Perjanjian Kinerja RS
RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2024

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target
1	2	3	4
1	Meningkatnya Kualitas Layanan Publik dan Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah	Nilai Kepuasan Masyarakat Perangkat Daerah	79
		Nilai Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah	79
2	Meningkatnya standarisasi dan mutu pelayanan Rumah Sakit	Persentase Capaian Indikator Nasional Mutu (INM) RS	76
3	Meningkatnya mutu pendidikan, pelatihan dan penelitian kesehatan	Nilai Akreditasi Diklit RS (A)	A

No	Program	Anggaran	Ket
1	2	3	4
1	Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Provinsi	Rp 277.908.782.012,00	APBD
	a. Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan BLUD (P)	Rp 535.000.000.000,00	BLUD
2	Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan Dan Upaya Kesehatan Masyarakat	Rp 34.577.888.696,00	APBD
3	Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan	Rp 2.675.067.800,00	APBD

Sumber Data : Perjanjian Kinerja 2024

Berdasarkan tabel 13 diatas dijelaskan bahwa berdasarkan Perjanjian Kinerja RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2024, terdapat dua sasaran strategis utama yang menjadi fokus utama manajemen rumah sakit. Sasaran tersebut adalah meningkatkan kualitas layanan publik dan akuntabilitas kinerja perangkat daerah serta meningkatkan standarisasi dan mutu pelayanan rumah sakit. Pencapaian sasaran strategis akan diimplementasikan dari Program yang di laksanakan RS yaitu :

1. Meningkatnya Kualitas Layanan Publik dan Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah dengan Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Provinsi. Anggaran yang digunakan adalah APBD sebesar Rp **277.908.782.012,00**, di dalam

program tersebut ada kegiatan Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan BLUD yang berisi anggaran BLUD sebesar **Rp 535.000.000.000,00,-**

2. Meningkatnya Standarisasi dan Mutu Pelayanan Rumah Sakit dengan 2 program
 - a. Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat. Anggaran yang dialokasikan sebesar **Rp 34.577.888.696,00,-** bersumber dari APBD. Program ini bertujuan untuk memastikan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat memenuhi standar nasional dan kebutuhan pasien.
 - b. Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan Anggaran yang dialokasikan sebesar **Rp 2.675.067.800,00** bersumber dari APBD. Program ini berfokus pada peningkatan kompetensi dan kapasitas tenaga kesehatan di rumah sakit. Program ini bertujuan untuk memastikan SDM yang tersedia mampu memberikan pelayanan yang berkualitas dan sesuai dengan standar yang ditetapkan, sekaligus mendukung keberlanjutan pelayanan kesehatan yang prima.

2. Rencana Anggaran

Tabel 14
Rencana Anggaran Murni
RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2024

Tahun 2024	Sumber Dana		TOTAL
	APBD	BLUD	
Murni	290.161.738.508	510.000.000.000	825.161.738.508
Bertambah / Berkurang	34.366.564.224	68.760.726.682	103.127.290.906
Pagu Akhir	324.528.302.732	603.760.726.682	928.289.029.414

Sumber Data : Laporan Bagian Akuntansi Tahun 2024

Dari tabel 14, diatas dapat dijelaskan bahwa melaksanakan kegiatan untuk memenuhi Perjanjian Kinerja (PK) Tahun 2024, berdasarkan tahun anggaran 2024 RSUD. A. W. Sjahranie Samarinda sumber dana dengan anggaran APBD murni sebesar **Rp.290.161.738.508** ,- dan Anggaran BLUD murni sebesar **Rp. 510.000.000.000,-** sehingga total anggaran murni tahun 2024 sebesar **Rp. 825.161.738.508** ,- Kemudian melalui mekanisme perubahan APBD 2024 RSUD A. Wahab Sjahranie mendapat tambahan APBD sebesar **Rp. 34.366.564.224,-** BLUD

terdiri dari Silpa **Rp.68.260.726.682** dan Perubahan sebesar **Rp. 25.500.000.000** sebesar **Rp. 68.760.726.682,-** sehingga bertambahnya adalah **Rp. 103.127.290.906,-** jadi total anggaran APBD perubahan dan BLUD perubahan adalah **Rp. 928.289.029.414,-**.

3. Target Belanja Dana APBD dan BLUD

a. Target dan Realisasi Belanja Dana APBD

Tabel 15
Target Belanja Dana APBD
RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2024

No	Uraian	Tahun Anggaran 2024		% APBD
		Anggaran Belanja	Realisasi Belanja	
1	Belanja Gaji	265.065.830.523	261.126.429.800	99%
2	Belanja Operasional	11.996.292.546	10.066.643.919	84%
3	Belanja Modal	47.466.179.663	41.053.218.796	86%
Jumlah		324.528.302.732	312.246.292.515	96%

Dari tabel 15, diatas dapat dijelaskan bahwa target belanja gaji sebesar **Rp.265.065.830.523,-** , belanja operasional sebesar **Rp.11.996.292.546,-** dan belanja modal sebesar **Rp.47.466.179.663,-** dengan capaian realisasi anggaran untuk belanja gaji APBD sebesar **Rp. 261.126.429.800,-** atau **99%** dan belanja operasional **Rp.10.066.643.919,-** atau sebesar **84%**. Belanja modal **Rp.41.053.218.796,-** jadi total realisasi belanja dana APBD sebesar **Rp.312.246.292.515** atau sebesar **96%**.

b. Target dan Realisasi Belanja Dana BLUD

Tabel 16
Target Belanja Dana BLUD
RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2024

No	Uraian	Tahun Anggaran 2024		% BLUD
		Anggaran Belanja	Realisasi Belanja	
1	Belanja Gaji	230.700.000.000	224.325.343.725	97,24%
2	Belanja Operasional	357.560.726.682	332.022.660.380	92,86%
3	Belanja Modal	15.500.000.000	15.437.520.718	99,60%
Jumlah		603.760.726.682	571.785.524.824	94,70%

Dari tabel 16, dapat dijelaskan bahwa target belanja gaji sebesar **Rp. 230.700.000.000,-** dan belanja operasional sebesar **Rp.357.560.726.682,-** dan belanja modal **Rp.15.500.000.000** dengan capaian realisasi BLUD tahun 2024 adalah Belanja Gaji sebesar **Rp. 224.325.343.725,-** atau **97.24%** dan realisasi belanja operasional sebesar **Rp.332.022.660.380,-** atau **92.86%** dan realisasi belanja modal **Rp.15.437.520.718,-** atau **94.70%** . jadi total realisasi anggaran BLUD **Rp571.785.524.824,-** atau sebesar **94.70%**.

c. Target Dan Realisasi Belanja Dana APBD dan BLUD

Tabel 17
Target Belanja APBD + BLUD
RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2024

No	Uraian	Anggaran P Tahun 2024		%
		Anggaran Belanja	Realisasi Belanja	
1	Belanja Gaji	495.765.830.523	485.451.773.525	98%
2	Belanja Operasional	369.557.019.228	342.089.304.299	93%
3	Belanja Modal	62.966.179.663	56.490.739.514	90%
Jumlah		928.289.029.414	884.031.817.339	95%

Dari tabel 17, dapat dijelaskan bahwa target belanja APBD dan BLUD untuk belanja gaji ,untuk belanja operasional sebesar dan modal **Rp. 928.289.029.414,-** dan total Realisasi anggaran APBD + BLUD tahun 2024 adalah **Rp. 884.031.817.339,-** dari atau sebesar **95%**.

4. Alokasi Anggaran Per Program Kegiatan

Anggaran belanja langsung tahun 2024 RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yang dialokasikan untuk pencapaian sasaran strategis melalui beberapa program kegiatan adalah sebagai berikut:

Tabel 18
Anggaran Belanja Per Program Kegiatan Dengan APBD dan BLUD
RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2024

No	Sasaran Kinerja Program	Anggaran		Total	%
		APBD	BLUD		
1	Tercapainya Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah	277.982.455.955	603.760.726.682	881.743.182.637	94,99%
2	Meningkatnya Kualitas Pelayanan Rumah Sakit	43.869.623.177		43.869.623.177	4,73%
3	Tercapainya Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan	2.676.223.600		2.676.223.600	0,29%
TOTAL		324.528.302.732	603.760.726.682	928.289.029.414	100%

Dari tabel 18, diatas dapat dijelaskan bahwa pagu anggaran telah di alokasikan untuk mendukung tercapainya sasaran tujuan dan sasaran RS adalah :

1. Anggaran untuk sasaran program Tercapainya Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah sebesar **Rp. 881.743.182.637** ,- atau dengan proporsi terbesar **94,99%** dari total anggaran RS yang bersumber dari anggaran APBD dan BLUD

2. Anggaran untuk sasaran program Meningkatnya Kualitas Pelayanan Rumah Sakit sebesar **Rp.43.869.623.177-** atau dengan proporsi **4,73%** dari total anggaran RS dan sumber anggaran dari APBD
3. Anggaran sasaran program Tercapainya Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan sebesar **Rp. 2.676.223.600-** dengan proporsi terkecil **0,29%** dari total anggaran RS dan sumber anggaran dari APBD

BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

A. LAPORAN HASIL EVALUASI ATAS IMPLEMENTASI SISTEM AKIP TAHUN SEBELUMNYA

1. Nilai Hasil Evaluasi Akuntabilitas Kinerja

Hasil evaluasi atas implementasi Sistem AKIP pada Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie tahun 2023/2024 yang dilakukan oleh Inspektorat Daerah Provinsi Kalimantan Timur, RSUD A. Wahab Sjahranie meraih peringkat I dari seluruh SKPD di Kalimantan Timur. RSUD A. Wahab Sjahranie memperoleh nilai sebesar **83,30 (Delapan Puluh Satu koma Empat Puluh)** atau dengan predikat penilaian **"A" (Memuaskan)**, sebagaimana tabel berikut :

Tabel 19
Nilai Hasil Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Tahun 2023/2024
RSUD A. Wahab Sjahranie

No	Komponen Sakip Yang Di Nilai	Bobot (%)	Hasil	Bobot (%)	Hasil		Kenaikan/ Penurunan
			Tahun 2021		Tahun 2022	Tahun 2023	
1	Perencanaan Kinerja	30%	24,74	30%	27.00	27.00	0
2	Pengukuran Kinerja	25%	20,00	20%	15.40	15.40	0
3	Pelaporan Kinerja	15%	12,68	10%	7.40	7.70	0.3
4	Evaluasi Kinerja	10%	7,64	20%	14.00	18.00	4
5	Capaian Kinerja	20%	11,31	20%	17.60	15.20	-2.4
TOTAL		100	76,38	100	81.40	83.30	1.9
Predikat Penilaian			BB		A	A	

Sumber data : LHE Inspektorat Prov.Kaltim 2023/2024

Berdasarkan tabel 19 diatas hasil evaluasi implementasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) yang dilakukan oleh Inspektorat Provinsi Kalimantan Timur, RSUD A. Wahab Sjahranie menunjukkan peningkatan signifikan dalam kinerja akuntabilitasnya. Pada tahun 2023, rumah sakit ini berhasil meraih nilai 83,30 dengan predikat "A" atau kategori "Memuaskan". Capaian ini mencerminkan kemampuan RSUD A. Wahab Sjahranie dalam mengelola kinerja secara akuntabel, berkinerja baik, serta memiliki sistem manajemen yang andal.

Secara lebih rinci, tabel evaluasi menunjukkan adanya perubahan signifikan pada beberapa komponen utama. Komponen Perencanaan Kinerja yang memiliki bobot besar (30%) menunjukkan stabilitas dengan nilai 27,00 dalam dua tahun terakhir (2022 dan 2023). Hal ini mencerminkan bahwa perencanaan strategis RSUD sudah cukup kuat, namun ruang untuk perbaikan tetap terbuka agar menjadi lebih adaptif terhadap kebutuhan dan target organisasi.

Komponen Pengukuran Kinerja, meskipun memiliki bobot sebesar 20%, mengalami stagnasi pada nilai 15,40 di tahun 2022 dan 2023. Hal ini mengindikasikan perlunya penguatan sistem pengukuran agar lebih efektif dalam mengevaluasi hasil kerja secara objektif dan menyeluruh.

Sementara itu, Pelaporan Kinerja menunjukkan peningkatan kecil dari nilai 7,40 di tahun 2022 menjadi 7,70 di tahun 2023. Peningkatan ini positif, meskipun masih ada peluang besar untuk lebih meningkatkan kualitas dan transparansi laporan kinerja. Hal yang patut diapresiasi adalah komponen Evaluasi Kinerja, yang mencatat peningkatan signifikan dari 14,00 menjadi 18,00 dalam satu tahun. Hal ini menunjukkan adanya upaya yang lebih serius dalam menganalisis hasil kerja, termasuk melakukan tindak lanjut atas temuan evaluasi.

Namun, pada komponen Capaian Kinerja, terdapat penurunan nilai sebesar 2,4 poin dari 17,60 di tahun 2022 menjadi 15,20 di tahun 2023. Penurunan ini mengindikasikan perlunya perhatian khusus untuk memastikan bahwa program kerja yang direncanakan benar-benar dapat mencapai target yang ditetapkan. Meski demikian, secara keseluruhan, total nilai SAKIP RSUD A. Wahab Sjahranie mengalami kenaikan sebesar 1,9 poin dari tahun 2022 ke 2023.

Peningkatan ini menjadi bukti nyata bahwa RSUD A. Wahab Sjahranie terus berupaya memperbaiki sistem manajemen kinerja dan mempertahankan predikat terbaik di antara instansi pemerintah lainnya di Kalimantan Timur. Dengan predikat "A", RSUD ini telah membuktikan bahwa organisasi ini tidak hanya memiliki perencanaan yang matang, tetapi juga mampu menjalankan kinerja secara akuntabel dan profesional.

Berikut adalah beberapa alasan utama yang mendasari peningkatan nilai SAKIP tersebut:

1. Peningkatan Komitmen Pimpinan

Pimpinan RSUD A. Wahab Sjahanie menunjukkan komitmen yang kuat dalam menerapkan prinsip-prinsip akuntabilitas kinerja. Hal ini tercermin dalam dukungan penuh terhadap implementasi SAKIP, baik dari segi alokasi sumber daya maupun penyusunan strategi yang terukur. Dukungan ini juga menjadi landasan bagi peningkatan kinerja di seluruh level organisasi.

2. Perbaikan pada Komponen Evaluasi Kinerja

Evaluasi kinerja mencatat peningkatan signifikan, dari nilai 14,00 di tahun 2022 menjadi 18,00 pada tahun 2023. Ini menunjukkan bahwa RSUD telah mengintensifkan proses evaluasi internal terhadap program-program kerja yang telah dilaksanakan. Proses evaluasi yang lebih sistematis ini memungkinkan identifikasi kelemahan secara dini, sehingga langkah perbaikan dapat segera diambil.

3. Implementasi Manajemen Kinerja yang Lebih Baik

RSUD A. Wahab Sjahanie mulai mengadopsi pendekatan yang lebih terstruktur dalam pengelolaan kinerja. Setiap program dan aktivitas yang dilaksanakan didasarkan pada indikator kinerja utama (IKU) yang jelas, sehingga memudahkan proses monitoring dan evaluasi. Hal ini membuat manajemen lebih mudah mengukur sejauh mana target telah tercapai.

4. Penguatan Sistem Akuntabilitas Berbasis Teknologi

Peningkatan nilai juga didukung oleh upaya digitalisasi dalam sistem manajemen kinerja. Penggunaan teknologi informasi memungkinkan pengumpulan, analisis, dan pelaporan data kinerja dilakukan lebih cepat dan akurat. Hal ini turut meminimalkan kesalahan administratif yang sebelumnya dapat mengurangi nilai evaluasi.

5. Kolaborasi dan Sinergi Antar Unit Kerja

Manajemen RSUD A. Wahab Sjahanie berhasil meningkatkan sinergi antar unit kerja dalam melaksanakan program-program strategis. Kolaborasi ini tidak

hanya meningkatkan efektivitas perencanaan dan pelaksanaan program, tetapi juga mempercepat tindak lanjut hasil evaluasi.

6. Peningkatan Kompetensi SDM

Peningkatan kompetensi sumber daya manusia (SDM) melalui sosialisasi, bimtek perencanaan dan evaluasi kinerja yang merata pada sebagian besar civitas hospitalia dan pendampingan intensif menjadi salah satu alasan utama. SDM yang lebih kompeten memahami tugas dan tanggung jawabnya dalam sistem manajemen kinerja, sehingga mampu mendukung pencapaian target yang telah ditetapkan.

7. Fokus pada Perencanaan yang Lebih Matang

Perencanaan kinerja tetap stabil pada skor 27,00, mencerminkan adanya perencanaan yang matang dan berbasis data. Hal ini menunjukkan bahwa RSUD telah memiliki sistem yang andal untuk merancang program-program prioritas yang relevan dengan kebutuhan masyarakat dan kebijakan daerah.

8. Komitmen pada Transparansi dan Akuntabilitas

Manajemen rumah sakit terus berupaya meningkatkan transparansi dalam pelaporan kinerja. Pelaporan yang akurat dan sesuai dengan pedoman yang ditetapkan Inspektorat menjadi salah satu alasan nilai komponen pelaporan mengalami peningkatan, walaupun kecil (dari 7,40 menjadi 7,70).

9. Fokus pada Peningkatan Efektivitas Program

RSUD A. Wahab Sjahranie mengutamakan pelaksanaan program kerja yang memiliki dampak langsung pada masyarakat dan pencapaian target strategis. Dengan memprioritaskan efektivitas program, rumah sakit berhasil meningkatkan hasil evaluasi keseluruhan, meskipun ada tantangan pada capaian kinerja.

10. Dukungan Inspektorat dan Pembinaan Eksternal

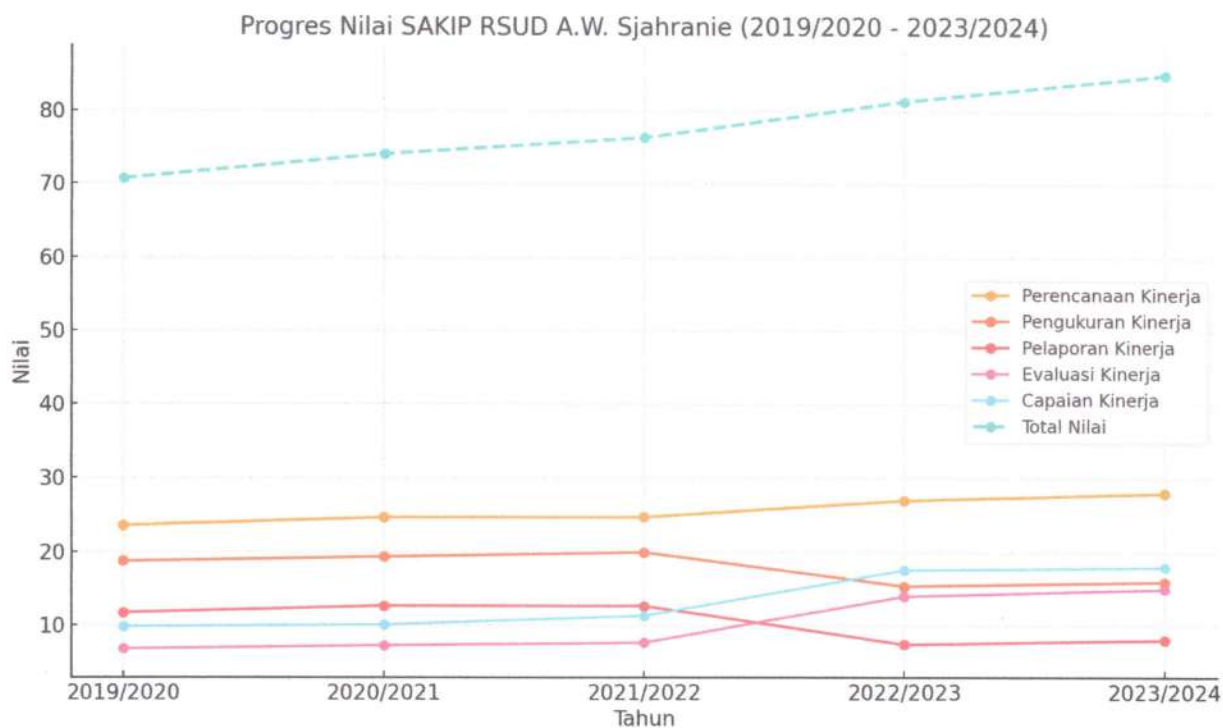
Inspektorat Provinsi Kalimantan Timur memainkan peran penting melalui pembinaan dan pendampingan terhadap RS. Dukungan ini memberikan masukan berharga bagi manajemen RS dalam mengidentifikasi area perbaikan dan mengimplementasikan langkah-langkah strategis.

Tabel 20
Rekapitulasi Progres Nilai SAKIP
RSUD A. Wahab Sjahranie

NO	UNSUR SAKIP	TAHUN				
		2019/2020	2020/2021	2021/2022	2022/2023	2023/2024
1	2	3	4	5	6	7
1	Perencanaan Kinerja	23.59	24.69	24.74	27.00	27.00
2	Pengukuran Kinerja	18.75	19.38	20.00	15.40	15.40
3	Pelaporan Kinerja	11.73	12.68	12.68	7.40	7.70
4	Evaluasi Kinerja	6.79	7.27	7.64	14.00	18.00
5	Capaian Kinerja	9.82	10.09	11.31	17.60	15.20
TOTAL NILAI		70.68	74.10	76.38	81.40	83,30
KATEGORI		BB	BB	BB	A	A
PREDIKAT		Sangat Baik	Sangat Baik	Sangat Baik	Memuaskan	Memuaskan
AUDITOR		Inspektorat	Inspektorat	Inspektorat	Inspektorat	Inspektorat

Sumber Data : Laporan Tahunan LHE

Grafik 2
Progres Nilai SAKIP
RSUD A. Wahab Sjahranie



Dari tabel 20 dan grafik 1 di atas menunjukkan perkembangan nilai SAKIP (Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah) RSUD A.W. Sjahranie dari tahun 2019/2020 hingga 2023/2024. Garis putus-putus menunjukkan total nilai keseluruhan, sementara garis lainnya menunjukkan nilai masing-masing unsur, yaitu perencanaan, pengukuran, pelaporan, evaluasi, dan capaian kinerja. Perkembangan nilai menunjukkan tren peningkatan yang signifikan, terutama pada total nilai, yang berhasil mencapai kategori "A" (memuaskan) pada tahun 2023/2024.

2. Tidak Lanjut Atas Hasil Evaluasi Inspektorat Provinsi Terhadap Laporan Hasil Evaluasi Atas Implementasi Sistem AKIP.

Dari hasil penilaian implementasi SAKIP RSUD A. Wahab Sjahranie ini, ada beberapa rekomendasi dari Inspektorat Prov. Kaltim yang harus dilakukan tindak lanjut, Rencana aksi dan progres pelaksanaannya. Sehubungan dengan itu maka RSUD A. Wahab Sjahranie berupaya menindaklanjuti rekomendasi tersebut dan tergambar dari tabel berikut dibawah ini :

Tabel 21
Rencana Aksi atas Rekomendasi
dan Tindak Lanjut Hasil Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Tahun 2023
RSUD A. W. Sjahranie

No	Rekomendasi	Tindak Lanjut	Rencana Aksi	Progres
a Evaluasi Perencanaan Kerja				
1	Melakukan pemanfaatan perencanaan kinerja secara maksimal untuk dapat mewujudkan hasil yang berkesinambungan.	Melakukan percepatan realisasi kinerja yang telah direncanakan dengan melakukan implementasi dengan tekad dan fokus guna memastikan pencapaian tujuan yang lebih efektif dan efisien	<ol style="list-style-type: none"> Melakukan follow up atas kinerja bagian/ bidang secara kontinyu setiap bulan dengan cara meminta laporan kegiatan yang telah dilakukan beserta dengan realisasi anggarannya Meminta laporan capaian Rencana Aksi Kegiatan (RAK) dari bagian/bidang secara berkala setiap triwulan dan melaporkan kepada Direktur dan di input dalam aplikasi esr.Menpan dan e-SAKIP 	Telah dilaksanakan

No	Rekomendasi	Tindak Lanjut	Rencana Aksi	Progres
b Pengukuran Kinerja				
1	Agar pengukuran kinerja bisa dilakukan secara berkala	Menjadikan Pengukuran Kinerja sebagai dasar pemberian Reward dan Punishment	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan pengakuan dan penghargaan atas kontribusi individu setiap kegiatan berdasarkan hasil pengukuran kinerja. 2. Melakukan internalisasi terkait reward dan punishment atas kinerja yang dicapai sesuai dengan kebijakan organisasi. 3. Menyampaikan laporan kinerja secara berkala kepada direktur sebagai dasar pemberian reward dan punishment. 4. Menyusun sistem penilaian kinerja yang transparan untuk memastikan setiap individu memahami capaian mereka dan kaitannya dengan reward dan punishment. 	Telah dilaksanakan
2	Agar melakukan pemantauan atas pengukuran capaian kinerja unit dibawahnya secara berjenjang	Mengkaji dan memonitor hasil pengukuran kinerja di setiap unit secara terintegrasi.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan evaluasi kinerja unit secara berkala setiap triwulan berdasarkan indikator capaian kinerja masing-masing unit. 2. Mengusulkan sistem pemantauan digital berbasis aplikasi untuk memudahkan pengawasan kinerja unit secara real-time. 3. Menyusun laporan triwulan dari setiap unit yang berisi rekomendasi perbaikan untuk meningkatkan efektivitas pencapaian target kinerja. 4. Mengintegrasikan hasil pengukuran unit ke dalam rapat koordinasi manajemen untuk menetapkan langkah perbaikan strategis. 	

No	Rekomendasi	Tindak Lanjut	Rencana Aksi	Progres
3	Agar melakukan penyesuaian strategi dalam mencapai kinerja yang efektif dan efisien.	Mengkaji dan menyesuaikan strategi yang telah dijalankan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji ulang strategi organisasi dalam pencapaian kinerja dengan mengukur Key Performance Indicators (KPI) 2. Mengidentifikasi apakah ada kelebihan atau kekurangan sumber daya dalam konteks penyesuaian strategi 3. Mengembangkan strategi baru atau memodifikasi strategi yang ada sehingga mengakomodasi perubahan pada efisiensi operasional dan pencapaian tujuan 4. Merumuskan rencana aksi yang rinci untuk setiap komponen strategi baru dan melaksanakan rencana aksi sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan 5. Penyesuaian strategi dengan pemangku kepentingan eksternal seperti mitra bisnis, pelanggan, atau pihak ketiga 6. Mengkomunikasikan komitmen organisasi terhadap perbaikan terus-menerus. 	
c Pelaporan Kinerja				
1	Agar dokumen Laporan Kinerja dapat menginformasikan secara menyeluruh perbandingan realisasi Kinerja dengan realisasi kinerja di level provinsi;	Memastikan data dan mencari informasi yang akurat terkait kinerja level provinsi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencari sumber informasi dengan pihak terkait dan mencari regulasi yang memuat target capaian level provinsi atau level Nasional 2. Membuat analisis komparasi capaian yang didapatkan 	Telah dilaksanakan
2	Agar Laporan Kinerja secara menyeluruh dapat mempengaruhi perubahan budaya kinerja organisasi.	Meningkatkan pemahaman mendalam terhadap kinerja yang bisa mempengaruhi budaya kinerja organisasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan Edukasi dan Komunikasi dengan penjelasan yang jelas mengenai indikator kinerja utama (KPI) yang digunakan dan dampaknya terhadap tujuan organisasi. 2. Memastikan Transparansi dan aksesibilitas dengan sebagai informasi yang transparan dan 	

No	Rekomendasi	Tindak Lanjut	Rencana Aksi	Progres
			<p>mudah diakses oleh semua staf da Publikasikan laporan secara berkala yang dapat diakses oleh semua pihak terkait.</p> <p>3. Menggalakkan Budaya Pembelajaran dengan mendorong organisasi untuk belajar dari laporan kinerja</p> <p>4. Mengukur dan memberikan umpan Balik dengan melakukan survei atau mekanisme umpan balik terus-menerus untuk memantau perkembangannya</p>	
d Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Internal				
1	Melakukan Evaluasi Kinerja Internal secara menyeluruh Untuk perbaikan dan peningkatan akuntabilitas	Mendukung perbaikan berkelanjutan dan meningkatkan akuntabilitas dalam pengelolaan kinerja.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi area yang memerlukan perbaikan untuk memastikan efisiensi waktu, tenaga, dan biaya. 2. Memaksimalkan potensi sumber daya yang ada untuk mendukung pelaksanaan evaluasi secara efektif. 3. Memberikan ruang bagi staf untuk mengembangkan ide-ide kreatif yang berkontribusi pada inovasi dalam proses, produk, maupun layanan. 4. Mengapresiasi inovasi yang berdampak positif terhadap efisiensi operasional dan kepuasan pelanggan. 	Telah dilaksanakan
2	Melakukan Implementasi secara menyeluruh agar dapat memberikan dampak nyata dalam efektifitas dan efisiensi kinerja.	Melakukan re assessment kembali atas hasil capaian kinerja yang telah di implementasikan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi area di mana perbaikan lebih lanjut masih dibutuhkan. 2. Membuat analisis mendalam terhadap dampak implementasi terhadap efektifitas dan efisiensi kinerja. 3. Menyusun jadwal pemantauan berkala untuk terus mengukur dan mengevaluasi kinerja berdasarkan indikator yang telah ditetapkan. 	

No	Rekomendasi	Tindak Lanjut	Rencana Aksi	Progres
			4. Menggunakan hasil pemantauan sebagai dasar untuk pengambilan keputusan terkait pengembangan lebih lanjut.	
e Capaian Akuntabilitas Kinerja				
1	Mengupayakan peningkatan capaian kinerja tahun berjalan agar dapat melebihi capaian tahun sebelumnya serta membuat laporan capaian kinerja sasaran yang dapat diandalkan;	Meningkatkan kapabilitas dalam pembuatan laporan kinerja sehingga laporan dapat diandalkan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan review capaian tahun sebelumnya 2. Mengidentifikasi factor penentu keberhasilan dan penghambat keberhasilan 3. Membuat laporan yang sesuai dengan aturan, yang akurat dan terukur 	Telah dilaksanakan
2	Dapat mempertahankan penghargaan level Provinsi/level Nasional untuk tahun-tahun yang akan datang.	Mengupayakan mendapatkan penghargaan dari tahun ke tahun	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengupayakan inovasi level nasional jika ada event tertentu 2. Memfasilitasi kreatifitas staf untuk cikal bakal inovator yang unggul 3. Melakukan promosi atas inovasi dan capaian RS melalui media sosial, seminar, dan konferensi nasional. 4. Mengikuti program atau ajang perlombaan inovatif dan ajang perlombaan lainnya 	

B. PENGUKURAN CAPAIAN KINERJA ORGANISASI

Tabel 22
Tabel Pengukuran Capaian Kinerja
RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2024

No	Sasaran Kinerja Program	Indikator Kinerja	Satuan	Target Tri Wulan	Realisasi [%]	Capaian [%]	
1	2	3	4	5	7	8	
01	Tercapainya Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah	Indeks Kualitas Layanan Kesekretariatan	Indeks		80	80	100%
				I	20	6.00	1%
				II	20	39.00	195%
				III	20	15.00	75%
		Persentase Keluhan Pengguna Yang ditindaklanjuti	Persentase		100	100	100 %
				I	25	25	100%
				II	25	25	100%
				III	25	25	100%
IV	25	25	100%				
	03	Meningkatnya Kualitas Pelayanan Rumah Sakit	Persentase		88	86.9	98.8%
				I	20	19	95%
				II	20	20	100%
III				20	20	100%	
IV	28	28	100%				
	04	Tercapainya Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan	Persentase		65	62	95%
				I	10	7.5	93%
				II	20	20	100%
III				30	30	135%	
IV	5	5	100%				

Sumber data : e- Sakip Pemprov Tahun 2024

Pengukuran kinerja RS dilakukan secara berkala setiap 3 bulan dengan merujuk pada target yang telah ditetapkan per triwulan, penetapan target per triwulan dilakukan RS agar dapat secara teratur memantau kinerja dan ini memungkinkan RS untuk mengidentifikasi area-area yang mencapai target, serta area-area yang mungkin perlu dilakukan perbaikan atau penyesuaian. Tidak ada angka pasti atau angka "ideal" untuk peningkatan target per triwulan karena hal ini sangat tergantung pada kesanggupan dan ketersediaan SDM dan SDA serta tergantung fleksibilitas dan responsibilitas terhadap kondisi dan kebijakan RS.

Pengukuran capaian kinerja RSUD dilakukan secara konsisten dan berkala dalam periode triwulan, meskipun data-data yang dikumpulkan berasal dari laporan rutin bulanan. Hal ini menunjukkan adanya proses evaluasi yang terencana, sistematis, dan

berbasis data yang valid dari berbagai sumber, termasuk bidang, instalasi, komite, dan unit-unit pelayanan. Proses ini sesuai dengan format pelaporan yang terdapat dalam e-SAKIP Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur, yang mengacu pada standar kinerja yang telah ditetapkan.

Proses Pengukuran Kinerja

1. Pengumpulan Data Rutin Bulanan: Data kinerja dikumpulkan dari masing-masing bidang, instalasi, komite, dan unit pelayanan setiap bulan. Setiap unit bertanggung jawab untuk menyediakan data akurat yang merefleksikan kinerja mereka, yang kemudian diolah dan disesuaikan dengan indikator kinerja yang telah ditetapkan.
2. Rekapitulasi dan Pemantauan Triwulan: Target dan capaian kinerja dirangkum setiap tiga bulan (triwulan). Hal ini memungkinkan manajemen RSUD untuk mengevaluasi progres kinerja secara berkala, mengidentifikasi keberhasilan, serta mengevaluasi tantangan yang dihadapi. Dengan adanya jadwal triwulan ini, proses pemantauan lebih terarah dan sesuai dengan harap dalam penerapan e-SAKIP.
3. Penyelarasan dengan Target: Target kinerja ditentukan berdasarkan indikator-indikator kinerja utama (IKU) yang dirancang untuk mencapai visi dan misi RSUD. Target triwulan disesuaikan dengan karakteristik indikator, seperti indeks kualitas layanan, persentase keluhan pengguna yang ditindaklanjuti, standar pelayanan minimal (SPM), serta peningkatan kapasitas SDM kesehatan.
4. Evaluasi dan Tindak Lanjut: Setelah data triwulan dirangkum, capaian kinerja dibandingkan dengan target yang telah ditentukan. Jika ditemukan gap atau deviasi antara target dan realisasi, dilakukan evaluasi mendalam untuk menentukan langkah-langkah perbaikan. Proses ini dilakukan secara kolaboratif antara manajemen RSUD dan unit-unit terkait.

Dari tabel 22 di atas dapat dijelaskan bahwa pada saat dilakukan pengukuran kinerja didapatkan bahwa untuk:

1. Indikator kinerja Indeks Kualitas Layanan Kesekretariatan

Target triwulan ditetapkan sebesar 20 poin setiap triwulan, dengan total target tahunan 80 poin. Realisasi per triwulan: 6 (Triwulan I), 39 (Triwulan II), 15 (Triwulan III), dan 20 (Triwulan IV). Total capaian: 80 poin (100%), sesuai target tahunan.

Capaian kinerja ini menunjukkan bahwa meskipun terdapat variasi besar dalam realisasi pada Triwulan II yaitu , target tahunan dapat dicapai sepenuhnya. Hal ini menunjukkan perencanaan yang fleksibel dan mampu mengakomodasi dinamika pelaksanaan di lapangan.

2. Persentase Keluhan Pengguna yang Ditindaklanjuti

Target triwulan adalah 25% per triwulan, dengan total target tahunan 100%. Realisasi per triwulan: 100% di setiap triwulan. Total capaian: 100%. Konsistensi capaian menunjukkan responsivitas yang sangat baik dalam menangani keluhan pengguna. Proses evaluasi yang rutin membantu memastikan bahwa tidak ada keluhan yang terabaikan.

3. Persentase Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) RS

Target triwulan: 20-28%, dengan total target tahunan 88%.

Realisasi per triwulan: 19 (Triwulan I), 20 (Triwulan II), 20 (Triwulan III), dan 28 (Triwulan IV). Total capaian: 86.9% (98.8% dari target tahunan). Capaian ini mendekati target tahunan dengan deviasi kecil sebesar 1.2%. Hal ini menunjukkan keberhasilan implementasi SPM, meskipun perlu sedikit peningkatan pada beberapa aspek pelayanan.

4. Persentase SDM Kesehatan yang Dilatih dan Ditingkatkan Kompetensinya.

Target triwulan: 10-30%, dengan total target tahunan 65%.

Realisasi per triwulan: 7.5% (Triwulan I), 20% (Triwulan II), 30% (Triwulan III), dan 5% (Triwulan IV). Total capaian: 62% (95% dari target tahunan). Capaian ini menunjukkan bahwa meskipun target tahunan belum sepenuhnya tercapai, realisasi triwulan menunjukkan pola yang sangat positif, terutama pada Triwulan III yang melampaui target hingga 135%. Perlu fokus lebih besar pada triwulan berikutnya untuk menutup gap capaian

C. ANALISIS CAPAIAN KINERJA

1. Membandingkan Antara Target Dan Realisasi Kinerja Program Tahun Ini :

Tabel 23
Perbandingan Antara Target dan Realisasi Kinerja
RSUD A.Wahab SjahranieTahun 2024

No	Sasaran Kinerja Program	Indikator Kinerja	Satuan	Target 2024	Realisasi [%]	Capaian [%]
1	2	3	4	5	7	8
01	Tercapainya Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah	Indeks Kualitas Layanan Kesekretariatan	Indeks	80	80	100%
		Persentase Keluhan Pengguna Yang ditindaklanjuti	Persentase	100	100	100 %
02	Meningkatnya Kualitas Pelayanan Rumah Sakit	Persentase Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) RS	Persentase	88	86.9	98.8%
03	Tercapainya Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan	Persentase Sumber Daya Manuasi Kesehatan (SDMK) yang dilatih dan ditingkatkan kompetensinya	Persentase	65	62	95%

Sumber data : Laporan Monev Kinerja RS 2024

Berdasarkan tabel 23, di atas dapat dijelaskan interpretasi data Perbandingan Antara Target dan Realisasi Kinerja pada tahun 2024 bahwa :

1. Sasaran Kinerja Program I: Tercapainya Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah dengan indikator kinerja :

a. Indeks Kualitas Layanan Kesekretariatan dengan target nilai indeks 80 dan realisasi 80.

Capaian 100% pada indikator ini menunjukkan bahwa layanan kesekretariatan telah berhasil mencapai target yang ditetapkan. Tidak adanya selisih antara target dan realisasi mencerminkan efisiensi dalam pelaksanaan program. Dari perspektif manajemen kinerja, keberhasilan ini dapat dikaitkan dengan perencanaan yang matang, eksekusi program yang terstruktur, dan sumber daya

yang mendukung pencapaian target. Hal ini juga menjadi indikator kuat bahwa kualitas layanan administrasi dapat dijadikan standar untuk program lainnya.

b. Persentase Keluhan Pengguna yang Ditindaklanjuti dengan target 100% dan realisasi 100 %

Tingkat realisasi yang sepenuhnya sesuai dengan target (100%) mencerminkan kemampuan sistem pelayanan untuk merespons keluhan secara optimal. Tingkat responsivitas yang tinggi ini dapat dianggap sebagai wujud dari keberhasilan pengelolaan keluhan pengguna, yang berkontribusi langsung terhadap peningkatan kepuasan masyarakat. Secara ilmiah, hal ini menunjukkan bahwa sistem feedback dan mekanisme penanganan keluhan telah berjalan secara efektif, mendukung teori bahwa layanan publik yang responsif dapat meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap instansi pemerintah.

2. Sasaran Kinerja Program II: Meningkatnya Kualitas Pelayanan Rumah Sakit dengan indikator kinerja Persentase Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) RS dengan target 88% dengan realisasi 86,9% atau dengan capaian 98.8%.

Hasil ini menunjukkan kinerja yang cukup baik, namun masih terdapat selisih atau gap sebesar 1.1%. Selisih ini, meskipun kecil, mencerminkan adanya kendala dalam pemenuhan berbagai tahapan pelayanan, yang dapat dikategorikan menjadi input, proses, output, dan outcome.

Tahapan input mencakup sumber daya awal yang mendukung pelayanan. Pada tahap ini, terdapat beberapa kendala utama seperti rumah sakit menghadapi kekurangan tenaga kesehatan, terutama dokter spesialis, perawat terlatih, dan tenaga pendukung lainnya, yang menyebabkan beban kerja berlebih pada staf yang ada. Optimalisasi Alat Kesehatan terutama alat cangguh, baik dari pemanfaatan, segi jumlah maupun teknologinya. Alat yang sudah usang atau tidak sesuai standar menjadi penghambat layanan optimal. Pengadaan alat kesehatan yang gagal di adakan, pelatihan SDM, dan peningkatan fasilitas sering terkendala, sehingga menghambat pemenuhan standar layanan.

Tahapan proses mencakup pelaksanaan kegiatan layanan. Pelaksanaan SOP secara konsisten di semua unit pelayanan belum optimal, sehingga menimbulkan variasi dalam kualitas layanan. Proses pelayanan sering terhambat oleh kurangnya

koordinasi antara unit pelayanan utama, administrasi, dan pendukung. Tidak semua layanan dapat dijalankan sesuai dengan indikator SPM yang telah ditetapkan, baik karena keterbatasan sumber daya maupun masalah operasional.

Tahapan output mencakup hasil yang dihasilkan dari proses layanan. Kendala utama yang ditemukan adalah beberapa layanan belum memenuhi standar waktu respons dan kualitas yang ditetapkan dalam SPM.

Tahapan outcome mencakup dampak dari layanan yang diberikan terhadap penerima layanan dan masyarakat. Tingkat kepuasan di beberapa bagian layanan sudah mencapai tingkat optimal, namun masih ada keluhan-keluhan yang seringkali disebabkan oleh keterlambatan layanan atau kualitas layanan yang tidak konsisten, sehingga layanan yang diberikan belum sepenuhnya memberikan dampak signifikan terhadap peningkatan kesehatan masyarakat.

3. Sasaran Kinerja Program III: Tercapainya Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan dengan target 65% dan realisasi 62% atau capaian 95%.

Tingkat realisasi 62% dibandingkan target 65% menunjukkan pencapaian sebesar 95%. Walaupun capaian ini cukup tinggi, masih terdapat gap sebesar 3% yang perlu ditinjau. Ketidaktercapaian target ini mungkin disebabkan oleh kendala seperti keterbatasan alokasi anggaran, jumlah pelatihan yang terbatas, atau kurangnya aksesibilitas SDM terhadap program pelatihan. Dalam teori pengembangan sumber daya manusia, capaian ini mencerminkan bahwa meskipun pelatihan telah memberikan dampak positif, masih diperlukan optimalisasi dalam perencanaan program pelatihan. Langkah seperti peningkatan cakupan peserta, diversifikasi program pelatihan, atau penggunaan teknologi dalam pembelajaran dapat membantu mencapai target di masa mendatang.

Rumah sakit memiliki total 2,253 pegawai (SDMK) pada tahun 2024, dengan target pelatihan sebanyak 65% dari jumlah tersebut, yaitu 1,464 pegawai. Hingga saat ini, realisasi pelatihan telah mencapai 59% atau sebanyak 1,329 pegawai. Namun, terdapat gap sebanyak 135 pegawai yang belum dapat dilatih, sehingga perlu dilakukan analisis mendalam untuk memastikan strategi pelatihan yang lebih optimal di masa mendatang.

Dengan jumlah pegawai yang sangat besar mencapai 2,253 orang, memberikan pelatihan secara menyeluruh sekaligus menjadi tantangan besar. Keterbatasan waktu, pelatih, dan anggaran membuat prioritas pelatihan menjadi krusial agar pelatihan yang dilaksanakan memiliki dampak langsung terhadap kualitas layanan rumah sakit. Saat ini, realisasi pelatihan baru mencakup 1,329 pegawai, sehingga perlu strategi untuk memaksimalkan dampaknya pada kelompok yang paling membutuhkan. Keterbatasan sumber daya, seperti waktu, tenaga pelatih, dan anggaran, membuat pelatihan harus dilaksanakan secara bertahap. Namun, pelaksanaan yang bertahap ini seringkali menyebabkan kesenjangan antara jumlah pegawai yang telah dilatih dengan target yang ditetapkan. Terdapat banyak usulan pelatihan yang beragam, yang menyebabkan fokus dan anggaran menjadi tersebar. Tidak semua pelatihan memiliki dampak yang sama terhadap kualitas layanan masyarakat. Skala prioritas yang jelas membuat pelaksanaan pelatihan jadi terarah, sehingga perlu evaluasi untuk memilih pelatihan yang benar-benar mendukung peningkatan kualitas pelayanan.

2. Membandingkan Antara Realisasi Kinerja Program Serta Capaian Kinerja Program Tahun Ini Dengan Tahun Lalu dan Beberapa Tahun Terakhir

Tabel 24
Perbandingan Antara Target dan Realisasi Kinerja
Beberapa Tahun Terakhir

No	Indikator Kinerja Program	Satuan	Capaian Kinerja (%)		Indikator Kinerja Program	Satuan	Capaian Kinerja (%) 2024	% Peningkatan / Penurunan
			2022	2023				
1	2	3	4	5	6	7	8	$9 = [8/5-1]*100$
01	Capaian Program Penunjang Kegiatan Rumah Sakit yang terukur secara baik	%	99.9%	95.88%	Indeks Kualitas Layanan Kesekretariatan	Indeks	100%	4.12
					Persentase Keluhan Pengguna Yang ditindaklanjuti	%	100 %	4.12
02	Capaian pemenuhan Fasilitas dan Layanan Kesehatan RS sesuai standar kelas Rumah Sakit	%	67%	80%	Persentase Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) RS	%	98.8%	18.8

03	Capaian Kebutuhan SDM baik secara Kualitatif dan kuantitatif sesuai standar Kelas Rumah Sakit RS	%	95%	85%	Persentase Sumber Daya Manuasi Kesehatan (SDMK) yang dilatih dan ditingkatkan kompetensinya	%	95%	10
04	Capaian Program Pemberdayaan Masyarakat dengan RS melalui kerjasama /kemitraan yang baik kesehatan	%	95%	85%	-	-	-	-

Sumber data : LKJIP tahun 2023 dan Laporan Monev TW IV Tahun 2024

Berdasarkan tabel 24, Dipaparkan perbandingan target dan realisasi kinerja pada indikator yang berbeda di tahun 2022, 2023, dan 2024. Perbedaan ini didasari oleh regulasi yang berlaku pada saat tersebut berbeda. Adanya peraturan tentang pemuthakhiran program, kegiatan dan sub kegiatan serta pemberlakuan Rencana Pembangunan Daerah (RPD) masa transisi pemerintahan di 2024-2026, meskipun indikator tahun 2024 sedikit berbeda dengan indikator tahun sebelumnya, beberapa kegiatan dan sub kegiatannya nya memiliki kemiripan/ similiary sehingga dapat dievaluasi dalam konteks tren peningkatan atau penurunan kinerja. Berikut adalah interpretasi berdasarkan data:

1. Indikator Kinerja Program I:

Indikator 2022-2023: Mengukur capaian program secara umum, realisasi kinerja menurun dari 99.9% di tahun 2022 menjadi 95.88% di tahun 2023.

Indikator 2024: Indeks Kualitas Layanan Kesekretariatan dan Persentase Keluhan Pengguna yang Ditindaklanjuti mencapai 100%.

Interpretasi: Terjadi penurunan kinerja sebesar 4.12% dari tahun 2022 ke 2023, yang mencerminkan adanya tantangan dalam menjaga kualitas layanan di tahun tersebut. Namun, capaian di tahun 2024 menunjukkan peningkatan signifikan dengan realisasi 100% pada indikator baru, yang menandakan bahwa perbaikan strategis telah berhasil diterapkan. Tingkat respons terhadap keluhan pengguna juga mencerminkan layanan yang semakin responsif dan efisien.

2. Indikator Kinerja Program II:

Indikator 2022: Capaian pemenuhan fasilitas mencapai 67%.

Indikator 2023: Realisasi meningkat menjadi 80%, menunjukkan adanya perbaikan dalam pemenuhan fasilitas.

Indikator 2024: Persentase Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit tercatat sebesar 98.8%, dengan peningkatan 18.8% dari tahun sebelumnya.

Interpretasi: Data menunjukkan peningkatan kinerja yang signifikan selama tiga tahun terakhir. Peningkatan dari 67% (2022) ke 98.8% (2024) menggambarkan upaya nyata dalam memperbaiki fasilitas dan layanan, terutama dalam memenuhi indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM). Kinerja tahun 2024 menunjukkan hasil yang hampir optimal, dengan hanya sedikit ruang untuk perbaikan.

3. Indikator Kinerja Program III:

Indikator 2022: Persentase kebutuhan SDM yang terpenuhi mencapai 95%.

Indikator 2023: Realisasi menurun menjadi 85%, menunjukkan adanya kendala dalam mempertahankan pencapaian.

Indikator 2024: Persentase SDM yang dilatih dan ditingkatkan kompetensinya mencapai 95%, dengan peningkatan 10% dibandingkan tahun 2023.

Interpretasi: Terjadi penurunan tajam dari 2022 ke 2023 sebesar 10%, yang dapat disebabkan oleh hambatan dalam pelatihan atau penambahan SDM baru. Namun, di tahun 2024, kinerja menunjukkan pemulihan dengan capaian yang meningkat menjadi 95%. Hal ini menandakan bahwa upaya pelatihan dan peningkatan kompetensi telah memberikan hasil yang positif.

4. Indikator Kinerja Program IV:

Indikator 2022: Kinerja mencapai 95%.

Indikator 2023: Menurun menjadi 85%, menunjukkan adanya penurunan pada efektivitas program kemitraan.

Indikator 2024: Tidak masuk dalam pemilihan program kerja, namun tren penurunan pada indikator sebelumnya mengindikasikan perlunya perbaikan pada aspek pemberdayaan masyarakat melalui kolaborasi dan kemitraan.

Interpretasi: Capaian 85% (2023) menunjukkan adanya tantangan yang perlu diatasi, seperti kurangnya efektivitas program atau keterbatasan koordinasi dengan mitra. Perlu

strategi baru untuk meningkatkan program pemberdayaan masyarakat di tahun-tahun mendatang.

Jadi berdasarkan Analisa data tersebut diatas maka dapat disimpulkan bahwa Tren Kinerja Positif di 2024, Terlepas dari penurunan kinerja pada beberapa indikator di tahun 2023, hasil tahun 2024 menunjukkan perbaikan signifikan, terutama pada indikator terkait layanan kesekretariatan, respons terhadap keluhan pengguna, dan pemenuhan SPM.

3. Membandingkan Realisasi Kinerja Sampai Dengan Tahun Ini Dengan Target Jangka Menengah Yang Terdapat Dalam Dokumen Perencanaan Strategis Organisasi

Tabel 25
Realisasi Kinerja dengan Target Capaian Kinerja Organisasi Jangka Menengah RSUD A.Wahab Sjahranie

No	Indikator Kinerja	Satuan	Target Akhir Tahun (2026)	Realisasi Tahun 2024	Tingkat Kemajuan
1	2	3	4	5	6=5/4*100%
01	Indeks Kualitas Layanan Kesekretariatan	Indeks	85	80	94%
02	Persentase Keluhan Pengguna Yang ditindaklanjuti	Persentase	100	100	100%
03	Persentase Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) RS	Persentase	90	86.9	96.5%
04	Persentase Sumber Daya Manuasi Kesehatan (SDMK) yang dilatih dan ditingkatkan kompetensinya	Persentase	100	62	62%

Sumber : Data Renstra Perubahan dan Monev Kinerja Tahun 2024

Dari tabel 25, dapat memberikan gambaran tentang realisasi kinerja RSUD A. Wahab Sjahranie pada tahun 2024 dibandingkan dengan target akhir tahun 2026. Tingkat kemajuan yang dicapai menunjukkan potensi besar dan optimisme rumah sakit untuk menyelesaikan target pada tahun 2026. Berikut adalah interpretasi mendalam berdasarkan setiap indikator:

1. Indeks Kualitas Layanan Kesekretariatan. Target 2026: 85, realisasi 2024: 80 dan tingkat kemajuan: 94% . Pada indikator ini, realisasi tahun 2024 mencapai 80 dari target 85, yang berarti sudah tercapai 94% dari target akhir 2026. Hal ini mencerminkan peningkatan signifikan dalam kualitas layanan kesekretariatan, termasuk efisiensi administrasi dan pengelolaan dokumen. Dengan capaian ini, RSUD A. Wahab Sjahranie memiliki peluang besar untuk mencapai target akhir pada tahun 2026. Optimalisasi manajemen internal, pelatihan staf administrasi, dan evaluasi berkala dapat mempercepat pencapaian penuh indikator ini.
2. Persentase Keluhan Pengguna yang Ditindaklanjuti. Target 2026: 100%, realisasi 2024: 100% dan tingkat kemajuan: 100%. Indikator ini telah mencapai 100% pada tahun 2024, menunjukkan bahwa semua keluhan pengguna rumah sakit telah ditindaklanjuti dengan baik dan tepat waktu. Hal ini mencerminkan komitmen yang kuat terhadap responsivitas dan peningkatan kepuasan pasien. Dengan capaian maksimal ini, fokus ke depan adalah menjaga konsistensi kinerja dan memastikan bahwa tidak ada keluhan yang terlewatkan.
3. Persentase Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit. Target 2026: 90%, realisasi 2024: 86.9% dan tingkat kemajuan: 96.5%. Capaian SPM rumah sakit pada tahun 2024 sudah mencapai 86.9%, atau 96.5% dari target 2026. Hal ini mencerminkan progres yang sangat baik dalam memenuhi standar pelayanan yang ditetapkan, termasuk kualitas layanan medis, pemenuhan fasilitas, dan operasional rumah sakit. Dengan sisa waktu dua tahun, peningkatan kecil sebesar 3.1% sangat memungkinkan melalui penguatan fasilitas kesehatan, optimalisasi sumber daya manusia, dan implementasi SOP yang lebih konsisten.
4. Persentase Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) yang Dilatih dan Ditingkatkan Kompetensinya. Target 2026: 100%, realisasi 2024: 62% dan tingkat kemajuan: 62%. Indikator ini menunjukkan realisasi sebesar 92%, atau 62% dari target 2026. Meskipun tingkat kemajuannya relatif lebih rendah dibandingkan indikator lain, ini tetap menjadi dasar optimisme karena terdapat dua tahun ke depan untuk mempercepat pelatihan dan peningkatan kompetensi SDM. Dengan perencanaan strategis, seperti pelatihan berbasis teknologi, program pelatihan intensif, dan pendanaan yang terarah, target 100% pada tahun 2026 dapat dicapai.

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa Tingkat kemajuan rata-rata menunjukkan bahwa target 2026 sangat realistis untuk dicapai. Tiga dari empat indikator telah menunjukkan kemajuan di atas 90%, sementara indikator SDMK memerlukan perhatian lebih untuk percepatan pencapaian. Peningkatan pelatihan dan kompetensi SDM harus menjadi prioritas untuk mengejar target 100% pada tahun 2026.

4. Membandingkan Realisasi Kinerja Tahun Ini Dengan Standar Nasional (Jika Ada)

Tabel 26
Realisasi Kinerja dengan Realisasi Nasional dan Provinsi Kalimantan Timur
RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2024

No	Indikator Kinerja Pemprov/ Nasional	Target	Realisasi	Capaian (%)	Indikator Kinerja Program RS	Target	Realisasi	Capaian (%)	Ket (+/-)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	9
01	Indeks Kualitas Layanan Kesekretariatan (LKJIP PEMPROV KALTIM TAHUN 2023)	Indeks (77.80)	84.26	108.30%	Indeks Kualitas Layanan Kesekretariatan	80	80	100%	(-)
02	Persentase Keluhan Pengguna Yang ditindaklanjuti (RPD PEMPROP 2024-2026)	%	100	100	Persentase Keluhan Pengguna Yang ditindaklanjuti	100	100	100 %	Sama
02	Persentase Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) RS (RPJMN 2020-2024)	%	100	N/A	Persentase Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) RS	88	86.9	98.8%	Tidak ada
03	Persentase Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) yang dilatih dan ditingkatkan kompetensinya (DINKES PROV KALTIM)	%	35%	40.57%	Persentase Sumber Daya Manuasi Kesehatan (SDMK) yang dilatih dan ditingkatkan kompetensinya	65	62	95%	(+)

Sumber Data : LKJIP Pemprov, RPD Pemprop, RPJMN, Renstra Dinkes

Dari tabel 26, di paparkan perbandingan capaian tingkat nasional dan Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur . Perbandingan dia ambil dari berdasarkan RPJMN 2020-2024, RPD 2024-2026 , LKJIP Pemprov Kaltim Tahun 2023 , dan Renstra Dinkes Prov Kaltim

1. Indeks Kualitas Layanan Kesekretariatan

Berdasarkan data capaian dari LKJIP Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur Tahun 2023, Indeks Kualitas Layanan Kesekretariatan Menunjukkan target dengan indeks 77.80, realisasi 84.26, yang setara dengan capaian 108.30%. Indeks layanan kesekretariatan RSUD AWS ditargetkan mencapai 100% dan secara internal sudah sesuai target . namun jika dibandingkan dengan target Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur, RSUD AWS belum mencapai standar yang setara dengan Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur . Hal ini mencerminkan bahwa kualitas layanan kesekretariatan RSUD AWS sudah sangat baik dan sejalan dengan kebijakan pemerintah daerah untuk memberikan pelayanan dan diharapkan pelayanan yang diberikan kedepannya melebihi target yang ada dengan ekspektasi pelayanan kesekretariatan yang lebih prima

2. Persentase Keluhan Pengguna yang Ditindaklanjuti

Berdasarkan data RPD Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur 2024–2026, target untuk indikator ini adalah 100%, dengan capaian realisasi 100%, yang berarti mencapai 100% dari target.

Indikator di RSUD AWS juga memiliki target dan capaian yang sama, yaitu 100%. Ini menunjukkan RSUD AWS mempunyai konsistensi dalam menangani keluhan pengguna. Capaian yang sama dengan target pemerintah provinsi Kalimantan Timur menandakan bahwa RSUD AWS telah memenuhi ekspektasi dalam menangani keluhan masyarakat secara cepat dan responsif. Tidak adanya gap antara target dan realisasi mencerminkan bahwa manajemen keluhan di RSUD AWS sudah optimal dan berjalan sesuai prosedur yang ditetapkan.

3. Persentase Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) RS

Berdasarkan RPJMN 2020–2024, target nasional untuk indikator ini adalah 100%, sedangkan capaian realisasi tidak ditemukan data spesifik mengingat Kementerian Kesehatan hanya menetapkan Standar SPM nya saja adalah 100% dan berlaku untuk semua RS di Indonesia.

Di RSUD AWS, target SPM ditetapkan adalah 88%, dengan capaian 86.9%, yang berarti mencapai 98.8% dari target. RSUD AWS memiliki target yang lebih rendah dibandingkan target nasional, yaitu 88% vs 100%, namun realisasi RSUD AWS (86.9%) sudah mendekati target. Jika dibandingkan dengan standar nasional sesuai dengan RPJMN, RSUD AWS masih memiliki gap yang signifikan untuk mencapai target 100%. Hal ini menunjukkan bahwa RSUD AWS perlu memperkuat upaya dalam memenuhi standar pelayanan minimal, terutama untuk mendekati atau menyamai target nasional. Fokus harus diarahkan pada penguatan fasilitas dan sumber daya yang mendukung pencapaian SPM secara penuh.

4. Persentase Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) yang Dilatih dan Ditingkatkan Kompetensinya

Berdasarkan data dari Renstra Dinkes Provinsi Kalimantan Timur, target nasional untuk indikator ini adalah 35%, dengan realisasi 40.57%, target sebesar 5.57%. RSUD AWS, target internal untuk indikator ini jauh lebih tinggi, yaitu 65%, dengan realisasi 62%, yang setara dengan 95% dari target internal. RSUD AWS telah menetapkan target yang lebih ambisius dibandingkan target Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur, yaitu 65% vs 35%. Meskipun capaian RSUD AWS (62%) belum mencapai target internal sepenuhnya, realisasi tersebut masih jauh lebih tinggi dibandingkan capaian Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur (40.57%). Hal ini menunjukkan bahwa RSUD AWS memiliki komitmen kuat dalam meningkatkan kompetensi SDM kesehatan, meskipun terdapat ruang untuk perbaikan guna mencapai target internal sepenuhnya. Fokus tambahan diperlukan pada pelatihan dan pengembangan SDM untuk mendukung peningkatan layanan kesehatan secara keseluruhan.

Dari uraian analisa data tersebut diatas dapat di simpulkan bahwa RSUD AWS secara konsisten memenuhi target di beberapa indikator namun masih memiliki ruang perbaikan, terutama pada indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) dan SDM Kesehatan. RSUD AWS menetapkan target internal yang lebih ambisius dibandingkan standar nasional dan pemerintah provinsi, mencerminkan komitmen terhadap pelayanan yang berkualitas. Upaya peningkatan harus terus dilakukan,

terutama untuk menyelaraskan capaian dengan target nasional/pemerintah provinsi dan memastikan pencapaian target internal secara maksimal.

5. Analisis Atas Efisiensi Penggunaan Sumber Dana

Tabel 27
Efisiensi Penggunaan Sumber Dana
RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2024

NO	SASARAN KINERJA PROGRAM	INDIKATOR KINERJA	SATUAN	TARGET 2024	REALISASI [%]	CAPAIAN [%]	% PENYERAPAN ANGGARAN	TINGKAT EFISIENSI
1	2	3	4	5	7	8	9	10
01	Tercapainya Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah	Indeks Kualitas Layanan Kesekretariatan	Indeks	80	80	100	94,70	105,57%
		Persentase Keluhan Pengguna Yang ditindaklanjuti	Persentase	100	100	100		
03		Persentase Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) RS	Persentase	88	86.9	98.8	85,57	115,42%
04	Tercapainya Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan	Persentase Sumber Daya Manuasi Kesehatan (SDMK) yang dilatih dan ditingkatkan kompetensinya	Persentase	65	62	95	90,44	105,04%

Sumber Data : Data Primer LKJIP tahun 2024

Dari tabel 27, diatas dapat dijelaskan bahwa :

1. Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah dengan indikator Indeks Kualitas Layanan Kesekretariatan dan Persentase Keluhan Pengguna yang Ditindaklanjuti , Capaian kinerja mencapai 100%, sementara serapan anggaran tercatat 94,70%. Berdasarkan perhitungan tingkat efisiensi, diperoleh hasil 105,57%. Ini menunjukkan bahwa program ini sangat efisien, karena meskipun anggaran yang digunakan tidak sepenuhnya terserap, hasil yang dicapai melebihi ekspektasi. Penggunaan anggaran ini masih dalam batas yang wajar, dan kualitas layanan yang diberikan optimal. Dalam

hal ini, penggunaan anggaran yang tidak sepenuhnya terserap justru mencerminkan efektivitas dan efisiensi yang tinggi.

2. Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan Dan Upaya Kesehatan Masyarakat dengan indikator Persentase Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) RS, Program ini mencapai capaian 98,8%, dengan serapan anggaran 85,57%. Berdasarkan perhitungan, tingkat efisiensi yang dihasilkan adalah 115,42%. Meskipun anggaran yang terserap sedikit lebih rendah dari target, capaian yang hampir sempurna (98,8%) menunjukkan bahwa program ini sangat efisien dalam memanfaatkan anggaran yang ada. Hal ini menggambarkan bahwa pengelolaan anggaran dilakukan dengan bijak dan hasil yang diperoleh sangat mendekati target yang telah ditetapkan.
3. Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan dengan indikator Persentase SDM Kesehatan yang Dilatih dan Ditingkatkan Kompetensinya, Program ini berhasil mencapai 95% dari target yang ditetapkan, dengan serapan anggaran yang tercatat 90,44%. Dengan tingkat efisiensi sebesar 105,04%, program ini dapat dianggap cukup efisien dalam menggunakan anggaran yang ada. Angka ini menunjukkan anggaran yang digunakan masih sangat efektif untuk mencapai tujuan tersebut.

Berdasarkan analisis tingkat efisiensi pada tiap program, dapat disimpulkan bahwa secara keseluruhan, penggunaan anggaran pada setiap program sudah cukup efisien, dengan beberapa program bahkan menunjukkan tingkat efisiensi lebih dari 100%. Ini berarti bahwa meskipun tidak semua anggaran digunakan secara penuh, hasil yang dicapai melebihi ekspektasi atau sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan. Program-program ini memiliki pengelolaan anggaran yang baik, dengan dampak positif pada kualitas pelayanan dan pencapaian sasaran yang optimal.

6. Analisis Kegiatan yang Menunjang Keberhasilan ataupun Kegagalan Pencapaian Kinerja Program

Tabel 28
Program/Kegiatan yang Menunjang Keberhasilan Pencapaian Perjanjian Kinerja RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2024

Program, Kegiatan Dan Sub Kegiatan	Indikator Program, Kegiatan / Sub Kegiatan	Satuan Target	Kinerja TW IV		
			Target	Realisasi	Capaian
1	2	3	4	5	6
Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah	Indeks Kualitas Layanan Kesekretariatan	Indeks	80	80	100%
	Presentase Keluhan Pengguna yang Ditindaklanjuti	Persentase	100	100	100%
Perencanaan, Penganggaran, dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah.	Jumlah Dokumen Perencanaan, Penganggaran dan Evaluasi Kinerja Rumah Sakit	Dokumen	56	56	100%
Penyusunan Dokumen Perencanaan Perangkat Daerah	Jumlah Dokumen Perencanaan Perangkat Daerah	Dokumen	13	13	100%
Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah	Jumlah Laporan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah	Laporan	38	38	100%
Administrasi Keuangan Perangkat Daerah	Persentase Realisasi Anggaran Rumah Sakit	Persentase	85%	85%	100%
Penyediaan Gaji dan Tunjangan ASN	Jumlah laporan yang menerima Pemberian Gaji dan Tunjangan ASN (1100)	Orang	1100	1100	100%
Penyediaan Administrasi Pelaksanaan Tugas ASN	Jumlah Dokumen Hasil Penyediaan Administrasi Pelaksanaan Tugas ASN	Dokumen	4	4	100%
Koordinasi penyusunan Laporan Keuangan Akhir Tahun SKPD	Jumlah Laporan Keuangan akhir tahun SKPD dan laporan hasil koordinasi Penyusunan Laporan Keuangan Akhir Tahun SKPD	Laporan	21	21	100%

Program, Kegiatan Dan Sub Kegiatan	Indikator Program, Kegiatan / Sub Kegiatan	Satuan Target	Kinerja TW IV		
			Target	Realisasi	Capaian
1	2	3	4	5	6
Administrasi Barang Milik Daerah Pada Perangkat Daerah	Jumlah Dokumen Administrasi Barang Milik Rumah Sakit	Dokumen	20	20	100%
Pembinaan, pengawasan dan pengendalian barang milik daerah pada SKPD	Jumlah Laporan hasil Pembinaan, pengawasan dan pengendalian barang milik daerah pada SKPD	Laporan	2	2	100%
Administrasi kepegawaian Daerah	Jumlah Kegiatan Penunjang Administrasi Kepegawaian yang di penuhi Rumah Sakit	Kegiatan	43	43	100%
Pengadaan Pakaian Dinas Beserta Atribut Kelengkapannya	Jumlah paket pakaian dinas beserta atribut kelengkapan	Paket	1	1	100%
Administrasi Umum Perangkat Daerah	Jumlah Ketersediaan Penunjang Kegiatan Administrasi Umum yang di fasilitasi	Paket	571	571	100%
Penyediaan Peralatan dan Perlengkapan Kantor	Jumlah Paket peralatan dan perlengkapan kantor yang di sediakan	Paket	567	567	100%
Penyediaan Barang Cetakan dan Penggandaan	Jumlah paket barang cetakan dan pengadaan yang di sediakan	Paket	2	2	100%
Penyelenggaraan Rapat Koordinasi dan Konsultasi SKPD	Jumlah laporan penyelenggaraan rapat kordinasi dan konslutasi SKPD(109)	Laporan	288	288	100%
Pengadaan Barang Milik Daerah Penunjang Urusan Pemerintah Daerah	Jumlah Ketersediaan dari Pengadaan Barang dan Penunjang milik Rumah Sakit	Unit	93	90	97%
Pengadaan kendaraan dinas operasional atau lapangan	Jumlah Unit kendaraan dinas operasional atau lapangan yang disediakan	Unit	2	2	100%
Pengadaan Mebel	Jenis Paket Mabel yang disediakan	Paket	29	29	100%
Pengadaan Peralatan dan Mesin Lainnya	Jenis Unit peralatan dan mesin lainnya yang	Unit	219	267	122%

Program, Kegiatan Dan Sub Kegiatan	Indikator Program, Kegiatan / Sub Kegiatan	Satuan Target	Kinerja TW IV		
			Target	Realisasi	Capaian
1	2	3	4	5	6
	disediakan (Murni 219, perubahan 267) sipd blm bisa edit				
Pemeliharaan Barang Milik Daerah Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah	Jumlah Unit Barang Penunjang Milik Rumah Sakit yang dilakukan pemeliharaan	Unit	75	70	93%
Penyediaan Jasa Pemeliharaan, Biaya Pemeliharaan dan Pajak Kendaraan Perorangan Dinas atau Kendaraan Dinas Jabatan	Jumlah kendaraan perorangan dinas atau kendaran dinas jabatan yang dipelihara dan dibayarkan pajaknya	Unit	31	26	84%
Pemeliharaan Peralatan dan Mesin Lainnya	Jumlah peralatan dan mesin lainnya yang di pelihara	Unit	5	5	100%
Pemeliharaan/Rehabilitasi Gedung Kantor dan Bangunan Lainnya	Jumlah gedung kantor dan bangunan lainnya yang di pelihara/direhabilitasi(1 3)	Unit	3	3	100%
Peningkatan Pelayanan BLUD	Persentase Realisasi Target Anggaran Pendapatan dari layanan BLUD	Persentase	88	89,84	102%
Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	Jumlah BLUD yang menyediakan Pelayanan dan Penunjang Pelayanan	Unit Kerja	1	1	100%
Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan Dan Upaya Kesehatan Masyarakat	Persentase capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit	Persentase	88	86,96	99%
Penyediaan Fasilitas Pelayanan, Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan Untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan	Nilai ASPAK/Tingkat Kelengkapan Data Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan (SPA)	Nilai	90	90	100%

Program, Kegiatan Dan Sub Kegiatan	Indikator Program, Kegiatan / Sub Kegiatan	Satuan Target	Kinerja TW IV		
			Target	Realisasi	Capaian
1	2	3	4	5	6
Tingkat Daerah Provinsi					
Pengadaan Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Layanan Kesehatan	Jumlah alat kesehatan /alat penunjang medik fasilitas layanan kesehatan yang disediakan APBD 466	Unit	466	439	94%
Pemeliharaan alat Kesehatan/alat penunjang medik Fasilitas layanan	Jumlah alat kesehatan /alat penunjang medik fasilitas layanan kesehatan yang terpelihara sesuai standar	Unit	4589	4589	100%
Penyediaan Layanan Kesehatan Untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi	Persentase Angka Kunjungan Rawat Jalan yang terlayani	Persentase	100	100	100%
Operasional Pelayanan Rumah Sakit	Jumlah dokumen Operasional Pelayanan Rumah Sakit	Dokumen	15	12	80%
Penyelenggaraan Sistem Informasi Kesehatan Secara Terintegrasi	Persentase layanan RS terintegrasi secara sistem	Persentase	50	50	100%
Pengelolaan Sistem Informasi Kesehatan	Jumlah Dokumen Hasil Pengelolaan Sistem Informasi Kesehatan	Dokumen	3	3	100%
Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan	Persentase Sumber Daya Manuasi Kesehatan (SDMK) yang dilatih dan ditingkatkan kompetensinya	Persentase	65	62	95%
Pengembangan Mutu dan Peningkatan Kompetensi Teknis Sumber Daya Manusia Kesehatan Tingkat Daerah Provinsi	Persentase peningkatan kompetensi karyawan melalui pelatihan 20 JPL/Thn di RS(64)	Persentase	60	59	98%

Program, Kegiatan Dan Sub Kegiatan	Indikator Program, Kegiatan / Sub Kegiatan	Satuan Target	Kinerja TW IV		
			Target	Realisasi	Capaian
1	2	3	4	5	6
Peningkatan Kompetensi dan Kualifikasi Sumber Daya Manusia Kesehatan	Jumlah Sumber Daya Manusia Kesehatan Kompetensi dan Kualifikasi Meningkatkan	Orang	734	668	91%

Dari tabel 28, diatas dapat di gambarkan bahwa dalam pencapaian suatu program tentunya berasal dari capaian kinerja kegiatannya , akan ada beberapa kegiatan yang menunjang pencapaian suatu kinerja dan ada juga yang belum mencapai target program yang di buat , secara rinci dapat dijelaskan bahwa untuk :

1. Analisis Terhadap Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah

Dari data pada tabel 27 di atas, dapat disimpulkan bahwa capaian kinerja kegiatan dalam Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah sangat baik secara keseluruhan. Beberapa kegiatan mencapai 100%, dan ada beberapa kegiatan yang hampir mencapai target. Secara rinci, analisis dapat dijelaskan sebagai berikut:

a. Kegiatan yang Sangat Mendukung dengan Capaian Kinerja 100%:

Terdapat 6 kegiatan yang capaian kerjanya mencapai 100%, menunjukkan bahwa pelaksanaan kegiatan berjalan dengan sangat baik dan sesuai dengan target yang ditetapkan. Beberapa kegiatan tersebut meliputi:

1. Perencanaan, Penganggaran, dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah:
 - a) Penyusunan Dokumen Perencanaan Perangkat Daerah (13 dokumen)
 - b) Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah (38 Laporan)
2. Administrasi Keuangan Perangkat Daerah:
 - a) Penyediaan gaji dan tunjangan ASN untuk 1.100 orang.
 - b) Penyediaan administrasi pelaksanaan tugas ASN (4 dokumen).
 - c) Koordinasi penyusunan laporan keuangan akhir tahun SKPD (21 laporan).
3. Administrasi Barang Milik Daerah Pada Perangkat Daerah
 - a) Pembinaan, pengawasan dan pengendalian barang milik daerah pada SKPD (2 laporan)

4. Administrasi Kepegawaian Daerah:
 - a) Pengadaan pakaian dinas beserta atribut kelengkapannya (1 paket).
5. Administrasi Umum Perangkat Daerah:
 - a) Penyediaan Peralatan dan Perlengkapan Kantor Penyediaan barang cetakan dan penggandaan (567 paket).
 - b) Penyediaan Barang Cetak dan Penggandaan(2 paket)
 - c) Penyelenggaraan rapat koordinasi dan konsultasi SKPD (288 laporan).
6. Pengadaan Barang Milik Daerah Penunjang Urusan Pemerintah Daerah:
 - a) Pengadaan kendaraan dinas operasional atau lapangan (2 unit).
 - b) Pengadaan mebel (29 paket).
7. Peningkatan Pelayanan BLUD:
 - a) Pelayanan dan penunjang pelayanan BLUD (1 unit kerja).

Dari ke enam (6) kegiatan ini menunjukkan efektivitas dan efisiensi sistem manajemen serta pelaksanaan yang sangat baik. Hal ini mencerminkan bahwa target yang telah ditetapkan berhasil dicapai dengan optimal.

b. Kegiatan yang Hampir Mencapai Target:

Terdapat 2 kegiatan yang mendekati target dengan capaian antara 80%-97%, di antaranya:

1. Pengadaan Barang Milik Daerah Penunjang Urusan Pemerintah Daerah:
 - a) Pengadaan Peralatan dan Mesin Lainnya (219 unit)
2. Pemeliharaan Barang Milik Daerah Penunjang Urusan Pemerintah Daerah:
 - a) Penyediaan Jasa Pemeliharaan, Biaya Pemeliharaan dan Pajak Kendaraan Perorangan Dinas atau Kendaraan Dinas Jabatan (26 unit)

Dari dua (2) Kegiatan ini menunjukkan bahwa meskipun target belum sepenuhnya tercapai, realisasi kinerjanya masih cukup tinggi dan mendekati target yang diharapkan.

Dari analisis ini, dapat disimpulkan bahwa sementara sebagian besar kegiatan mencapai target kinerja dengan baik, masih ada ruang untuk perbaikan dalam mencapai target yang telah ditetapkan untuk kegiatan tertentu. Evaluasi mendalam terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja dalam kedua kegiatan yang belum mencapai target dapat membantu untuk menentukan

langkah-langkah perbaikan yang diperlukan untuk meningkatkan kinerja ke depannya.

2. Analisis Terhadap Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) Dan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM)

Dari data pada tabel di atas, dapat disimpulkan bahwa capaian kinerja kegiatan dalam Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat cukup baik secara keseluruhan. Beberapa kegiatan mencapai 100%, dan ada beberapa kegiatan yang hampir mencapai target. Secara rinci, analisis dapat dijelaskan sebagai berikut:

b. Kegiatan yang Sangat Mendukung dengan Capaian Kinerja 100%

Terdapat 3 kegiatan yang capaian kinerjanya mencapai **100%**, menunjukkan bahwa pelaksanaan kegiatan berjalan dengan sangat baik dan sesuai dengan target yang telah ditetapkan. Beberapa kegiatan tersebut meliputi:

- 1. Penyediaan Fasilitas Pelayanan, Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM, dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi.** Nilai ASPAK/Tingkat Kelengkapan Data Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan (SPA) (capaian 100%)
- 2. Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM, dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi.** Persentase angka kunjungan rawat jalan yang terlayani (100%)
- 3. Penyelenggaraan Sistem Informasi Kesehatan Secara Terintegrasi.** Persentase layanan RS yang terintegrasi secara sistem (capaian 100%)

Ke tiga kegiatan ini menunjukkan efektivitas dan efisiensi dalam pelaksanaan program. Hal ini mencerminkan bahwa sistem manajemen dan sumber daya yang ada berhasil mendukung pelaksanaan kegiatan secara optimal.

c. Kegiatan yang Hampir Mencapai Target

Terdapat 1 kegiatan yang mendekati target dengan capaian antara 80%-99%, yaitu: Pengadaan Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Layanan Kesehatan dengan Jumlah alat kesehatan/alat penunjang medik fasilitas layanan kesehatan yang disediakan. Capaian: 99% (466 dari target 439unit).

Kedua kegiatan ini terdapat sedikit gap dengan target yang telah ditetapkan. Realisasi yang hampir mencapai target ini menunjukkan bahwa pelaksanaan kegiatan berjalan secara efektif, namun masih membutuhkan sedikit penyesuaian untuk mencapai target penuh.

Sebagian besar kegiatan dalam Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat telah mencapai target dengan sangat baik. Terdapat **5 kegiatan** yang mencapai capaian kinerja **100%**, **2 kegiatan** mendekati target dengan capaian antara **98%-99%**, Secara keseluruhan, program ini menunjukkan performa yang baik dalam mendukung tujuan strategis RSUD untuk memberikan pelayanan kesehatan yang optimal kepada Masyarakat.

3. Analisis Terhadap Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan

Dari data pada tabel di atas, dapat disimpulkan bahwa capaian kinerja kegiatan dalam Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan cukup baik secara keseluruhan. Beberapa kegiatan mendekati target, meskipun tidak ada kegiatan yang mencapai capaian 100%. Secara rinci, analisis dapat dijelaskan sebagai berikut:

a. Kegiatan yang Hampir Mencapai Target

Terdapat 1 kegiatan yang mendekati target dengan capaian antara 90%-99%, yaitu: Pengembangan Mutu dan Peningkatan Kompetensi Teknis SDM Kesehatan melalui Pelatihan 20 JPL/Tahun dengan capaian: 98%. Capaian 98% menunjukkan bahwa kegiatan ini hampir sepenuhnya terealisasi. Perbedaan kecil dengan target ini mengindikasikan perlunya efisiensi lebih lanjut dalam pelaksanaan pelatihan untuk memastikan pencapaian 100% di periode mendatang.

7. Analisis Penyebab Keberhasilan/Kegagalan Atau Peningkatan/Penurunan Kinerja Serta Alternatif Solusi Yang Telah Dan Akan Dilakukan

Berdasarkan data pada tabel diatas realisasi atau capaian program masih belum mencapai target, hal ini disebabkan oleh karena :

1. Program : Pemenuhan Penunjang Urusan Pemerintah Daerah, capaian kinerja 100% dari target 100% dan serapan anggaran 96% , dengan rincian kegiatan :

- a. **Kegiatan** : Pada Kegiatan Administrasi Barang Milik Daerah pada Perangkat Daerah dengan indikator Jumlah Dokumen Administrasi Barang Milik Rumah

Sakit dengan capaian kinerja 100% namun serapan anggaran 42% (Anggaran 6.450.000, realisasi 388.228.315)

Faktor Penghambat /Permasalahan :

- 1) Koordinasi antara unit kerja terkait pengelolaan barang belum berjalan secara optimal.
- 2) Beberapa staf masih memerlukan pemahaman lebih lanjut mengenai prosedur administrasi aset.
- 3) SK Tim masih dalam proses penerbitan.

Faktor Pendorong :

- 1) Komitmen dan dukungan manajemen rumah sakit dalam memperbaiki pengelolaan aset.
- 2) Keterlibatan aktif staf yang kompeten yang dapat memberikan panduan kepada rekan kerja lainnya.
- 3) Pemanfaatan teknologi yang mendukung pengelolaan aset, mempercepat proses administrasi dan koordinasi.

Rekomendasi / Upaya Mengatasi Masalah :

- 1) Meningkatkan koordinasi antar unit kerja dengan mengadakan pertemuan rutin dan pembagian tugas yang lebih terstruktur untuk pengelolaan barang.
- 2) Melakukan pelatihan dan pembekalan kepada staf mengenai prosedur administrasi aset agar pemahaman mereka lebih mendalam.
- 3) Mempercepat proses penerbitan SK Tim dengan mengoptimalkan prosedur administratif dan memastikan dokumen yang diperlukan disiapkan tepat waktu.

Tindak Lanjut :

- 1) Mengadakan pertemuan rutin antar unit kerja untuk memperjelas tugas dan tanggung jawab dalam pengelolaan aset.
- 2) Menyelenggarakan pelatihan secara berkala untuk staf yang terlibat dalam pengelolaan aset, termasuk evaluasi prosedur yang ada.
- 3) Mempercepat proses administrasi untuk penerbitan SK Tim dengan melibatkan pihak terkait dalam penyelesaian dokumen.

- 4) Mengimplementasikan sistem manajemen aset berbasis teknologi untuk mempermudah pengelolaan dan pelaporan aset secara akurat dan tepat waktu
- b. **Kegiatan** : Administrasi Umum Perangkat Daerah dengan indikator Jumlah Ketersediaan Penunjang Kegiatan Administrasi Umum yang di fasilitasi dengan capaian kinerja 100% dengan serapan anggaran 86%

Sub Kegiatan : Penyediaan Barang Cetak dan Penggandaan dengan indikator Jumlah Paket Barang Cetak dan Penggandaan yang Disediakan , capaian kinerja 100% dan serapan anggaran 56% (anggaran 463.927.691, realisasi 258.862.797)

Faktor Penghambat/Permasalahan :

- a) Proses administrasi yang lambat dalam pengadaan cetakan.
- b) Ketidak sesuaian spek cetakan yang akan di cetak

Faktor Pendorong :

- a) Komitmen manajemen untuk mempercepat proses pengadaan dan memastikan kualitas cetakan sesuai dengan standar yang ditetapkan.
- b) Keterlibatan pihak yang berkompeten dalam mengevaluasi dan menyusun spesifikasi yang lebih jelas untuk pengadaan cetakan.

Rekomendasi :

- a) Menyederhanakan prosedur administrasi dalam proses pengadaan.
- b) Membuka kesempatan bagi penyedia cetakan baru melalui tender terbuka.
- c) Melakukan evaluasi kebutuhan cetakan untuk memastikan prioritas pengadaan.

Tindak Lanjut :

- a) Meningkatkan efisiensi proses administrasi dengan menetapkan prosedur yang lebih terstruktur dan mempercepat persetujuan pengadaan cetakan.
- b) Melakukan koordinasi lebih lanjut antara unit terkait untuk memastikan spesifikasi cetakan sesuai dengan kebutuhan sebelum proses produksi dimulai.

- c) Menggunakan teknologi atau sistem digital untuk mempercepat pengajuan dan persetujuan administrasi pengadaan cetakan.
 - d) Melakukan audit rutin terhadap kualitas cetakan untuk menghindari ketidaksesuaian antara spesifikasi dan hasil cetakan.
- c. **Kegiatan** : Pemeliharaan Barang Milik Daerah Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah dengan indikator jumlah Unit Barang Penunjang Milik Rumah Sakit yang dilakukan pemeliharaan dengan capaian kinerja 93% dan serapan anggaran 83%

Sub Kegiatan : Penyediaan Jasa Pemeliharaan, Biaya Pemeliharaan dan Pajak Kendaraan Perorangan Dinas atau Kendaraan Dinas Jabatan dengan indikator Jumlah Kendaraan Perorangan Dinas atau Kendaraan Dinas Jabatan yang Dipelihara dan Dibayarkan Pajaknya, capaian kinerja 84% dan serapan anggaran 31% (anggaran 279.921.000, realisasi 85.702.671)

Faktor Penghambat /Permasalahan :

- a) Proses pengidentifikasian kerusakan yang belum sesuai standar
- b) Kurangnya sumber daya untuk memantau pelaksanaan pemeliharaan

Faktor Pendorong :

- a) Komitmen manajemen untuk meningkatkan kualitas pemeliharaan dan perawatan aset.
- b) Ketersediaan teknologi atau sistem yang dapat membantu dalam pemantauan kerusakan dan pemeliharaan.

Rekomendasi :

- a) Menjalin kontrak jangka panjang dengan penyedia jasa yang terpercaya.
- b) Menyusun jadwal pemeliharaan kendaraan secara terperinci.
- c) Menugaskan personel khusus untuk memantau progres pemeliharaan.
- d) Memperdalam pemahaman terhadap unsur unsur perbaikan/pemeliharaan sesuai ketentuan

Tindak Lanjut :

- a) Menyusun dan menetapkan standar yang jelas dan baku dalam proses pengidentifikasian kerusakan.

- b) Mengadakan pelatihan untuk staf agar dapat lebih memahami prosedur pengidentifikasian kerusakan sesuai dengan standar yang ditetapkan.
- c) Meningkatkan pemantauan pelaksanaan pemeliharaan dengan menambah jumlah staf yang terlibat atau memanfaatkan sistem digital untuk memonitor dan melaporkan kegiatan pemeliharaan.
- d) Mengoptimalkan penggunaan teknologi untuk mendukung identifikasi kerusakan dan memantau pelaksanaan pemeliharaan dengan lebih efektif.

2. Program : Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan Dan Upaya Kesehatan Masyarakat, capaian kinerja 100 % namun serapan anggaran 95,45% dengan rincian kegiatan:

- a. **Kegiatan** : Penyediaan Fasilitas Pelayanan, Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan Untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi dengan indikator Nilai ASPAK/Tingkat Kelengkapan Data Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan (SPA) dengan capaian kinerja 100 % dari target 100% dan serapan anggaran 86%

- 1) Sub Kegiatan** : Pengadaan Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Layanan Kesehatan dengan indikator Jumlah Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Layanan Kesehatan yang Disediakan, capaian kinerja 94% dan serapan anggarannya adalah 87% (Anggaran 41.377.084.087, realisasi 36.804.493.960)

Faktor Penghambat / Permasalahan :

- a) Pada tahun 2024, terjadi kenaikan harga alat kesehatan yang signifikan (hampir 100%), sehingga anggaran yang tersedia tidak mencukupi untuk memenuhi kebutuhan alat tersebut.
- b) Beberapa modul, seperti Modul ICG untuk pasien monitor, sudah termasuk dalam paket pengadaan unit pasien monitor, namun pengadaan keseluruhan belum selesai.
- c) Kebutuhan untuk instalasi Radioterapi sebenarnya sudah diakomodasi dalam APBD Perubahan Tahun Anggaran 2023, tetapi implementasinya belum terealisasi penuh.

- d) Ketersediaan barang di e-Katalog sangat terbatas, dan beberapa merek atau penyedia yang dihubungi tidak memberikan respons. Untuk penyedia lokal, banyak barang yang tidak tersedia atau tidak ready stock.
- e) Kendala tambahan adalah barang yang tidak tersedia atau ready di penyedia, sehingga proses pengadaan menjadi tertunda

Faktor Pendorong:

- a) Komitmen dari manajemen untuk mencari solusi atas masalah pengadaan alat kesehatan.
- b) Adanya alokasi anggaran untuk kebutuhan penting seperti instalasi Radioterapi dalam APBD Perubahan.
- c) Potensi penggunaan e-Katalog sebagai saluran pengadaan yang efisien meskipun terdapat kendala ketersediaan barang.

Rekomendasi :

- 1) Pengadaan Alat Kesehatan:
 - a) Melakukan revisi anggaran atau pengajuan tambahan dana untuk menyesuaikan dengan kenaikan harga alat kesehatan.
 - b) Mempercepat proses pengadaan dengan memprioritaskan kebutuhan mendesak dan bekerja sama dengan penyedia terpercaya.
 - c) Meningkatkan koordinasi dengan penyedia di e-Katalog untuk memastikan ketersediaan barang dan mencari alternatif penyedia jika diperlukan.
 - d) Mengoptimalkan pemanfaatan alat yang sudah ada sembari menunggu pengadaan alat tambahan.
- 2) Dokumen Operasional Rumah Sakit:
 - a) Menyusun jadwal khusus untuk penyelesaian dokumen operasional dan memberikan tanggung jawab jelas kepada tim administrasi.
 - b) Menyediakan pelatihan bagi staf administrasi untuk meningkatkan keterampilan dalam penyelesaian dokumen.

- c) Melakukan audit internal secara berkala untuk memastikan kelengkapan dokumen operasional tepat waktu.
- 3) Kebutuhan Alat Kesehatan yang Tinggi:
- a) Menyusun skala prioritas untuk penggunaan alat kesehatan berdasarkan kebutuhan pasien.
 - b) Menambah unit alat kesehatan melalui pengadaan bertahap sesuai dengan ketersediaan anggaran.
 - c) Mengoptimalkan perawatan dan pemeliharaan alat kesehatan yang ada untuk memperpanjang masa pakainya.

Tindak Lanjut :

- a) Melakukan evaluasi ulang terhadap anggaran yang ada dan merencanakan pengalokasian ulang untuk mengakomodasi kenaikan harga alat kesehatan.
 - b) Menyelesaikan pengadaan modul yang belum lengkap, terutama Modul ICG untuk pasien monitor, agar pengadaan unit pasien monitor dapat segera terealisasi.
 - c) Mendorong percepatan implementasi instalasi Radioterapi dengan berkoordinasi lebih intensif dengan pihak terkait, guna memastikan realisasi penuh dari anggaran yang ada.
 - d) Menjalin komunikasi lebih intensif dengan penyedia barang di e-Katalog dan penyedia lokal lainnya, serta mencari alternatif penyedia yang memiliki stok barang yang diperlukan.
 - e) Menyusun rencana pengadaan yang lebih fleksibel dan adaptif terhadap ketersediaan barang, serta mencari solusi logistik untuk menghindari keterlambatan dalam proses pengadaan.
- b. **Kegiatan :** Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi dengan indikator Persentase Angka Kunjungan Rawat Jalan yang terlayani dengan capaian kinerja 100% dan serapan anggaran 48% %

- 1) **Sub Kegiatan** : Operasional Pelayanan Rumah Sakit dengan indikator Jumlah Dokumen Operasional Pelayanan Rumah Sakit 80% dan serapan anggaran 48% (Anggaran : 606.593.600 , realisasi 289.188.000)

Faktor Penghambat / Permasalahan :

- a) Keterlambatan pencairan dana anggaran untuk pelaksanaan kegiatan.
- b) Kurangnya koordinasi dengan pihak-pihak terkait, termasuk penyedia layanan.
- c) SK penelitian tidak terbit, yang menghambat kelancaran pelaksanaan kegiatan.

Faktor Pendorong:

- a) Komitmen dari pihak manajemen untuk segera menangani permasalahan terkait pencairan dana dan koordinasi.
- b) Tersedianya anggaran yang sudah dialokasikan untuk pelaksanaan kegiatan meskipun pencairannya tertunda.
- c) Keinginan kuat untuk menyelesaikan penelitian dan kegiatan terkait sesuai jadwal.

Rekomendasi :

- a) Meningkatkan komunikasi dan koordinasi dengan pihak terkait termasuk penyedia layanan, agar seluruh tahapan kegiatan dapat berjalan dengan lancar dan tepat waktu.
- b) Mempercepat proses penerbitan SK penelitian dengan memastikan seluruh persyaratan administrasi telah lengkap dan siap untuk diproses.

Tindak Lanjut :

- a) Mempercepat proses pencairan dana dengan berkoordinasi lebih intensif dengan pihak keuangan dan memastikan kelengkapan dokumen yang diperlukan.
- b) Mengadakan pertemuan koordinasi rutin dengan pihak-pihak terkait, termasuk penyedia layanan, untuk memperjelas peran dan tanggung jawab masing-masing.

- c) Mendorong penerbitan SK penelitian dengan mempercepat proses administrasi yang terkait dan memastikan semua persyaratan dipenuhi.
- d) Menyusun rencana pengendalian yang lebih ketat untuk meminimalkan keterlambatan di masa depan dan memastikan kelancaran pelaksanaan kegiatan.

3. Program : Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan, capaian kinerja 95 % namun serapan anggaran 90 % dengan rincian kegiatan:

- a. **Kegiatan** : Pengembangan Mutu dan Peningkatan Kompetensi Teknis Sumber Daya Manusia Kesehatan Tingkat Daerah Provinsidengan indikator Persentase peningkatan kompetensi karyawan melalui pelatihan 20 JPL/Thn di RS dengan capaian kinerja 98% , serapan anggaran 90%

- 1) Sub Kegiatan** : Peningkatan Kompetensi dan Kualifikasi Sumber Daya Manusia Kesehatan dengan indikator Jumlah Sumber Daya Manusia Kesehatan Kompetensi dan Kualifikasi Meningkat, capaian kinerja 91% dan serapan anggarannya adalah 90% (Anggaran 2.676.223.600, realisasi 2.420.289.935)

Faktor Penghambat /Permasalahan :

- 1) Waktu penyelenggaraan pelatihan terbatas, sementara jumlah usulan pelatihan yang diajukan oleh berbagai unit cukup banyak, sehingga sulit untuk mengakomodasi semua kebutuhan pelatihan secara maksimal.
- 2) Keterbatasan narasumber yang memiliki keahlian atau kompetensi sesuai dengan kebutuhan teknis spesifik di rumah sakit. Hal ini menghambat pelaksanaan pelatihan yang sesuai dengan standar yang diinginkan.
- 3) Perubahan jadwal dari narasumber, baik karena alasan pribadi maupun kendala logistik, yang menyebabkan pelatihan tertunda atau bahkan dibatalkan.

Faktor Pendorong:

- a) Tersedianya dukungan dari manajemen untuk pengembangan kompetensi staf melalui pelatihan.
- b) Komitmen staf yang tinggi untuk meningkatkan kompetensinya melalui pelatihan yang relevan.
- c) Keinginan untuk memastikan bahwa pelatihan yang dilakukan dapat meningkatkan kualitas layanan rumah sakit.

Rekomendasi :

- 1) Mengoptimalkan Jadwal Pelatihan:
 - a) Membagi waktu pelatihan menjadi beberapa sesi kecil agar lebih fleksibel dan tidak mengganggu operasional rumah sakit.
 - b) Menjadwalkan pelatihan di luar jam sibuk atau pada hari libur untuk memudahkan tenaga kesehatan mengikuti.
- 2) Meningkatkan Akses Narasumber:
 - a) 1. Mengundang narasumber eksternal dengan keahlian yang relevan untuk mengisi kekurangan narasumber internal.
 - b) Menyusun kontrak jadwal yang lebih fleksibel dengan narasumber untuk mengurangi kemungkinan pembatalan.

Tindak Lanjut :

- a) Menyusun jadwal pelatihan yang lebih fleksibel dengan mengutamakan pelatihan yang paling mendesak dan membagi pelatihan dalam sesi-sesi terpisah agar dapat mengakomodasi semua unit.
- b) Mencari dan melibatkan narasumber dari berbagai sumber, termasuk lembaga pelatihan eksternal atau kerja sama dengan institusi pendidikan, untuk memenuhi kebutuhan pelatihan yang lebih spesifik.
- c) Membuat perjanjian yang jelas dengan narasumber terkait jadwal pelatihan dan memastikan ada backup plan jika jadwal narasumber berubah, agar pelatihan tetap dapat terlaksana sesuai rencana

D. ANALISIS CAPAIAN INDIKATOR KINERJA BLUD RS

1. Analisis Capaian Kinerja Non Keuangan dan Keuangan BLUD RS dari Perspektif Balance Score Card (BSC) Tahun 2024.

Berdasarkan Peraturan Menteri Dalam Negeri (Permendagri) No. 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (BLUD), tujuan utama pendirian BLUD adalah untuk meningkatkan efisiensi, efektivitas, dan pelayanan publik di sektor kesehatan melalui pengelolaan keuangan yang lebih transparan dan akuntabel. Dalam hal ini, rumah sakit yang berstatus BLUD diharapkan dapat memberikan pelayanan kesehatan yang optimal kepada masyarakat, serta mencapai target kinerja non-keuangan dan keuangan yang seimbang. Salah satu metode yang dapat digunakan untuk mengevaluasi kinerja tersebut adalah melalui perspektif Balance Score Card (BSC), yang mencakup empat aspek utama: keuangan, pelanggan, proses internal, dan pembelajaran serta pertumbuhan. Analisis capaian kinerja BLUD RS dari perspektif BSC tahun 2024 ini bertujuan untuk mengukur sejauh mana kinerja rumah sakit tersebut dalam memenuhi pencapaian kegiatan Badan Layanan Usaha Daerah (BLUD) yang tertuang dalam Program Kegiatan di dalam Perjanjian Kinerja Pimpinan RS sesuai regulasi tujuan yang telah ditetapkan

Dalam Rencana Startegi Bisnis RSUD Abdoel Wahab Sjahranie Tahun 2025-2029 tertuang Program Kerja BLUD secara rinci dengan mengelompokkan kedalam 4 perspektif yaitu : Evaluasi Kinerja Dari Perspektif Pembelajaran Dan Pertumbuhan (30%), Evaluasi Kinerja Dari Perspektif Proses Layanan Internal (20%), Evaluasi Kinerja Dari Perspektif Pelanggan (30%), Evaluasi Kinerja Dari Perspektif Keuangan (20%), dan akan dirinci pada penjelasan dibawah ini :

a. Evaluasi Kinerja Dari Perspektif Pembelajaran Dan Pertumbuhan (30%)

Tabel 29
Evaluasi Kinerja Dari Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan (30%)

No	Indikator	Sat.	Stan- dar	Bo- bot	Tahun 2024			Thn 2023 (%)	Naik/ Turun	Capai- an	Nilai Akhir
					Target	Real.	%				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
a	Kecukupan SDM	%	100	8	2350	2254	96%	91,9%	95	96%	7,67
b	Pelatihan 20 Jam Per Pegawai	%	20	5	734	668	91%	6,3%	418	91%	4,55
c	Kecukupan Sarana Medis	%	100	8	1934	1934	100%	98,8%	258	100%	8,00
d	Pengembangan SIM RS	Modu- l	22	5	22	22	100%	63,6%	8	100%	5,00
e	Kenaikan Pendapatan RSUD Per Pegawai	%	>7	4	6	- 386,51%	-64%	3,0%	- 404,3 3%	-64%	-2,58
	Jumlah			30							23

Dari tabel 29 diatas dapat dijelaskan bahwa capaian evaluasi kinerja dari perspektif pembelajaran dan pertumbuhan menunjukkan adanya peningkatan pada beberapa indikator penting. Kecukupan SDM mengalami kenaikan dari 91.9% menjadi 96%, yang mengindikasikan peningkatan jumlah tenaga kerja atau efektivitas dalam manajemen sumber daya manusia. Hal ini menunjukkan bahwa rumah sakit semakin mampu memenuhi kebutuhan tenaga kerja, meskipun tetap perlu dilakukan upaya untuk menjaga keseimbangan antara jumlah pegawai dan kebutuhan pelayanan. Selain itu, pelaksanaan pelatihan 20 jam per pegawai meningkat secara signifikan dari 62.5% menjadi 91%, menandakan bahwa lebih banyak pegawai mendapatkan pelatihan yang diperlukan. RSUD AWS merupakan penyelenggara pelatihan kesehatan yang telah terakreditasi A . Hal ini tentu berdampak positif terhadap peningkatan kompetensi dan kinerja RS, Namun, agar pelatihan ini semakin efektif, diperlukan evaluasi terhadap materi yang diberikan serta penyempurnaan metode pelatihan sehingga dapat memberikan dampak yang lebih besar terhadap peningkatan kualitas pelayanan.

Di sisi lain, kecukupan sarana medis juga mengalami kenaikan dari 98.8% menjadi 100%, menandakan bahwa rumah sakit telah berhasil memenuhi kebutuhan alat medis dengan lebih baik. Pemenuhan sarana ini tentu akan berdampak langsung terhadap peningkatan kualitas pelayanan kepada pasien. Namun, meskipun target telah tercapai, pemeliharaan dan pembaruan sarana medis harus terus dilakukan agar kualitas pelayanan tetap optimal.

Selain itu, pengembangan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM RS) juga menunjukkan kemajuan signifikan, dari 63.6% menjadi 100%. Keberhasilan ini menunjukkan bahwa pengelolaan informasi rumah sakit semakin terintegrasi, memungkinkan peningkatan efisiensi dalam operasional. Dengan sistem yang telah berjalan optimal, rumah sakit perlu memastikan bahwa seluruh staf mampu memanfaatkan teknologi ini secara efektif agar manfaatnya dapat dirasakan secara maksimal dalam proses pelayanan kesehatan.

Meskipun berbagai indikator mengalami peningkatan, namun kinerja pendapatan per pegawai justru mengalami penurunan yang cukup drastis, dari 3.0% menjadi -64%. Hal ini menunjukkan bahwa pendapatan per pegawai mengalami penyusutan yang signifikan, yang kemungkinan disebabkan oleh beberapa faktor seperti penurunan jumlah pasien, pengurangan tarif layanan, atau peningkatan beban biaya operasional. Ketidakseimbangan antara jumlah tenaga kerja yang bertambah dengan pertumbuhan pendapatan yang tidak sebanding juga menjadi salah satu penyebab utama dari penurunan ini. Oleh karena itu, diperlukan analisis keuangan yang lebih mendalam untuk mengidentifikasi penyebab utama dari penurunan pendapatan ini. Rumah sakit perlu meningkatkan efisiensi layanan dan mengeksplorasi sumber pendapatan tambahan, melalui pengembangan layanan unggulan atau kerja sama dengan sektor kesehatan. Selain itu, distribusi tenaga kerja juga harus dievaluasi agar tetap sesuai dengan tingkat kebutuhan pelayanan sehingga efisiensi biaya dapat terjaga dengan baik.

Secara keseluruhan, evaluasi kinerja menunjukkan bahwa aspek pembelajaran dan pengelolaan informasi rumah sakit telah mengalami peningkatan yang signifikan, terutama dalam hal pelatihan pegawai dan implementasi SIM RS. Selain itu, peningkatan kecukupan SDM dan sarana medis juga menunjukkan bahwa kapasitas

pelayanan kesehatan semakin membaik. Namun, di sisi lain, rumah sakit menghadapi tantangan besar dalam hal pendapatan per pegawai, yang mengalami penurunan signifikan dan memerlukan perhatian serius. Untuk memastikan peningkatan kinerja yang telah dicapai dapat dipertahankan, rumah sakit perlu terus mengevaluasi strategi yang telah berjalan dan melakukan penyesuaian yang diperlukan. Sementara itu, untuk mengatasi penurunan pendapatan, diperlukan pendekatan strategis dalam pengelolaan sumber daya, pemasaran layanan, serta optimalisasi pendapatan agar stabilitas keuangan rumah sakit tetap terjaga

Hasil evaluasi kinerja dari perspektif pembelajaran yang bobotnya sebesar 30% dicapai oleh RSUD A. W. Sjahrane dengan nilai akhir **23**

b. Evaluasi Kinerja Dari Perspektif Proses Layanan Internal (20%)

Tabel 30
Evaluasi Kinerja Dari Perspektif Proses Layanan Internal (20%)

No	Indikator	Sat.	Stan dar	Bo bot	Tahun 2024			Thn 2023 (%)	Naik/ Turun	Capai an	Nilai Akhir
					Target	Real.	%				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
a	Waktu Tunggu Laboratorium Kritis	Menit	≤30	5	30	25	100%	100%	0	100%	5,0
b	Waktu Tunggu Rawat Jalan	Menit	≤60	3	60	89	60%	50%	10	60%	1,80
c	Waktu Tunggu Tanggap Darurat IGD	Menit	≤5	5	5	04.05	100%	38%	62	100%	5,00
d	Penundaan Operasi Efektif	Hari	<5	3	5	2	100%	100%	0	100%	3,00
e	<i>Net Death Rare</i>	%	<25	4	25	39	64%	69%	-5	64%	2,57
	Jumlah			20							17

Penjelasan untuk tabel 30 yaitu Evaluasi kinerja dari perspektif proses layanan internal menunjukkan adanya peningkatan pada beberapa indikator penting. Waktu tunggu tanggap darurat di IGD mengalami perbaikan yang sangat signifikan, dari 38% pada tahun 2023 menjadi 100% pada tahun 2024. Hal ini mencerminkan peningkatan

yang luar biasa dalam kecepatan respons terhadap pasien gawat darurat, yang kemungkinan besar didukung oleh peningkatan efisiensi dalam alur pelayanan, penerapan Standar Pelayanan (SP) serta kesiapan tenaga medis dan peralatan. Untuk memastikan pencapaian ini dapat dipertahankan dalam jangka panjang, rumah sakit perlu terus menjaga kesiapan tim medis serta memastikan ketersediaan alat-alat penunjang yang memadai.

Selain itu, waktu tunggu rawat jalan juga mengalami perbaikan, meningkat dari 50% pada tahun 2023 menjadi 60% pada tahun 2024. Meskipun ada peningkatan, angka ini masih jauh dari target ideal 100%, menunjukkan bahwa masih ada ruang untuk perbaikan lebih lanjut. Faktor seperti sistem antrian yang lebih efisien, optimalisasi jadwal dokter, serta peningkatan kapasitas layanan dapat menjadi solusi untuk semakin memperpendek waktu tunggu pasien.

Sementara itu, beberapa indikator tetap menunjukkan kinerja yang stabil. Waktu tunggu laboratorium kritis berhasil mempertahankan standar pencapaian 100% dalam dua tahun berturut-turut, menunjukkan bahwa layanan laboratorium telah berjalan dengan baik dan efisien. Konsistensi dalam pencapaian ini menegaskan bahwa sistem yang diterapkan sudah sesuai dengan standar yang diharapkan, sehingga perlu dijaga agar tidak mengalami penurunan di masa mendatang. Demikian pula, penundaan operasi efektif juga tetap berada di angka 100%, menandakan bahwa perencanaan dan pelaksanaan operasi berjalan sesuai jadwal tanpa adanya penundaan yang signifikan. Stabilitas dalam indikator ini menunjukkan efektivitas dalam manajemen perencanaan operasi, yang perlu terus dipertahankan guna memastikan pelayanan bedah tetap optimal.

Namun, di tengah berbagai peningkatan tersebut, terdapat satu indikator yang mengalami penurunan, yaitu **Net Death Rate**, yang meningkat dari 36% pada tahun 2023 menjadi 39% pada tahun 2024. Net Death Rate (NDR), itu merujuk pada tingkat kematian bersih dalam suatu populasi, yang menghitung jumlah kematian per 1.000 orang dalam periode waktu tertentu, biasanya satu tahun. NDR biasanya digunakan dalam statistik demografi untuk memberikan gambaran lebih jelas tentang tingkat kematian, dengan memperhitungkan jumlah kelahiran dan migrasi. Kenaikan angka kematian bersih ini menunjukkan adanya peningkatan jumlah pasien yang meninggal

dibandingkan dengan per 1000 orang dirawat. Hal ini bisa disebabkan oleh berbagai faktor, seperti meningkatnya jumlah pasien dengan kondisi kritis, keterlambatan dalam penanganan pasien dengan risiko tinggi, atau kurang optimalnya sistem rujukan (sisrute) bagi pasien yang membutuhkan perawatan lebih intensif. Oleh karena itu, rumah sakit perlu melakukan evaluasi mendalam terhadap faktor-faktor yang berkontribusi terhadap peningkatan angka kematian ini. Peningkatan kualitas perawatan pasien kritis, optimalisasi sistem rujukan terpadu (sisrute), serta perbaikan dalam prosedur penanganan pasien berisiko tinggi perlu menjadi prioritas utama agar angka kematian dapat kembali ditekan.

Secara keseluruhan, evaluasi kinerja ini menunjukkan bahwa terdapat perbaikan yang cukup signifikan dalam layanan tanggap darurat dan rawat jalan, meskipun masih ada ruang untuk optimalisasi lebih lanjut. Di sisi lain, stabilitas dalam layanan laboratorium dan penjadwalan operasi mencerminkan efektivitas manajemen yang telah berjalan dengan baik. Namun, peningkatan angka kematian bersih (NDR) menjadi tantangan serius yang harus segera ditangani dengan pendekatan yang lebih komprehensif guna memastikan kualitas layanan kesehatan tetap terjaga dan memberikan dampak positif bagi keselamatan pasien.

Hasil evaluasi kinerja dari perspektif proses layanan internal yang bobotnya sebesar 20% dicapai oleh RSUD A. W. Sjahranie dengan nilai akhir **17**

c. Evaluasi Kinerja Dari Perspektif Pelanggan (30%)

Tabel 31
Evaluasi Kinerja Dari Perspektif Pelanggan (30%)

No	Indikator	Sat.	Stan dar	Bo bot	Tahun 2024			Thn 2023 (%)	Naik/ Turun	Capai an	Nilai Akhir
					Target	Real	%				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
a	Indeks Kepuasan Pelanggan	%	≥80	9	88	85,17	97%	94	3	97%	8,71
b	Penanganan Komplain	%	100	8	100	100	100%	100	0	100%	8,00
c	Rujukan Keluar Pasien Rawat Inap	%	<5	5	5	4	100%	71	29	100%	5,00
d	Retensi Pelanggan Rawat Jalan	%	>50	5	90	85,06	95%	95	0	95%	4,73
e	Pasien Pulang Paksa	%	<5	3	<5	0	100%	100	1,15	100%	3,00
Jumlah				30							29

Dari tabel 31 dijelaskan bahwa evaluasi kinerja dari perspektif pelanggan menunjukkan peningkatan yang positif dalam beberapa aspek utama. Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) mengalami kenaikan dari 94% pada tahun 2023 menjadi 97% pada tahun 2024. Peningkatan ini mencerminkan adanya perbaikan dalam layanan dan pengalaman pasien, yang didukung oleh peningkatan kualitas pelayanan, keramahan staf, serta fasilitas yang semakin baik. Untuk mempertahankan tren positif ini, rumah sakit terus meningkatkan perhatian terhadap kebutuhan dan kenyamanan pasien. Selain itu, sistem umpan balik perlu diperbaiki agar lebih responsif terhadap keluhan pasien, sehingga aspek pelayanan yang kurang optimal dapat segera ditindaklanjuti.

Selain itu, jumlah rujukan keluar pasien rawat inap mengalami penurunan dari 7% pada tahun 2023 menjadi 4% pada tahun 2024. Hal ini menunjukkan bahwa semakin sedikit pasien yang perlu dirujuk ke rumah sakit lain, yang berarti kapasitas pelayanan rumah sakit semakin baik dalam menangani kasus-kasus yang sebelumnya

harus dirujuk. Peningkatan ini menandakan bahwa layanan yang tersedia semakin mampu menangani berbagai kebutuhan pasien secara lebih mandiri. Untuk memastikan tren positif ini dapat dipertahankan, rumah sakit terus mengevaluasi ketersediaan infrastruktur dan sumber daya, sehingga lebih banyak pasien bisa mendapatkan layanan komprehensif tanpa harus dirujuk ke tempat lain.

Peningkatan juga terlihat pada retensi pelanggan rawat jalan, yang meningkat dari 95% pada tahun 2023 menjadi 100% pada tahun 2024. Ini menunjukkan bahwa lebih banyak pasien memilih untuk kembali menggunakan layanan rumah sakit, yang mencerminkan tingkat kepercayaan yang tinggi terhadap pelayanan yang diberikan. Faktor-faktor seperti waktu tunggu yang lebih singkat, pelayanan yang lebih ramah, serta kualitas pengobatan yang memuaskan berkontribusi terhadap meningkatnya loyalitas pasien. Rumah sakit memastikan bahwa standar pelayanan (SP) yang tinggi tetap dipertahankan, serta mempertimbangkan pengembangan program loyalitas pasien untuk semakin meningkatkan keterikatan pasien dengan layanan yang diberikan.

Selain itu, jumlah pasien yang pulang paksa juga mengalami penurunan, yang menunjukkan adanya peningkatan dalam kepuasan pasien dan efektivitas komunikasi antara dokter dan pasien. Berkurangnya pasien yang meninggalkan rumah sakit sebelum menyelesaikan perawatan mengindikasikan bahwa pasien semakin memahami pentingnya menyelesaikan pengobatan dan merasa lebih nyaman untuk tetap berada di rumah sakit hingga perawatan selesai. Untuk terus meningkatkan aspek ini, rumah sakit dapat memperkuat pendekatan edukasi kepada pasien agar mereka lebih memahami manfaat perawatan yang diberikan, serta meningkatkan kenyamanan selama masa perawatan.

Di sisi lain, penanganan keluhan tetap berada di angka 100% tanpa perubahan dari tahun sebelumnya. Konsistensi dalam capaian ini menunjukkan bahwa sistem respons terhadap keluhan pasien telah berjalan dengan baik dan efektif. Namun, meskipun angka ini menunjukkan kinerja yang baik, rumah sakit tetap perlu memastikan bahwa proses penanganan keluhan terus dioptimalkan. Salah satu cara yang bisa dilakukan adalah dengan menyediakan saluran komunikasi yang lebih mudah dan cepat bagi pasien dalam menyampaikan keluhan. Selain itu, analisis terhadap keluhan yang

masuk dapat digunakan sebagai dasar untuk terus meningkatkan layanan dan mengatasi masalah yang paling sering dikeluhkan oleh pasien.

Secara keseluruhan, evaluasi kinerja dari perspektif pelanggan menunjukkan tren yang sangat positif. Indikator-indikator utama seperti kepuasan pasien, loyalitas pelanggan, serta efektivitas layanan rawat inap dan rawat jalan mengalami peningkatan yang signifikan. Tren positif ini menunjukkan bahwa rumah sakit berhasil meningkatkan kualitas pelayanan yang diberikan, sehingga semakin banyak pasien yang merasa puas dan memilih untuk tetap menggunakan layanan yang tersedia. Namun, untuk memastikan keberlanjutan dari peningkatan ini, rumah sakit perlu terus mengevaluasi dan mengembangkan strategi yang lebih inovatif dalam meningkatkan pengalaman pasien serta menjaga kualitas layanan yang telah dicapai.

Hasil evaluasi kinerja dari perspektif pelanggan yang bobotnya sebesar 30% dicapai oleh RSUD A. W. Sjahrane dengan nilai akhir **29**

d. Evaluasi Kinerja Dari Perspektif Keuangan (20%)

Tabel 32
Evaluasi Kinerja Dari Perspektif Keuangan (20%)

No	Indikator	Sat	Standar	Bobot	Tahun 2024			Thn 2023 (%)	Naik/Turun	Capaian	Nilai Akhir
					Target	Real.	%				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
a	Rasio Kas	%	80-100	5	80	36,97	46%	83	- 29,30	46%	2,31
b	Cost Recovery Rate (CRR)	%	>60	5	65	97,03	149%	114	23,04	149%	7,46
c	Profit Margin	%	10-15	3	10	15,83	158%	-332	49,07	158%	4,75
d	Rasio Kewajiban Terhadap Aset	%	<10	2	9	8,91	99%	142	-3,85	99%	1,98
e	Pertumbuhan Pendapatan	%	>7	5	10	0,7	7%	233	- 22,59	7%	0,35
Jumlah				20							17

Pada tabel 32 dijelaskan bahwa evaluasi kinerja dari perspektif keuangan menunjukkan adanya perubahan yang signifikan dalam beberapa indikator utama. Cost Recovery Rate (CRR) mengalami peningkatan yang cukup baik, dari 114% pada tahun 2023 menjadi 149% pada tahun 2024. Hal ini menunjukkan bahwa pendapatan

operasional yang dihasilkan telah mampu menutupi biaya operasional dengan lebih baik, yang menandakan adanya peningkatan dalam efisiensi keuangan rumah sakit. CRR yang tinggi menunjukkan bahwa RSUD AWS memiliki arus kas yang sehat untuk memenuhi kewajiban masa lalu dan masa kini. Untuk menjaga tren positif ini, strategi efisiensi biaya tetap dipertahankan, serta perlu dilakukan diversifikasi sumber pendapatan agar keberlanjutan keuangan rumah sakit tetap terjaga. Rumah sakit perlu memastikan agar pembayaran utang di tahun berikutnya tidak mengganggu stabilitas keuangan.

Selain itu, profit margin juga menunjukkan lonjakan yang luar biasa, dari -332% pada tahun 2023 menjadi 158% pada tahun 2024. Profit margin adalah indikator menunjukkan efisiensi keuangan rumah sakit dengan mengukur persentase keuntungan bersih dari total pendapatan. Angka ini menggambarkan kemampuan rumah sakit untuk menghasilkan laba setelah semua biaya operasional dikurangi dari pendapatan total. Perubahan ini menandakan adanya perbaikan besar dalam manajemen keuangan dan efisiensi operasional, yang memungkinkan rumah sakit memperoleh keuntungan yang lebih baik. Biaya operasional yang dikelola dengan baik, termasuk optimalisasi sumber daya dan pengurangan pemborosan. Agar kestabilan margin keuntungan ini dapat terus terjaga, diperlukan pengelolaan biaya operasional yang lebih ketat serta pengembangan layanan bernilai tinggi yang dapat meningkatkan pendapatan secara optimal. Strategi pemasaran yang efektif juga menjadi faktor penting dalam menarik lebih banyak pasien dan meningkatkan profitabilitas rumah sakit.

Namun, di sisi lain, terdapat beberapa indikator keuangan yang mengalami penurunan, salah satunya adalah rasio kas, yang mengalami penurunan dari 83% pada tahun 2023 menjadi 46% pada tahun 2024. Penurunan ini menunjukkan bahwa tingkat likuiditas rumah sakit mengalami kemunduran, yang disebabkan oleh peningkatan pengeluaran atau berkurangnya arus kas masuk. Utang sebesar Rp.103 M dari tahun sebelumnya menjadi pengeluaran kas pada tahun 2024. Beban utang sebesar Rp103 M secara langsung mengurangi likuiditas kas rumah sakit karena dana yang seharusnya digunakan untuk pengeluaran operasional justru dialokasikan untuk pembayaran utang. Oleh karena itu, diperlukan evaluasi menyeluruh terhadap

pengeluaran operasional guna memastikan penggunaan dana yang lebih efisien. Selain itu, peningkatan pemasukan dari layanan-layanan yang memiliki margin keuntungan tinggi juga harus menjadi prioritas untuk mengembalikan kestabilan rasio kas.

Selain rasio kas, rasio kewajiban terhadap aset juga mengalami penurunan dari 142% pada tahun 2023 menjadi 99% pada tahun 2024. Meskipun penurunan ini menunjukkan bahwa kewajiban terhadap aset semakin menurun dan beban utang berkurang, stabilitas keuangan tetap perlu dijaga. Rasio yang lebih rendah dari standar dan target menunjukkan bahwa RSUD AWS memiliki kewajiban (utang) yang relatif kecil dibandingkan dengan aset yang dimilikinya. Meskipun tidak mencapai target, rasio rendah ini mencerminkan rumah sakit memiliki cadangan aset yang cukup besar dibandingkan utang, sehingga risiko keuangan relatif rendah. Dengan kebijakan keuangan yang sehat, rumah sakit dapat terus mengelola rasio kewajiban ini agar tetap dalam batas yang aman tanpa mengganggu operasional dan investasi jangka panjang.

Salah satu indikator yang mengalami penurunan paling signifikan adalah pertumbuhan pendapatan, yang turun drastis dari 233% pada tahun 2023 menjadi hanya 7% pada tahun 2024. Penurunan ini menunjukkan bahwa pendapatan rumah sakit mengalami stagnasi atau bahkan mengalami kemunduran yang cukup serius. Penurunan jumlah pasien atau layanan yang digunakan, ketergantungan pada jenis pendapatan tertentu tanpa diversifikasi, kenaikan biaya operasional yang tidak diimbangi dengan peningkatan tarif atau volume layanan bisa menjadi faktor utama di balik penurunan ini. Oleh karena itu, analisis yang lebih mendalam perlu dilakukan untuk mengidentifikasi penyebab utama dari turunnya pendapatan. Rumah sakit perlu menerapkan strategi pemasaran yang lebih agresif dan inovatif untuk menarik lebih banyak pasien serta meningkatkan penggunaan layanan dengan nilai tambah tinggi. Selain itu, diversifikasi layanan dan peningkatan kerja sama dengan asuransi kesehatan atau mitra strategis lainnya bisa menjadi solusi untuk meningkatkan kembali pertumbuhan pendapatan.

Secara keseluruhan, meskipun terdapat peningkatan yang signifikan dalam efisiensi keuangan dan profitabilitas rumah sakit, penurunan likuiditas dan

pendapatan menjadi tantangan yang harus segera diatasi. Peningkatan profit margin dan CRR menunjukkan bahwa pengelolaan biaya dan operasional telah berjalan lebih baik, namun hal ini harus diimbangi dengan upaya peningkatan pendapatan yang lebih agresif agar keberlanjutan keuangan rumah sakit tetap terjaga. Oleh karena itu, fokus utama dalam perbaikan ke depan adalah pada strategi peningkatan pemasukan, pengelolaan arus kas yang lebih baik, serta optimalisasi efisiensi biaya untuk memastikan kinerja keuangan rumah sakit tetap stabil dan berkelanjutan.

Hasil evaluasi kinerja dari perspektif keuangan yang bobotnya sebesar 20% dicapai oleh RSUD A. W. Sjahranie dengan nilai akhir **17**.

e. Rekapitulasi Nilai

Tabel 33
Hasil Rekapitulasi Evaluasi Hasil Kinerja
Berdasarkan Balance Score card Tahun 2024

No	Perspektif	Nilai		Naik/Turun
		2023	2024	
1	2	3	4	5
1	Pertumbuhan dan Pembelajaran	22	23	1
2	Proses Pelayanan Internal	14	17	3
3	Pelanggan	29	29	0
4	Keuangan	16	17	1
	Total Nilai	81	86	5

Dari tabel 33 bahwa hasil rekapitulasi evaluasi kinerja RSUD A.W. Sjahranie menunjukkan peningkatan nilai keseluruhan dari 81 pada tahun 2023 menjadi 86 pada tahun 2024, mencerminkan adanya perbaikan dalam berbagai aspek layanan dan manajemen rumah sakit. Dari empat perspektif yang dievaluasi, tiga di antaranya mengalami peningkatan, sementara satu tetap stabil.

Dalam perspektif pertumbuhan dan pembelajaran, terjadi peningkatan dari nilai 22 pada tahun 2023 menjadi 23 pada tahun 2024. Kenaikan ini menunjukkan adanya upaya yang lebih baik dalam pengembangan sumber daya manusia, peningkatan kompetensi SDM, serta optimalisasi sistem informasi manajemen rumah sakit.

Peningkatan ini menandakan bahwa rumah sakit semakin berorientasi pada peningkatan kualitas petugas dan infrastruktur pendukung layanan kesehatan.

Perspektif proses pelayanan internal mengalami peningkatan yang paling signifikan, naik dari nilai 14 pada tahun 2023 menjadi 17 pada tahun 2024. Peningkatan ini mencerminkan perbaikan dalam efisiensi alur layanan, penurunan waktu tunggu pasien, serta peningkatan efektivitas dalam penanganan prosedur pelayanan pasien dan operasional rumah sakit. Hal ini mengindikasikan adanya langkah-langkah yang lebih baik dalam memastikan bahwa setiap proses pelayanan berjalan dengan lebih optimal, sehingga memberikan dampak positif bagi pasien dan tenaga pemberi layanan.

Dalam perspektif pelanggan, nilai tetap stabil di angka 29, yang menunjukkan bahwa tingkat kepuasan pasien dan efektivitas layanan pelanggan tetap terjaga pada level yang tinggi. Stabilitas ini mencerminkan keberhasilan rumah sakit dalam mempertahankan kualitas layanan yang diberikan kepada pasien, baik dari segi fasilitas, keramahan staf medis, maupun efisiensi layanan kesehatan. Meskipun tidak ada peningkatan dalam perspektif ini, menjaga kepuasan pelanggan pada level yang tinggi tetap menjadi pencapaian yang penting bagi rumah sakit.

Perspektif keuangan juga mengalami sedikit peningkatan, dari nilai 16 pada tahun 2023 menjadi 17 pada tahun 2024. Hal ini menunjukkan adanya perbaikan dalam manajemen keuangan rumah sakit, termasuk peningkatan efisiensi biaya operasional dan optimalisasi sumber pendapatan. Meskipun peningkatannya tidak terlalu besar, tren ini menunjukkan bahwa rumah sakit semakin baik dalam mengelola keuangan untuk mendukung keberlanjutan operasionalnya.

Secara keseluruhan, peningkatan total nilai evaluasi dari 81 menjadi 86 menandakan adanya perkembangan yang positif dalam berbagai aspek pengelolaan rumah sakit. Perbaikan yang signifikan dalam proses pelayanan internal dan pertumbuhan serta pembelajaran mencerminkan komitmen rumah sakit dalam meningkatkan kualitas layanan dan manajemen. Stabilitas dalam kepuasan pelanggan serta perbaikan dalam aspek keuangan menunjukkan bahwa rumah sakit tidak hanya berfokus pada peningkatan efisiensi internal tetapi juga tetap menjaga standar pelayanan (SP) yang tinggi. Ke depan, fokus utama rumah sakit adalah mempertahankan tren positif ini

dengan terus meningkatkan efektivitas layanan, memastikan keberlanjutan pengelolaan keuangan yang sehat, serta tetap berorientasi pada kepuasan pasien sebagai prioritas utama.

RSUD A. W. Sjahranie Tahun 2024 mendapatkan total skor 86 dengan predikat A (Sangat Baik)

Catatan :

Total nilai menjadi dasar untuk mengklasifikasikan capaian:

Skor >90 dikategorikan AA.	• AA = Memuaskan
$80 \leq \text{Skor} < 90$ dikategorikan A.	• A = Sangat Baik
$70 \leq \text{Skor} < 80$ dikategorikan BB.	• BB = Baik
$60 \leq \text{Skor} < 70$ dikategorikan B.	• B = Cukup
Skor < 60 dikategorikan C.	• C = Kurang

f. Indikator Penilaian Balance Score Card

Balanced Scorecard (BSC) digunakan untuk menilai kinerja BLUD (Badan Layanan Umum Daerah) Rumah Sakit dengan mempertimbangkan empat perspektif utama :

Pembelajaran dan Pertumbuhan (30%): Mengukur aspek pengembangan sumber daya manusia, pelatihan, serta pemanfaatan teknologi dan sistem informasi rumah sakit. Indikator di sini termasuk kecukupan SDM, pelatihan pegawai, serta pengembangan sistem informasi manajemen (SIM RS).

Proses Layanan Internal (20%): Fokus pada efisiensi proses internal rumah sakit, seperti waktu tunggu layanan laboratorium, rawat jalan, tanggap darurat di IGD, dan pengelolaan penundaan operasi. Ini juga melibatkan pengelolaan kualitas pelayanan untuk menjaga standar waktu yang ditetapkan.

Pelanggan (30%): Mengukur kepuasan pasien dan pengelolaan keluhan, seperti Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM), penanganan komplain, serta retensi pelanggan. Ini menggambarkan bagaimana rumah sakit menjaga hubungan baik dengan pasien dan masyarakat.

Keuangan (20%): Menilai kesehatan finansial rumah sakit, dengan indikator seperti rasio kas, profit margin, cost recovery rate, dan pertumbuhan pendapatan. Keuangan yang sehat sangat penting untuk kelangsungan operasional rumah sakit. Indikator-indikator ini secara keseluruhan memberikan gambaran menyeluruh tentang kinerja rumah sakit, mulai dari pengelolaan sumber daya hingga kepuasan pasien dan stabilitas keuangan. Berikut secara rinci progress capaian indikator kinerja BLUD RS dari tahun 2020-2024

Tabel 34
Progress Capaian Indikator Kinerja BLUD RS
Berdasarkan Balance Score Card dari Tahun 2020-2024

No	Perspektif	Satuan	Standar	Bobot	Nilai Kinerja				
					2020	2021	2022	2023	2024
1	Pembelajaran dan Pertumbuhan (30%)				26	27	28	22	23
	Kecukupan SDM	%	100	8	5.53	6.96	7.99	7.3	7,67
	Pelatihan 20 Jam Per Pegawai	%	>60	5	0.88	1.97	4.49	3.1	4,55
	Kecukupan Sarana Medis	%	100	8	13.00	14.88	15.33	7.9	8,00
	Pengembangan SIM RS	Modul	22	5	3.33	2.67	0.00	3.2	5,00
	Kenaikan Pendapatan RSUD Per Pegawai	%	>5	4	2.60	0.30	0.00	0.1	-2,58
2	Proses Layanan Internal (20%)				13	13	16	14	17
	Waktu Tunggu Laboratorium Kritis	Menit	≤30	5	5	4.17	5.00	5.0	5,0
	Waktu Tunggu Rawat Jalan	Menit	≤60	3	2	1.97	3.00	1.5	1,80
	Waktu Tunggu Tanggap Darurat IGD	Menit	≤5	5	4	3.03	5.00	1.9	5,00
	Penundaan Operasi Efektif	Hari	<5	3	1	3.00	3.00	3.0	3,00
	Net Death Rare	%	<25	4	2	1.62	0.03	2.8	2,57
3	Pelanggan (30%)				25	28	29	29	29
	Indeks Kepuasan	%	≥80	9	8	8	8.35	8	8,71

No	Perspektif	Satuan	Standar	Bobot	Nilai Kinerja				
					2020	2021	2022	2023	2024
	Masyarakat (IKM)								
	Penanganan Komplain	%	100	8	8	8	8.00	8	8,00
	Rujukan Keluar Pasien Rawat Inap	%	<5	5	1	4	5.00	5	5,00
	Retensi Pelanggan Rawat Jalan	%	>50	5	5	5	4.52	5	4,73
	Pasien Pulang Paksa	%	<5	3	3	3	3.00	3	3,00
4	Keuangan (20%)				15	25	7	16	17
	Rasio Kas	%	80-100	5	1	5	3.35	4	2,31
	Cost Recovery Rate (CRR)	%	>60	5	5	7	3.4	5	7,46
	Profit Margin	%	15	3	3	-14	0	0	4,75
	Rasio Kewajiban Terhadap Aset	%	<10	2	1	1	0.48	2	1,98
	Pertumbuhan Pendapatan	%	>7	5	5	27	0	5	0,35
	Jumlah				76	93	80	81	85
	Kategori				BB	AA	A	A	A
	Predikat				Baik	Memuaskan	Sangat Baik	Sangat Baik	Sangat Baik

Sumber Data : Laporan Kinerja RS BLUD

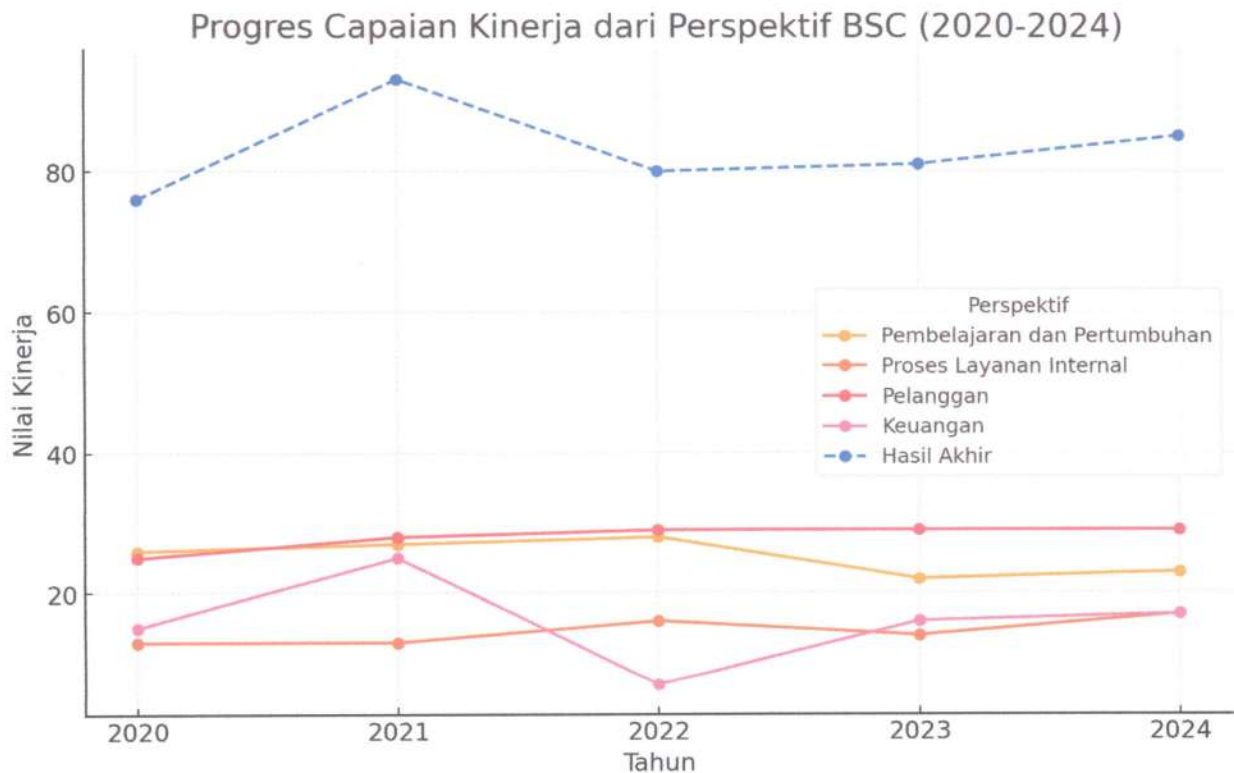
Tabel 34 menunjukkan penilaian kinerja RSUD Abdoel Wahab Sjahranie dari tahun 2020 hingga 2024 menggunakan pendekatan Balanced Score Card (BSC), yang mencakup empat perspektif utama: Pembelajaran dan Pertumbuhan, Proses Layanan Internal, Pelanggan, dan Keuangan. Berikut adalah analisis dan interpretasi setiap perspektif

Tabel 35
Rekapitulasi Progres Capaian Kinerja BLUD RS
Dari Perspektif Balance Score card

No	Perspektif	Nilai Kinerja				
		2020	2021	2022	2023	2024
1	Pembelajaran dan Pertumbuhan	26	27	28	22	23
2	Proses Layanan Internal	13	13	16	14	17
3	Pelanggan	25	28	29	29	29
4	Keuangan	15	25	7	16	17
	Hasil Akhir	76	93	80	81	85
	Kategori	BB	AA	A	A	A
	Predikat	Baik	Memuaskan	Sangat Baik	Sangat Baik	Sangat Baik

Sumber Data : Laporan Kinerja RS BLUD

Grafik 3
Progres Capaian Kinerja
Dari Perspektif Balance Score card



Dari tabel 34 dan grafik 3 di atas yang menunjukkan progres capaian kinerja RSUD A.W. Sjahranie berdasarkan Perspektif Balanced Scorecard (BSC) dari tahun 2020 hingga 2024, berikut adalah analisis yang lebih lengkap:

- a. **Pembelajaran dan Pertumbuhan:** Nilai untuk perspektif ini mengalami peningkatan dari 2020 hingga 2022, dengan nilai tertinggi pada 2022, namun ada penurunan pada 2023 dan sedikit peningkatan lagi pada 2024. Meskipun ada penurunan, capaian di atas 20 menunjukkan adanya upaya yang konsisten dalam meningkatkan kapasitas internal untuk pertumbuhan.
- b. **Proses Layanan Internal:** Pada perspektif ini, nilai cenderung stabil dengan sedikit peningkatan di 2022, namun mengalami penurunan lagi pada 2023. Pada 2024, tercatat peningkatan yang baik, menunjukkan bahwa ada perhatian yang lebih besar terhadap perbaikan proses layanan internal yang dapat berdampak positif pada kualitas layanan rumah sakit.
- c. **Pelanggan:** Pelayanan terhadap pelanggan menunjukkan capaian yang sangat baik dan konsisten meningkat dari tahun ke tahun, dengan nilai tertinggi tercatat pada 2024. Ini menunjukkan adanya fokus yang kuat pada kepuasan pelanggan dan peningkatan layanan kepada pasien.
- d. **Keuangan:** Nilai untuk keuangan mengalami fluktuasi yang signifikan dengan kenaikan tajam pada 2021, penurunan drastis pada 2022, dan kembali meningkat pada 2023 dan 2024. Meskipun terdapat penurunan pada 2022, capaian di 2024 menunjukkan stabilitas dan kemampuan rumah sakit untuk mengelola sumber daya keuangan secara lebih baik.
- e. **Hasil Akhir:** Secara keseluruhan, hasil akhir menunjukkan tren peningkatan yang konsisten dari 2020 hingga 2021, sedikit penurunan pada 2022 dan 2023, dan kembali meningkat pada 2024. Meskipun ada fluktuasi, hasil akhir menunjukkan bahwa rumah sakit berupaya untuk mencapai tujuan jangka panjangnya dengan baik.

E. ANALISIS CAPAIAN KINERJA MUTU RS (HOSPITAL QUALITY PERFORMANCE)

1. Analisis Perbandingan Capaian Kinerja Pelayanan

a. Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM)

Tabel 36
Capaian Kinerja Standar Pelayanan Minimal (SPM)
dari Beberapa Tahun Sebelumnya

No	Pelayanan/ Target Indikator	Target	Capaian	Target	Capaian
		2023		2024	
		88,00%	87,30%	88,00%	86,96%
		Target Indikator	Capaian	Target Indikator	Capaian
1	Pelayanan IGD	11	73,84%	11	77,12%
2	Pelayanan Ambulans Gawat Darurat (AGD)	9	79,90%	9	88,00%
3	Pelayanan Hemodialisa	8	83,76%	8	85,92%
4	Pelayanan Rawat Jalan	10	94,12%	10	94,13%
5	Pelayanan Rawat Jalan Executive Sakura	10	96,71%	10	85,72%
6	Pelayanan Rawat Inap	14	81,86%	14	85,90%
7	Pelayanan Rawat Inap Sakura	14	92,19%	14	91,76%
8	Pelayanan Persalinan dan perinatologi	12	88,47%	12	92,27%
9	Pelayanan Bedah Sentral	12	95,36%	12	99,99%
10	Pelayanan Anestesi	7	74,72%	7	82,16%
11	Pelayanan Intensif	7	87,64%	7	86,94%
12	Pelayanan Radiologi	7	98,22%	7	98,90%
13	Pelayanan Radioterapi	7	92,56%	7	81,12%
14	Pelayanan Kedokteran Nuklir	7	99,08%	7	99,12%
15	Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik	10	98,68%	10	97,39%
16	Pelayanan Laboratorium Patologi Anatomi	11	88,52%	11	84,13%
17	Pelayanan Lab. Tranfusi darah	5	96,00%	5	93,40%
18	Pelayanan Rehabilitasi Medik	5	80,13%	5	80,04%
19	Pelayanan Farmasi	8	84,89%	8	108,51%
20	Pelayanan Gizi	12	98,01%	12	97,75%
21	Pelayanan Rekam Medik	6	63,76%	6	62,72%
22	Pelayanan Kesling Pengelolaan Limbah	5	95,00%	5	94,60%
23	Pelayanan Kesling Pengelolaan kebersihan Gedung dan Taman	5	94,00%	5	100,00%
24	Pelayanan Ambulan Jenazah (Mobil Jenazah)	7	95,29%	7	93,23%
25	Pelayanan Pemulasaraan Jenazah	7	95,78%	7	95,29%
26	Pelayanan Laundry	9	81,10%	9	100,00%

No	Pelayanan/ Target Indikator	Target	Capaian	Target	Capaian
		2023		2024	
		88,00%	87,30%	88,00%	86,96%
		Target Indikator	Capaian	Target Indikator	Capaian
27	Pelayanan CSSD	11	80,21%	11	78,78%
28	Pelayanan Pemeliharaan sarana RS & Elektromedik	6	89,73%	6	80,37%
29	Pelayanan Humas	5	73,25%	5	89,50%
30	Pelayanan Pengelolaan Air Bersih	4	90,28%	4	87,50%
31	Pelayanan Pencegahan dan pengendalian Infeksi	6	90,00%	6	92,00%
32	Pelayanan Keamanan	6	83,33%	6	83,33%
33	Pelayanan Administrasi Manajemen	16	82,77%	16	93,26%
34	Pelayanan Satuan Audit Internal	8	90,13%	8	94,81%
35	Pelayanan PKRS	10	85,22%	10	82,65%
36	Pelayanan Mutu profesionalisme (Komite Medik)	7	95,29%	7	96,57%
37	Komite Keperawatan	6	98,72%	6	99,40%
38	Komite PMKP(KOMITE MUTU)	3	93,16%	3	92,91%
39	Pelayanan komite koordinasi pendidikan (komkordik)	9	88,21%	9	85,89%
40	Pelayanan K3RS	16	74,00%	16	75,13%
41	Pelayanan Komite etik & hukum	8	-	8	100,00%
42	Komite Etik dan Penelitian Kesehatan	5	-	5	62,80%
43	Komite PPRA	6	-	6	75,73%
44	Pelayanan Medical Check UP	8	99,28%	8	99,23%
45	Bidang Keperawatan	7	72,60%	7	68,34%
46	Pelayanan Medis	7	95,63%	7	98,75%
47	Pelayanan Fertilitas	-	-	26	81,13%
		379	87,30%	405	86,96

Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) merupakan ukuran yang ditetapkan oleh pemerintah untuk memastikan setiap fasilitas pelayanan kesehatan mampu memberikan layanan yang aman, berkualitas, dan terjangkau sesuai dengan standar yang berlaku. Landasan hukum terkait SPM diatur dalam **Permenkes Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan**, yang mengarahkan fasilitas kesehatan untuk mencapai target kinerja sesuai kebutuhan pelayanan dasar masyarakat.

Berdasarkan data yang ada dalam tabel 36, sebagian besar indikator pelayanan di rumah sakit menunjukkan hasil yang baik dengan capaian di atas 80%. Beberapa pelayanan, seperti Pelayanan Bedah Sentral (99,99%), Pelayanan Kedokteran Nuklir (99,12%), dan Pelayanan Komite Etik & Hukum (100%), menunjukkan capaian yang sangat baik, melampaui target yang ditetapkan. Sebagian besar unit lainnya, seperti Pelayanan Rawat Jalan, Pelayanan Radiologi, dan Pelayanan Medis, juga mencatatkan hasil yang sangat memuaskan dengan capaian lebih dari 90%.

Namun, beberapa indikator mengalami penurunan capaian dibandingkan dengan target, seperti Pelayanan Rawat Jalan Executive Sakura yang hanya mencapai 85,72% dibandingkan dengan target 96,71%. Selain itu, Pelayanan Rekam Medik dan Pelayanan Keperawatan memiliki capaian yang lebih rendah (di bawah 80%), yakni 62,72% dan 68,34%, yang menunjukkan adanya masalah yang perlu diatasi dalam proses pelayanan.

Beberapa layanan juga tercatat dengan capaian di bawah 60%, seperti Komite Etik dan Penelitian Kesehatan (62,80%) dan beberapa lainnya yang mungkin memerlukan perhatian khusus dalam pelaksanaannya. Beberapa nilai 0 pada laporan seperti pada Komite Etik & Hukum, Komite PPRA, dan Pelayanan Fertilitas menunjukkan bahwa laporan untuk tahun tersebut belum disampaikan, yang sebaiknya ditindaklanjuti segera.

Secara keseluruhan, capaian kinerja pada tahun ini menunjukkan penurunan sebesar **1%** dibandingkan dengan tahun sebelumnya. Realisasi capaian SPM mencapai **87%** dari target tahun 2024 yang telah ditetapkan dalam Rencana Strategis (Renstra) Rumah Sakit yaitu **88%**. Meskipun belum mencapai target yang diharapkan, capaian ini menunjukkan adanya perbaikan dalam berbagai aspek pelayanan.

Beberapa yang menjadi permasalahan yang menjadi alasan dalam pencapaian SPM RS. Sebagian besar permasalahan yang telah diidentifikasi telah ditindaklanjuti secara bertahap melalui berbagai langkah strategis. Upaya perbaikan terus dilakukan, baik dalam hal peningkatan sumber daya manusia, pemenuhan sarana dan prasarana, serta optimalisasi sistem pelayanan. Beberapa program pengembangan telah berjalan sesuai rencana, termasuk pelatihan tenaga medis, perbaikan infrastruktur, serta pengadaan alat kesehatan yang diperlukan.

Rekomendasi dari manajemen rumah sakit adalah untuk meningkatkan kinerja pada unit-unit dengan capaian rendah, terutama Pelayanan Rekam Medik dan Keperawatan, dengan memberikan pelatihan tambahan, meningkatkan koordinasi antar unit, dan memantau lebih ketat pelaksanaan prosedur pelayanan. Untuk unit yang mencatatkan capaian lebih dari target, perlu dipertahankan dan didorong untuk tetap menjaga kualitas pelayanan. Selanjutnya, laporan yang belum disampaikan harus segera diklarifikasi dan diperbaiki agar data lebih akurat dan dapat digunakan untuk perbaikan selanjutnya.

2. Analisis Capaian Kinerja Mutu

a. Indikator Nasional Mutu (INM)

Tabel 37
Capaian Kinerja Indikator Nasional Mutu (INM) Tahun 2024

No	Indikator Mutu	Satuan	Tahun 2023			Tahun 2024			Turun/ Naik
			Target	Realisasi	%	Target	Realisasi	%	
1	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100%	98%	98%	100%	99%	99%	1%
2	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)	100%	100%	98%	98%	100%	96%	96%	-2%
3	Emergensi Response Time < 5 Menit	100%	80%	78%	97%	80%	39%	100%	0%
4	Waktu Tunggu Rawat Jalan <60 Menit	< 60 menit	80%	16%	19%	80%	27%	100%	0%
5	Penundaan Operasi Elektif	<5%	5%	3%	60%	5%	1%	100%	0%
6	Kepatuhan Jam Visite Dokter	>80%	80%	82%	100%	85%	85%	100%	-2%
7	Waktu Laporan Hasil Tes Laboratorium Kritis	100%(30 menit)	100%	99%	99%	100%	99%	99%	0%
8	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	>80%	80%	100%	100%	100%	100%	100%	-25%
9	Kepatuhan Cuci Tangan	>80%	85%	79%	93%	85%	81%	95%	2%
10	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh	100%	100%	98%	98%	100%	100%	100%	2%

No	Indikator Mutu	Satuan	Tahun 2023			Tahun 2024			Turun/ Naik
			Target	Realisasi	%	Target	Realisasi	%	
11	Kepatuhan Clinical Pathway	>80%	80%	79%	99%	89%	89%	100%	1%
12	Kepuasan Pasien dan Keluarga	>80%	76,61	81,66	100%	76,61	79,86	100%	-7%
13	Kecepatan Respons Terhadap Komplain	>75%	80%	100%	100%	100%	100%	100%	-25%

Indikator Nasional Mutu adalah tolok ukur yang ditetapkan secara regulasi untuk memastikan kualitas pelayanan RS sesuai standar nasional. Penetapan ini bertujuan untuk mendorong akuntabilitas dan transparansi layanan RS di Indonesia. Berdasarkan data INM RSUDAWS mencakup indikator aspek pelayanan, seperti kepatuhan terhadap prosedur klinis, efisiensi waktu pelayanan, kepuasan pasien, dan pengelolaan risiko.

Dalam implementasinya, Indikator Nasional Mutu diatur oleh Kementerian Kesehatan melalui Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2022, yang relevan dengan pelayanan rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya. Peraturan ini menekankan pada kepatuhan terhadap standar mutu dan keselamatan pasien sebagai elemen sentral dalam penilaian kinerja.

Evaluasi Indikator Nasional Mutu (INM) RSUD A.W. Sjahranie tahun 2023-2024 menunjukkan adanya peningkatan dalam beberapa aspek pelayanan, sementara beberapa indikator lainnya tetap stabil, dan beberapa mengalami penurunan yang memerlukan perhatian lebih lanjut. Selain itu, terdapat beberapa indikator yang mengalami perubahan target, sehingga perlu dianalisis secara terpisah.

Beberapa indikator menunjukkan peningkatan kinerja yang mencerminkan perbaikan dalam mutu pelayanan rumah sakit. Kepatuhan identifikasi pasien meningkat dari 98% pada tahun 2023 menjadi 99% pada tahun 2024, yang menunjukkan bahwa upaya dalam memastikan pasien diidentifikasi dengan benar semakin baik, sehingga berkontribusi terhadap keselamatan pasien. Kepatuhan dalam mencuci tangan mengalami peningkatan dari 79% menjadi 81%, yang mengindikasikan adanya perbaikan dalam kepatuhan petugas terhadap kebersihan tangan, yang merupakan faktor penting dalam mencegah infeksi nosokomial. Selain

itu, kepatuhan dalam upaya pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh mengalami peningkatan dari 98% menjadi 100%, yang menandakan bahwa rumah sakit telah mencapai kepatuhan penuh dalam mencegah pasien mengalami cedera akibat jatuh. Kepatuhan terhadap Clinical Pathway juga mengalami peningkatan signifikan dari 79% menjadi 89%, yang menunjukkan bahwa penerapan standar prosedur klinis semakin terstruktur, sehingga efektivitas dan efisiensi layanan kesehatan meningkat. Sementara itu, kecepatan respons terhadap keluhan tetap berada pada angka 100%, yang mencerminkan bahwa rumah sakit tetap konsisten dalam menangani keluhan pasien dengan cepat dan efektif.

Beberapa indikator tetap menunjukkan performa yang stabil dan berada di level yang sangat baik. Emergency Response Time tetap pada angka 100%, menunjukkan bahwa sistem tanggap darurat rumah sakit telah berjalan secara optimal. Waktu tunggu rawat jalan juga tetap berada di angka 100%, yang menunjukkan konsistensi dalam manajemen waktu tunggu pasien. Penundaan operasi elektif tidak mengalami perubahan dan tetap berada pada tingkat kepatuhan 100%, menandakan efektivitas perencanaan operasi yang tetap berjalan baik. Waktu lapor hasil tes laboratorium kritis juga tetap berada pada angka 99%, yang menunjukkan bahwa pelayanan laboratorium tetap konsisten dalam memberikan hasil tes dengan cepat. Penggunaan Formularium Nasional juga tetap mencapai 100%, menunjukkan kepatuhan terhadap standar penggunaan daftar obat yang telah ditetapkan.

Namun, beberapa indikator mengalami penurunan yang memerlukan perhatian lebih lanjut. Kepatuhan terhadap penggunaan alat pelindung diri (APD) mengalami penurunan dari 98% menjadi 96%. Meskipun penurunannya tidak terlalu besar, penggunaan APD yang kurang optimal dapat meningkatkan risiko bagi keselamatan bagi petugas maupun pasien, sehingga perlu ditingkatkan kembali dengan pemantauan yang lebih ketat. Kepuasan pasien dan keluarga juga mengalami penurunan dari 81,66% menjadi 79,86%, yang kemungkinan disebabkan oleh pengalaman pasien dalam hal waktu tunggu, kenyamanan fasilitas, atau interaksi dengan petugas. Peningkatan kualitas layanan dan komunikasi dengan pasien dapat membantu mengatasi permasalahan ini.

Secara keseluruhan, evaluasi Indikator Nasional Mutu RSUD A.W. Sjahranie menunjukkan bahwa beberapa aspek pelayanan mengalami peningkatan yang signifikan, terutama dalam kepatuhan terhadap Clinical Pathway, penurunan angka penundaan operasi elektif, serta peningkatan upaya pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh. Namun, beberapa tantangan masih perlu mendapat perhatian, terutama dalam meningkatkan kepuasan pasien dan kepatuhan terhadap penggunaan APD. Untuk mengatasi penurunan kinerja pada indikator tertentu, rumah sakit perlu memperketat pemantauan penggunaan APD di seluruh unit serta mensosialisasikan kembali pentingnya APD kepada tenaga medis. Selain itu, survei kepuasan pasien perlu dilakukan untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi pasien terhadap layanan rumah sakit, serta meningkatkan kenyamanan fasilitas dan kualitas komunikasi tenaga medis dengan pasien. Meskipun indikator kecepatan respons terhadap komplain dan penggunaan formularium nasional tetap optimal, perlu dilakukan evaluasi lebih lanjut untuk memastikan apakah ada perubahan dalam standar pelayanan yang dapat mempengaruhi pencapaiannya.

b. Indikator Mutu Prioritas (IMP)

Tabel 38
Capaian Indikator Mutu Prioritas (IMP) Tahun 2024

No	Indikator Mutu	Satuan	2023			2024		Menurun/ Membaik
			Target	Realisasi	%	Realisasi	%	
1	Pengkajian Pasien baru masuk dalam 24 jam (Awal Medis)	%	100%	89,18%	89%	89,00%	89%	0%
2	Angka IDO (Infeksi Daerah Operasi) di Instalasi Rawat Inap	%	2%	0,10%	20%	0%	0%	Membaik
3	Angka Phlebitus	%	1‰	1,6‰	1,6‰	1‰	1‰	Membaik
4	Jam masuk dan keluar RR tertulis	%	100%	98,85%	98,85%	99,58%	100%	Membaik
5	Edukasi Hand Hygiene	%	100%	100%	100%	100%	100%	0%
6	Pelaporan nilai kritis (PK)	%	100%	100%	100%	99%	99%	Menurun
7	Waktu tunggu pemeriksaan radiologi / hasil pelayanan thorax foto thoraks cito	<180 menit	100%	0,83	83%	78%	78%	Menurun

No	Indikator Mutu	Satuan	2023			2024		Menurun/ Membaik
			Target	Realisasi	%	Realisasi	%	
8	Angka penundaan operasi	%	<5%	2,68%	100%	0,80%	100%	0%
9	Angka pasien jatuh	%	0 Insiden	5 Insiden	0,05%	7 Insiden	0%	Menurun
10	Kejadian tertusuk jarum	%	0 Insiden	20 Insiden	0,20%	9 Insiden	0%	Membaik
11	Skrining IRJA	%	100%	58,82%	58,82%	58,45%	58%	0%

Indikator Mutu Prioritas (IMP) Rumah Sakit merupakan tolok ukur yang dirancang untuk menilai dan meningkatkan aspek-aspek pelayanan RS yang dianggap paling penting dan relevan bagi masing-masing RS. Regulasi terkait indikator ini mengacu pada Permenkes No. 30 Tahun 2022, yang memberikan pedoman bagi fasilitas kesehatan untuk menentukan indikator prioritas berdasarkan jenis pelayanan unggulan dan kebutuhan pasien.

Indikator-indikator ini dirancang oleh masing-masing unit pelayanan dalam rumah sakit, dengan mempertimbangkan prioritas klinis, operasional, dan keselamatan pasien. Misalnya, beberapa indikator prioritas di tahun 2023 meliputi edukasi hand hygiene, pelaporan nilai kritis (PK), angka pasien jatuh, dan kejadian tertusuk jarum. Beberapa indikator yang tidak dimasukkan lagi dalam daftar prioritas mencakup Kejadian nyaris cedera peresepan obat, Kepatuhan stempel verifikasi, Penandaan bagian tubuh dengan 2 sisi yang akan dioperasi, Kelengkapan laporan HIV, Penundaan Pemberian Layanan MRI dan Cost recovery rate, menunjukkan adanya penyesuaian fokus berdasarkan relevansi dan evaluasi kebutuhan pelayanan yang sudah mencapai memenuhi target.

Berdasarkan hasil evaluasi indikator mutu RSUD A.W. Sjahranie tahun 2023-2024, terdapat berbagai perubahan yang mencerminkan kinerja rumah sakit dalam melaksanakan layanan kesehatan kepada pasien. Beberapa indikator menunjukkan peningkatan yang signifikan, sementara beberapa lainnya menunjukkan stabilitas atau penurunan yang memerlukan perhatian lebih lanjut.

Indikator yang mengalami peningkatan kinerja menunjukkan hasil yang menggembirakan. Angka IDO (Infeksi Daerah Operasi) di Instalasi Rawat Inap, yang merupakan salah satu aspek penting dalam pencegahan infeksi pascaoperasi,

menunjukkan perbaikan yang sangat signifikan, dengan angka realisasi yang turun dari 20% pada tahun 2023 menjadi 0% pada tahun 2024. Hal ini menandakan keberhasilan rumah sakit dalam mengurangi infeksi di area operasi. Selain itu, angka phlebitis juga mengalami perbaikan, tetap terjaga pada angka yang optimal, yaitu 1‰ di kedua tahun, yang menunjukkan upaya pencegahan komplikasi terkait penggunaan infus telah berhasil dilakukan dengan baik. Indikator lainnya yang menunjukkan peningkatan adalah kepatuhan terhadap pencatatan jam masuk dan keluar ruang rawat (RR tertulis) yang meningkat dari 98,85% menjadi 99,58%, serta kepatuhan dalam upaya pencegahan cedera akibat jarum, yang berhasil mengurangi jumlah insiden dari 20 menjadi 9 insiden. Semua peningkatan ini mencerminkan upaya rumah sakit dalam meningkatkan kualitas layanan dan keselamatan pasien.

Beberapa indikator juga menunjukkan stabilitas yang baik, seperti edukasi hand hygiene yang tetap berada pada 100% di kedua tahun. Ini mencerminkan konsistensi dalam menjaga kebersihan tangan di kalangan petugas, yang sangat penting dalam mencegah infeksi nosokomial. Namun, meskipun beberapa indikator tetap stabil, terdapat area yang membutuhkan perhatian lebih lanjut, seperti pengkajian pasien baru yang masih berada di angka 89%, sedikit di bawah target yang diinginkan.

Namun, beberapa indikator menunjukkan penurunan yang perlu mendapat perhatian serius. Pelaporan nilai kritis (PK), yang sebelumnya berada pada 100% di 2023, sedikit menurun menjadi 99% di 2024. Meskipun penurunannya kecil, hal ini menunjukkan adanya ketidaksesuaian kecil dalam pelaporan kondisi pasien yang kritis, yang perlu segera diperbaiki. Waktu tunggu pemeriksaan radiologi juga mengalami penurunan signifikan dari 83% pada 2023 menjadi 78% pada 2024. Ini menunjukkan adanya peningkatan waktu tunggu untuk pemeriksaan radiologi yang dapat berdampak pada proses pelayanan pasien, sehingga perlu segera dievaluasi untuk mempercepat waktu tunggu tersebut. Selain itu, angka pasien jatuh meningkat dari 5 insiden menjadi 7 insiden, yang menunjukkan bahwa meskipun ada upaya pencegahan, masih ada kekurangan dalam langkah-langkah untuk mengurangi kejadian ini. Indikator skrining IRJA juga tetap menunjukkan angka yang rendah, dengan sedikit penurunan dari 58,82% pada 2023 menjadi 58,45% pada 2024. Ini

menunjukkan bahwa meskipun angka tersebut stabil, perlu ada peningkatan yang lebih signifikan dalam kepatuhan terhadap proses skrining IRJA.

Secara keseluruhan, hasil evaluasi menunjukkan bahwa rumah sakit telah berhasil mencapai kemajuan dalam beberapa aspek pelayanan, terutama dalam pencegahan infeksi dan pengelolaan prosedur medis. Namun, ada beberapa area yang masih memerlukan perhatian lebih lanjut, terutama dalam pengelolaan waktu tunggu pemeriksaan, penurunan insiden pasien jatuh, dan meningkatkan efektivitas skrining IRJA. Untuk memastikan peningkatan yang berkelanjutan, rumah sakit perlu memperkuat pelaksanaan standar operasional prosedur, melakukan pelatihan lebih lanjut untuk petugas, dan memperbaiki sistem manajemen pelayanan di area yang memerlukan perhatian khusus.

D. REALISASI ANGGARAN

Tabel berikut dibawah ini menguraikan realisasi anggaran yang telah digunakan untuk mewujudkan kinerja organisasi sesuai dengan dokumen Perjanjian Kinerja.

1. Realisasi Anggaran Sesuai Dengan Perjanjian Kinerja

Tabel 39
Realisasi Anggaran Sesuai Dengan Perjanjian Kinerja
RSUD A.Wahab Sjahranie Tahun 2024

NO	SASARAN STRATEGSI	INDIKATOR KINERJA	SATUAN	KINERJA			ANGGARAN			
				TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET (M)	TARGET (P)	REALISASI	CAPAIAN
1	2	3		4	5	6	7	8	9	10
1	Meningkatnya Kualitas Layanan Publik dan Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah	Nilai Kepuasan Masyarakat Perangkat Daerah	Indeks	79	85,17	107,81%	787.908.782.012	881.743.182.637	844.106.153.508	96%
		Nilai Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah	Persentase	79	83.30	105,44%				
2	Meningkatnya standarisasi dan mutu pelayanan Rumah Sakit	Persentase Capaian Indikator Nasional Mutu (INM) RS	Persentase	76	84,62	111,34%	34.577.888.696	43.869.623.177	37.539.995.826	85,57%

3	Meningkatnya mutu pendidikan , pelatihan dan penelitian kesehatan	Nilai Akreditasi Diklit RS (A)	Persentase	A	A	100,00%	2.675.067.800	2.676.223.600	2.420.289.935	90,44%
Total							825.161.738.508	928.289.029.414	884.066.439.269	95,24%

Dari tabel 39, di atas dapat dijelaskan bahwa

1. Meningkatnya Kualitas Layanan Publik dan Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah

Indikator Kinerja: Nilai Kepuasan Masyarakat Perangkat Daerah

Pada indikator ini, target yang ditetapkan adalah 79 dengan realisasi 85,17, yang menghasilkan capaian sebesar 107,81%. Artinya, kepuasan masyarakat terhadap layanan perangkat daerah yang diberikan oleh RSUD A. Wahab Sjahranie jauh melebihi target yang telah ditetapkan. Hal ini menunjukkan bahwa RSUD telah berhasil menyediakan layanan yang sesuai dengan harapan masyarakat, bahkan melampaui ekspektasi yang ada.

Indikator Kinerja: Nilai Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah

Untuk indikator ini, target yang ditetapkan adalah 79, dengan capaian sebesar 83.30 yang berarti realisasi mencapai 105,44%. Ini menunjukkan bahwa tingkat akuntabilitas dalam pengelolaan kinerja perangkat daerah di RSUD A. Wahab Sjahranie juga berada dalam kategori yang sangat baik, dengan pencapaian yang lebih tinggi dari target. Artinya, proses administrasi dan pelaporan kinerja organisasi berjalan dengan baik dan transparan.

2. Meningkatnya Standarisasi dan Mutu Pelayanan Rumah Sakit

Indikator Kinerja: Persentase Capaian Indikator Nasional Mutu (INM) RS

Untuk indikator ini, target yang ditetapkan adalah 76 dengan realisasi mencapai 84,62%, sehingga capaian yang diperoleh adalah 111,34%. Ini menunjukkan bahwa rumah sakit berhasil meningkatkan standarisasi dan mutu pelayanannya di atas target yang ditetapkan. Pencapaian ini menunjukkan bahwa upaya rumah sakit untuk memenuhi standar nasional mutu pelayanan rumah sakit telah membuahkan hasil yang baik, dengan realisasi yang lebih tinggi dari target yang ditentukan.

3. Meningkatnya Mutu Pendidikan, Pelatihan, dan Penelitian Kesehatan

Indikator Kinerja: Nilai Akreditasi Diklit RS (A)

Pada indikator ini, nilai akreditasi rumah sakit untuk pendidikan, pelatihan, dan penelitian kesehatan adalah "A," yang mencapai 100% dari target yang telah ditetapkan. Hal ini menunjukkan bahwa RSUD A. Wahab Sjahranie berhasil memenuhi standar yang ditetapkan untuk pendidikan, pelatihan, dan penelitian, sehingga dapat dikatakan bahwa

rumah sakit ini berhasil menjaga dan meningkatkan mutu di bidang ini. Dengan capaian yang sempurna, ini menunjukkan konsistensi dan kualitas yang sangat baik dalam upaya peningkatan pendidikan dan pelatihan di rumah sakit.

Total Anggaran dan Capaian Kinerja

Secara keseluruhan, anggaran yang dialokasikan untuk ketiga sasaran strategi ini adalah Rp 825.161.738.508, dengan realisasi anggaran sebesar Rp 928.289.029.414. Capaian keseluruhan dari semua sasaran menunjukkan persentase sebesar 95,24%. Ini menunjukkan bahwa RSUD A. Wahab Sjahranie telah berhasil mengelola anggaran dan sumber daya yang ada dengan efisien dan efektif untuk mencapai sasaran kinerja yang telah ditetapkan.

Berdasarkan analisis di atas, dapat disimpulkan bahwa RSUD A. Wahab Sjahranie telah berhasil mencapai atau bahkan melampaui target kinerja yang ditetapkan pada semua sasaran strategi yang telah disusun. Tingginya nilai kepuasan masyarakat, pencapaian akuntabilitas yang baik, serta pencapaian standarisasi dan mutu pelayanan yang lebih tinggi dari target menunjukkan kualitas layanan yang sangat baik. Di sisi lain, pencapaian dalam pendidikan dan pelatihan juga menunjukkan komitmen yang kuat terhadap peningkatan kualitas SDM di rumah sakit. Secara keseluruhan, rumah sakit telah menunjukkan kinerja yang sangat memuaskan, baik dalam aspek pelayanan kepada masyarakat maupun dalam pengelolaan internalnya.

2. Realisasi Anggaran Per Program , Realisasi Anggaran APBD dan BLUD Sesuai Dengan Program Kegiatan

Tabel 40
Realisasi Anggaran Per Program dan Kegiatan
sesuai program dan kegiatan APBD+BLUD 2024

Program		Anggaran APBD + BLUD			Anggaran APBD			Anggaran BLUD		
		Anggaran Perubahan Ta 2024 Ditambah Silpa Ta 2023 + Apbn 2024	Realisasi	Capaian	Pagu Perubahan	Realisasi	Capaian	Anggaran Perubahan Ta 2024 Ditambah Silpa Ta 2023 + Apbn 2024	Realisasi	Capaian
1	Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah	881.743.182.637	844.106.153.508	95,73%	277.982.455.955	272.320.628.684	97,96%	603.760.726.682	571.785.524.824	94,70%
2	Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan Dan Upaya Kesehatan Masyarakat	43.869.623.177	37.539.995.826	85,57%	43.869.623.177	37.539.995.826	85,57%	-	-	-

Program		Anggaran APBD + BLUD			Anggaran APBD			Anggaran BLUD		
		Anggaran Perubahan Ta 2024 Ditambah Silpa Ta 2023 + Apbn 2024	Realisasi	Capaian	Pagu Perubahan	Realisasi	Capaian	Anggaran Perubahan Ta 2024 Ditambah Silpa Ta 2023 + Apbn 2024	Realisasi	Capaian
3	Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan	2.676.223.600	2.420.289.935	90,44%	2.676.223.600	2.420.289.935	90,44%	-	-	-
TOTAL PAGU		928.289.029.414	884.066.439.269	95,24%	324.528.302.732	312.280.914.445	96,23%	603.760.726.682	571.785.524.824	94,70%

Berdasarkan data tabel 40 diatas , dapat dijelaskan bahwa

1. Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah

- a. Anggaran APBD dan BLUD: Anggaran yang dialokasikan untuk program ini adalah Rp 881.743.182.637, dengan realisasi sebesar Rp 844.106.153.508, mencapai capaian sebesar 95,73%. Ini menunjukkan bahwa sebagian besar anggaran untuk program ini telah terealisasi dengan baik, meskipun ada sedikit selisih antara target dan realisasi.
- b. Anggaran APBD: Anggaran dari APBD untuk program ini adalah Rp 277.982.455.955, dengan realisasi mencapai Rp 272.320.628.684, menghasilkan capaian sebesar 97,96%. Angka ini menunjukkan kinerja yang sangat baik, dengan realisasi anggaran yang hampir mencapai target yang ditetapkan.
- c. Anggaran BLUD: Untuk BLUD, anggaran yang dialokasikan adalah Rp 603.760.726.682, dengan realisasi sebesar Rp 571.785.524.824, yang menghasilkan capaian sebesar 94,70%. Meskipun sedikit lebih rendah dibandingkan dengan capaian dari APBD, realisasi BLUD ini tetap menunjukkan efisiensi dalam penggunaan anggaran yang tinggi.

2. Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan Dan Upaya Kesehatan Masyarakat

- a. Anggaran APBD dan BLUD: Program ini memiliki anggaran sebesar Rp 43.869.623.177, dengan realisasi mencapai Rp 37.539.995.826, yang menghasilkan capaian sebesar 85,57%. Capaian ini lebih rendah dibandingkan dengan program lainnya, yang mungkin menunjukkan adanya tantangan dalam pengelolaan dan pemanfaatan anggaran untuk program kesehatan masyarakat ini.
- b. Anggaran APBD: Realisasi anggaran dari APBD untuk program ini juga mencatatkan hasil yang sama, dengan capaian sebesar 85,57%. Ini mengindikasikan bahwa keterlambatan atau kendala yang ada mempengaruhi kedua sisi pendanaan untuk program ini.

3. Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan

- a. Anggaran APBD + BLUD: Anggaran untuk program peningkatan kapasitas SDM kesehatan ini adalah Rp 2.676.223.600, dengan realisasi sebesar Rp 2.420.289.935, dan capaian 90,44%. Realisasi ini menunjukkan bahwa sebagian besar anggaran yang dialokasikan untuk peningkatan kapasitas SDM sudah digunakan dengan efektif.

- b. Anggaran APBD: Realisasi untuk APBD juga mencapai 90,44%, yang menunjukkan bahwa alokasi dana untuk pelatihan dan pengembangan kapasitas SDM di sektor kesehatan sudah cukup optimal dan sesuai dengan yang diharapkan.

Total Pagu dan Capaian Kinerja

- a. Total Pagu: Total anggaran untuk seluruh program ini adalah Rp 928.289.029.414, dengan realisasi anggaran sebesar Rp 884.066.439.269, menghasilkan capaian keseluruhan sebesar 95,24%. Capaian ini menunjukkan bahwa secara keseluruhan, pengelolaan anggaran dan pencapaian kinerja sudah sangat baik, dengan sedikit deviasi antara target dan realisasi.
- b. Realisasi APBD dan BLUD: Untuk APBD, total anggaran yang dialokasikan adalah Rp 324.528.302.732, dengan capaian realisasi 96,23%. Sedangkan untuk BLUD, anggaran yang dialokasikan adalah Rp 603.760.726.682, dengan capaian realisasi sebesar 94,70%. Kinerja keduanya menunjukkan pengelolaan dana yang efisien dan mendekati target yang telah ditentukan.

Secara keseluruhan, RSUD A. Wahab Sjahranie telah berhasil mengelola anggaran dengan cukup efisien, meskipun terdapat sedikit tantangan dalam pencapaian program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Masyarakat. Program lainnya, seperti Penunjang Urusan Pemerintah Daerah dan Peningkatan Kapasitas SDM Kesehatan, menunjukkan kinerja anggaran yang sangat baik dengan pencapaian yang mendekati atau bahkan melebihi target yang ditetapkan. Capaian keseluruhan anggaran ini mencerminkan efisiensi dan keberhasilan dalam penggunaan dana yang cukup optimal untuk mendukung program-program strategis rumah sakit.

BAB IV PENUTUP

A. KESIMPULAN

Laporan Kinerja merupakan bentuk akuntabilitas dari pelaksanaan tugas dan fungsi yang dipercayakan kepada setiap instansi pemerintah atas penggunaan anggaran. Hal terpenting yang diperlukan dalam penyusunan laporan kinerja adalah pengukuran kinerja dan evaluasi serta pengungkapan (*disclosure*) secara memadai hasil analisis terhadap pengukuran kinerja.

Berdasarkan analisis terhadap data yang telah disajikan, dapat disimpulkan bahwa RSUD A. Wahab Sjahranie berhasil mencapai atau bahkan melampaui target kinerja yang telah ditetapkan pada seluruh sasaran strategis. Kinerja yang ditunjukkan oleh rumah sakit ini mencerminkan komitmen tinggi dalam meningkatkan kualitas layanan kepada masyarakat dan akuntabilitas kinerja perangkat daerah.

1. Pada sasaran strategis pertama, yaitu "Meningkatnya Kualitas Layanan Publik dan Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah," rumah sakit berhasil mencatatkan nilai kepuasan masyarakat sebesar 85,17, melebihi target yang ditetapkan sebesar 79, dengan capaian 107,81%. Selain itu, nilai akuntabilitas kinerja perangkat daerah juga menunjukkan pencapaian yang sangat baik dengan 107,59%. Anggaran yang dialokasikan untuk sasaran ini terealisasi dengan capaian 96%, menunjukkan pengelolaan anggaran yang efisien.
2. Pada sasaran strategis kedua, yang berfokus pada "Meningkatnya Standarisasi dan Mutu Pelayanan Rumah Sakit," rumah sakit mencapai capaian 111,34% untuk Indikator Nasional Mutu (INM), dengan realisasi anggaran mencapai 85,57% dari target. Hal ini menunjukkan upaya yang sukses dalam meningkatkan kualitas pelayanan dan memastikan bahwa rumah sakit telah memenuhi atau melebihi standar yang ditetapkan.
3. Pada sasaran strategis ketiga, yaitu "Meningkatnya Mutu Pendidikan, Pelatihan, dan Penelitian Kesehatan," rumah sakit berhasil mempertahankan akreditasi "A" untuk pendidikan dan pelatihan, dengan capaian 100%. Realisasi anggaran untuk

program ini mencapai 90,44%, yang menunjukkan bahwa dana yang dialokasikan telah digunakan secara efektif untuk pengembangan SDM dan kegiatan penelitian.

Secara keseluruhan, **total anggaran yang dialokasikan** adalah sebesar Rp 825.161.738.508, dengan **realisasi anggaran sebesar Rp 928.289.029.414**, menghasilkan **capaian keseluruhan sebesar 95,24%**. Ini menunjukkan bahwa pengelolaan anggaran rumah sakit telah dilaksanakan dengan baik, dan rumah sakit ini mampu mencapai hampir seluruh sasaran strategis yang telah ditetapkan.

B. REKOMENDASI

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka disusun rekomendasi sebagai berikut :

- a. Meningkatkan Kualitas Layanan Publik dan Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah. Meskipun rumah sakit telah menunjukkan capaian yang sangat baik pada indikator kepuasan masyarakat dan akuntabilitas kinerja perangkat daerah, disarankan untuk terus memperkuat upaya pengukuran dan evaluasi kepuasan masyarakat secara lebih terstruktur dan periodik. Rumah sakit sebaiknya menerapkan survei kepuasan yang lebih mendalam untuk mendapatkan gambaran yang lebih jelas tentang area-area layanan yang perlu perbaikan. Selain itu, penting untuk memperkuat sistem pelaporan dan transparansi dalam pengelolaan kinerja perangkat daerah guna menjaga tingkat akuntabilitas yang tinggi, serta meningkatkan komunikasi dengan masyarakat terkait program-program yang sudah dilaksanakan.
- b. Meningkatkan Standarisasi dan Mutu Pelayanan Rumah Sakit. Untuk memastikan bahwa standar pelayanan yang lebih tinggi dapat terus terjaga, rumah sakit perlu terus memperbarui dan menyesuaikan dengan indikator nasional mutu (INM) yang berlaku. Salah satu rekomendasi adalah meningkatkan pemanfaatan teknologi dalam proses pelayanan rumah sakit, misalnya dengan sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) yang lebih terintegrasi. Selain itu, rumah sakit perlu fokus pada pelatihan dan pengembangan staf, serta memastikan mereka memiliki pemahaman yang mendalam mengenai prosedur dan standar pelayanan yang telah ditetapkan.
- c. Meningkatkan Mutu Pendidikan, Pelatihan, dan Penelitian Kesehatan Sebagai rumah sakit yang memiliki fokus pada pendidikan dan pelatihan, rekomendasi untuk sasaran ini adalah memperluas kerja sama dengan lembaga pendidikan dan lembaga

penelitian lainnya. Ini dapat meningkatkan peluang untuk mendapatkan sumber daya, serta memperkaya pengalaman bagi staf medis dan non-medis. Selain itu, penguatan metode pelatihan berbasis teknologi dan pembelajaran jarak jauh dapat menjadi solusi yang efektif untuk mencapai pelatihan yang lebih luas dengan sumber daya yang terbatas. Terus memantau dan mengevaluasi akreditasi serta kualitas pendidikan dan pelatihan yang diberikan juga sangat penting agar rumah sakit tetap dapat mempertahankan standar yang tinggi.

Secara komprehensif, rumah sakit telah mencapai pencapaian yang sangat positif dalam setiap sasaran strategis yang telah ditetapkan. Meskipun demikian, untuk terus menjaga dan meningkatkan pencapaian tersebut, rumah sakit perlu melanjutkan upaya perbaikan yang berkelanjutan dalam hal peningkatan kualitas layanan, standarisasi mutu, serta pendidikan dan pelatihan. Implementasi teknologi, evaluasi yang lebih mendalam terhadap kepuasan masyarakat, dan penguatan kolaborasi dengan institusi pendidikan akan menjadi kunci untuk mencapai hasil yang lebih baik di masa depan.

Demikian Laporan Kinerja RSUD A. Wahab Sjahranie tahun 2024, pelaporan tahun 2025 ini kami buat dengan harapan dapat memberikan gambaran yang jelas tentang pelaksanaan Rencana Strategis RS, Perjanjian Kinerja Beserta Serapan Anggarannya

Samarinda, 10 Pebruari 2025

**Direktur
RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda**



Dr. David Harjedi Masjhoer, Sp.OT., M.K.M [MARS]
NIP. 19650314 199603 1 001

LAMPIRAN

Lampiran 1

Bukti Rencana Aksi dari Rekomendasi Inspektorat atas Hasil Evaluasi Capaian SAKIP Tahun 2024/2025

Surat Permintaan Penyampaian Laporan Rencana Aksi Kegiatan berdasarkan Perjanjian Kinerja Tri wulan IV Tahun 2024



PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR
DINAS KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ABDOEL WAHAB SJAHRANIE
Jalan Palang Merah Indonesia Nomor 1, Sidodadi, Samarinda Ulu, Samarinda 75123
Telepon (0541) 744979, 744978, 738070 (Sistem Lacak)
Laman <https://rsudaws.co.id>; Pos-el kaltim@rsudaws.co.id

Samarinda, 11 Desember 2024

Nomor : 000.7.2.8/10756/ BP

Lamp. : -

Perihal : Penyampaian Laporan Evaluasi Capaian
Kinerja Rencana Aksi Kegiatan (RAK)
Triwulan IV Tahun 2024.

Kepada Yth.
Seluruh Pejabat Struktural
(Kabag/Kabid/Jabatan Fungsional)
Di-
Samarinda

Sehubungan dengan kewajiban RSUD Abdoel Wahab Sjahrnie Samarinda untuk melaporkan Progres pencapaian Perjanjian Kinerja (PK) sesuai Renstra Triwulan IV Tahun 2024 kepada Biro Organisasi Provinsi Kalimantan Timur, maka disampaikan sebagai berikut :

1. Kepada seluruh Ka.Bagian/Bidang,Jabatan Fungsional, agar menyampaikan Laporan Evaluasi Rencana Aksi Kegiatan (RAK) berdasarkan Perjanjian Kinerja Triwulan IV tahun 2024.
2. Menyertakan Analisis Data Capaian Kinerja, berupa Rencana permasalahan dan Rencana tindaklanjut yang akan dilakukan, serta penyerapan anggaran Kegiatan/sub kegiatan yang dilaksanakan.
3. Menginput realisasi kinerja tersebut beserta data dukungnya pada aplikasi E-SAKIP (www.e-sakip.kaltimprov.go.id) sesuai dengan petunjuk pada FASILITASI PENGISIAN E-SAKIP RSUD A WAHAB SJAHRANIE 11 Desember 2023
4. Pelaporan disampaikan paling lambat tanggal 24 Desember 2024 dalam bentuk hardcopy dan softfile kepada Bagian Perencanaan dan Evaluasi Kinerja RS Cq Perencana Ahli Muda.

Demikian disampaikan untuk menjadi perhatian dan dilaksanakan sebagaimana mestinya.

Pih Direktur
Wadi Medik dan Keperawatan

dr. Nurliana Adriati Noor, M.Kes., MARS
NIP. 197212132006042007

Surat Permintaan Penyampaian Laporan Standar Pelayanan Minimal Tri wulan IV Tahun 2024



PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR

DINAS KESEHATAN

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ABDOEL WAHAB SJAHRANIE

Jalan Palang Merah Indonesia Nomor 1, Sidodadi, Samarinda Ulu, Samarinda 75123

Telepon (0541) 744979, 744978, 738070 (Sistem Lacak)

Laman <https://rsudaws.co.id>; Pos-el kaltim@rsudaws.co.id

Samarinda, 11 Desember 2024

Nomor : 000.7.2.8/10755/BP

Lamp. : -

Perihal : Penyampaian Laporan Evaluasi Standar
Pelayanan Minimal (SPM) Triwulan IV
Tahun 2024.

Kepada Yth.

Kepala Bidang/Bagian ,Instalasi,

Unit,Komite

Di-

Samarinda

Sehubungan dengan kewajiban RSUD Abdoel Wahab Sjahrnie Samarinda untuk melaporkan Progres pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) RS Triwulan IV Tahun 2024 kepada Biro Organisasi Provinsi Kalimantan Timur dan Dinas Kesehatan, maka disampaikan sebagai berikut :

1. Kepada seluruh Kepala Bidang/Bagian dan Instalasi,Unit,Komite yang ada dalam lingkup kerja direktorat terkait agar memberikan laporan SPM Triwulan IV Tahun 2024, menyertakan Analisis Data Capaian SPM berupa permasalahan dan Rencana Tindaklanjut yang akan dilakukan.
2. Pelaporan yang telah ditandatangani dan dikumpulkan pada Bidang/Bagian masing-masing, selanjutnya disampaikan kepada Bagian Perencanaan dan Evaluasi Kinerja RS Cq Perencana Ahli Muda paling lambat tanggal 24 Desember 2024 dalam bentuk hardcopy dan softfile.

Demikian disampaikan untuk menjadi perhatian dan dilaksanakan sebagaimana mestinya.


Pih Direktur
Wadir Medik dan Keperawatan

dr. Nurliana Adriati Noor, M.Kes., MARS
NIP. 197212132006042007

Bukti Laporan Kinerja Tahun 2024

- a. Rekapitulasi Capaian Kinerja berdasar Evdoren pemerintah Provinsi Kalimantan Timur
- b. Laporan Evaluasi Capaian Rencana Aksi Kegiatan Berdasarkan Perjanjian Kinerja RSUD A. Wahab Sjahranie Triwulan IV Tahun 2024
- c. Laporan Evaluasi Capaian Perjanjian Kinerja RSUD A. Wahab Sjahranie Triwulan IV Tahun 2024
- d. Laporan Evaluasi Capaian Rencana Strategis RSUD A. Wahab Sjahranie Triwulan IV Tahun 2024
- e. Laporan Evaluasi Capaian Indikator Kinerja Utama RSUD A. Wahab Sjahranie Triwulan IV Tahun 2024
- f. Laporan Evaluasi Capaian Standar Pelayanan Minimal RSUD A. Wahab Sjahranie Triwulan IV Tahun 2024

Lampiran

Rekapitulasi Capaian Program, Kegiatan dan Sub Kegiatan Triwulan IV tahun 2024 Berdasarkan Evdoren Pemerintah Prov Kalimantan Timur

Program/Kegiatan/Sub Kegiatan	Indikator	Satuan	Target Kinerja	Realisasi Kinerja	Persentase Kinerja	Predikat	Pagu	Realisasi Keuangan (Rp)	Persen (%)	Predikat
RSUD A. Wahab Sjahranie di Samarinda					95,92	ST	928.289.029.414	884.031.817.339.63	95,28	ST
PROGRAM PENUNJANG URUSAN PEMERINTAHAN DAERAH PROVINSI	Presentase Keluhan Pengguna yang Ditindaklanjuti	%	100,00	100,00	100	ST	881.743.182.637	844.491.988.391	95,78	ST
	Indeks Kualitas Layanan Kesekretariatan	Indeks	80,00	80,00	100	ST				
Perencanaan, Penganggaran, dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah	Jumlah Dokumen Perencanaan, Penganggaran dan Evaluasi Kinerja Rumah Sakit	Dokumen	56,00	56,00	100	ST	946.165.500	918.162.160	97,04	ST
Penyusunan Dokumen Perencanaan Perangkat Daerah	Jumlah Dokumen Perencanaan Perangkat Daerah	Dokumen	13,00	13,00	100	ST	597.090.000	575.360.259	96,36	ST
Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah	Jumlah Laporan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah	Laporan	38,00	38,00	100	ST	349.075.500	342.801.901	98,20	ST
Administrasi Keuangan Perangkat Daerah	Persentase Realisasi Anggaran Rumah Sakit	%	85,00	85,00	100	ST	265.475.574.123	261.514.658.115	98,51	ST
Penyediaan Gaji dan Tunjangan ASN	Jumlah Orang yang Menerima Gaji dan Tunjangan ASN	Orang/Bulan	1.100,00	1.100,00	100	ST	264.783.110.523	260.874.549.800	98,52	ST
Penyediaan Administrasi Pelaksanaan Tugas ASN	Jumlah Dokumen Hasil Penyediaan	Dokumen	4,00	4,00	100	ST	282.720.000	251.880.000	89,09	T

Program/Kegiatan/Sub Kegiatan	Indikator	Satuan	Target Kinerja	Realisasi Kinerja	Persentase Kinerja	Predikat	Pagu	Realisasi Keuangan (Rp)	Persen (%)	Predikat
	Administrasi Pelaksanaan Tugas ASN									
Koordinasi dan Penyusunan Laporan Keuangan Akhir Tahun SKPD	Jumlah Laporan Keuangan Akhir Tahun SKPD dan Laporan Hasil Koordinasi Penyusunan Laporan Keuangan Akhir Tahun SKPD	Laporan	21,00	21,00	100	ST	409.743.600	388.228.315	94,75	ST
Administrasi Barang Milik Daerah pada Perangkat Daerah	Jumlah Dokumen Administrasi Barang Milik Rumah Sakit	Dokumen	20,00	20,00	100	ST	6.450.000	2.700.000	41,86	SR
Pembinaan, Pengawasan, dan Pengendalian Barang Milik Daerah pada SKPD	Jumlah Laporan Hasil Pembinaan, Pengawasan, dan Pengendalian Barang Milik Daerah pada SKPD	Laporan	2,00	2,00	100	ST	6.450.000	2.700.000	41,86	SR
Administrasi Kepegawaian Perangkat Daerah	Jumlah Kegiatan Penunjang Administrasi Kepegawaian yang di penuhi Rumah Sakit	Kegiatan	43,00	43,00	100	ST	984.076.000	810.000.000	82,31	T
Pengadaan Pakaian Dinas Beserta Atribut Kelengkapannya	Jumlah Paket Pakaian Dinas Beserta Atribut Kelengkapan	Paket	1,00	1,00	100	ST	984.076.000	810.000.000	82,31	T
Sosialisasi Peraturan Perundang-Undangan	Jumlah Orang yang Mengikuti Sosialisasi Peraturan Perundang-Undangan	Orang	1.580,00	1.580,00	100	ST	0	-	-	
Administrasi Umum Perangkat Daerah	Jumlah Ketersediaan Penunjang Kegiatan Administrasi Umum yang di fasilitasi	Paket	571,00	571,00	100	ST	3.591.911.321	3.105.606.072	86,46	T

Program/Kegiatan/Sub Kegiatan	Indikator	Satuan	Target Kinerja	Realisasi Kinerja	Persentase Kinerja	Predikat	Pagu	Realisasi Keuangan (Rp)	Persen (%)	Predikat
Penyediaan Peralatan dan Perlengkapan Kantor	Jumlah Paket Peralatan dan Perlengkapan Kantor yang Disediakan	Paket	567,00	567,00	100	ST	1.157.211.630	987.441.100	85,33	S
Penyediaan Barang Cetak dan Penggandaan	Jumlah Paket Barang Cetak dan Penggandaan yang Disediakan	Paket	2,00	2,00	100	ST	463.927.691	258.862.797	55,80	R
Penyelenggaraan Rapat Koordinasi dan Konsultasi SKPD	Jumlah Laporan Penyelenggaraan Rapat Koordinasi dan Konsultasi SKPD	Laporan	288,00	288,00	100	ST	1.970.772.000	1.859.302.175	94,34	ST
Pengadaan Barang Milik Daerah Penunjang Urusan Pemerintah Daerah	Jumlah Ketersediaan dari Pengadaan Barang dan Penunjang milik Rumah Sakit	Unit	93,00	90,00	96,77	ST	5.136.972.151	4.434.976.500	86,33	T
Pengadaan Kendaraan Perorangan Dinas atau Kendaraan Dinas Jabatan	Jumlah Unit Kendaraan Perorangan Dinas atau Kendaraan Dinas Jabatan yang Disediakan	Unit	1,00	0,00	0	SR	0	0,00	0,00	-
Pengadaan Kendaraan Dinas Operasional atau Lapangan	Jumlah Unit Kendaraan Dinas Operasional atau Lapangan yang Disediakan	Unit	2,00	2,00	100	ST	516.053.500	465.800.000	90,26	ST
Pengadaan Mebel	Jumlah Paket Mebel yang Disediakan	Paket	29,00	29,00	100	ST	561.248.373	420.064.500	74,84	T
Pengadaan Peralatan dan Mesin Lainnya	Jumlah Unit Peralatan dan Mesin Lainnya yang Disediakan	Unit	219,00	219,00	100	ST	4.059.670.278	3.549.112.000	87,42	T
Pemeliharaan Barang Milik Daerah Penunjang	Jumlah Unit Barang Penunjang Milik Rumah	Unit	75,00	70,00	93,33	ST	1.841.306.860	1.534.525.837	83,34	T

Program/Kegiatan/Sub Kegiatan	Indikator	Satuan	Target Kinerja	Realisasi Kinerja	Persentase Kinerja	Predikat	Pagu	Realisasi Keuangan (Rp)	Persen (%)	Predikat
Urusan Pemerintahan Daerah	Sakit yang dilakukan pemeliharaan									
Penyediaan Jasa Pemeliharaan, Biaya Pemeliharaan dan Pajak Kendaraan Perorangan Dinas atau Kendaraan Dinas Jabatan	Jumlah Kendaraan Perorangan Dinas atau Kendaraan Dinas Jabatan yang Dipelihara dan Dibayarkan Pajaknya	Unit	31,00	26,00	84	T	279.921.000	85.702.671	30,62	SR
Pemeliharaan Peralatan dan Mesin Lainnya	Jumlah Peralatan dan Mesin Lainnya yang Dipelihara	Unit	5,00	5,00	100	ST	514.691.000	420.246.000	81,65	T
Pemeliharaan/Rehabilitasi Gedung Kantor dan Bangunan Lainnya	Jumlah Gedung Kantor dan Bangunan Lainnya yang Dipelihara/Direhabilitasi	Unit	3,00	3,00	100	ST	1.046.694.860	1.028.577.166	98,27	ST
Peningkatan Pelayanan BLUD	Persentase Realisasi Target Anggaran Pendapatan dari layanan BLUD	%	88,00	89,84	102	ST	603.760.726.682	571.785.524.823.63	94,77	ST
Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	Jumlah BLUD yang Menyediakan Pelayanan dan Penunjang Pelayanan	Unit Kerja	1,00	1,00	100	ST	603.760.726.682	572.171.359.707	94,77	ST
PROGRAM PEMENUHAN UPAYA KESEHATAN PERORANGAN DAN UPAYA KESEHATAN MASYARAKAT	Persentase capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) RS	%	88,00	86,90	98,75	ST	43.869.623.177	37.539.995.826	85,57	T

Program/Kegiatan/Sub Kegiatan	Indikator	Satuan	Target Kinerja	Realisasi Kinerja	Persentase Kinerja	Predikat	Pagu	Realisasi Keuangan (Rp)	Persen (%)	Predikat
Penyediaan Fasilitas Pelayanan, Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi	Nilai ASPAK/Tingkat Kelengkapan Data Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan (SPA)	Nilai	90,00	90,00	100	ST	42.598.640.887	36.804.493.960	86,40	T
Pembangunan Rumah Sakit Beserta Sarana dan Prasarana Pendukungnya	Jumlah Rumah Sakit Baru yang Memenuhi Rasio Tempat Tidur Terhadap Jumlah Penduduk Minimal 1:1000	Unit	1,00	1,00	100	ST	0		0,00	-
Pengadaan Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Layanan Kesehatan	Jumlah Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Layanan Kesehatan yang Disediakan	Unit	466,00	439,00	94	ST	41.377.084.087	35.796.449.460	86,51	T
Pemeliharaan Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Layanan Kesehatan	Jumlah Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Layanan Kesehatan yang Terpelihara Sesuai Standar	Unit	4.589,00	4.589,00	100	ST	1.221.556.800	1.008.044.500	82,52	T
Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi	Persentase Angka Kunjungan Rawat Jalan yang terlayani	%	100,00	100,00	100	ST	606.593.600	289.188.000	47,67	SR

Program/Kegiatan/Sub Kegiatan	Indikator	Satuan	Target Kinerja	Realisasi Kinerja	Persentase Kinerja	Predikat	Pagu	Realisasi Keuangan (Rp)	Persen (%)	Predikat
Operasional Pelayanan Rumah Sakit	Jumlah Dokumen Operasional Pelayanan Rumah Sakit	Dokumen	15,00	12,00	80	T	606.593.600	289.188.000	47,67	SR
Penyelenggaraan Sistem Informasi Kesehatan Secara Terintegrasi	Persentase Layanan RS Terintegrasi Secara Sistem	%	50,00	50,00	100	ST	664.388.690	446.313.866	67,18	S
Pengelolaan Sistem Informasi Kesehatan	Jumlah Dokumen Hasil Pengelolaan Sistem Informasi Kesehatan	Dokumen	3,00	3,00	100	ST	664.388.690	446.313.866	67,18	S
PROGRAM PENINGKATAN KAPASITAS SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN	Persentase Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) yang dilatih dan ditingkatkan kompetensinya	%	65,00	62,00	95	ST	2.676.223.600	2.420.289.935	90,44	ST
Pengembangan Mutu dan Peningkatan Kompetensi Teknis Sumber Daya Manusia Kesehatan Tingkat Daerah Provinsi	Persentase peningkatan kompetensi karyawan melalui pelatihan 20 JPL/Thn di RS	%	60,00	59,00	98	ST	2.676.223.600	2.420.289.935	90,44	ST
Peningkatan Kompetensi dan Kualifikasi Sumber Daya Manusia Kesehatan	Jumlah Sumber Daya Manusia Kesehatan Kompetensi dan Kualifikasi Meningkatkan	Orang	734,00	668,00	91,01	ST	2.676.223.600	2.420.289.935	90,44	ST

Sumber data : Evdoren TW IV Tahun 202



LAPORAN CAPAIAN KINERJA TRIWULAN IV BERDASARKAN RENCANA AKSI KEGIATAN (RAK)

RSUD ABDOEL WAHAB SJAHRANIE
TAHUN LAPORAN 2025



#rsudaws We Serve You *Safely*





LAPORAN

EVALUASI CAPAIAN PERJANJIAN KINERJA (PK)

TRIWULAN IV TAHUN 2024

RSUD A.W. SJHRANIE SAMARINDA
TAHUN LAPORAN 2025

BerAKHLAK
Sudahnya Pelayanan, Mudah bagi Masyarakat

**#bangga
melayani
bangsa**

#rsudaws

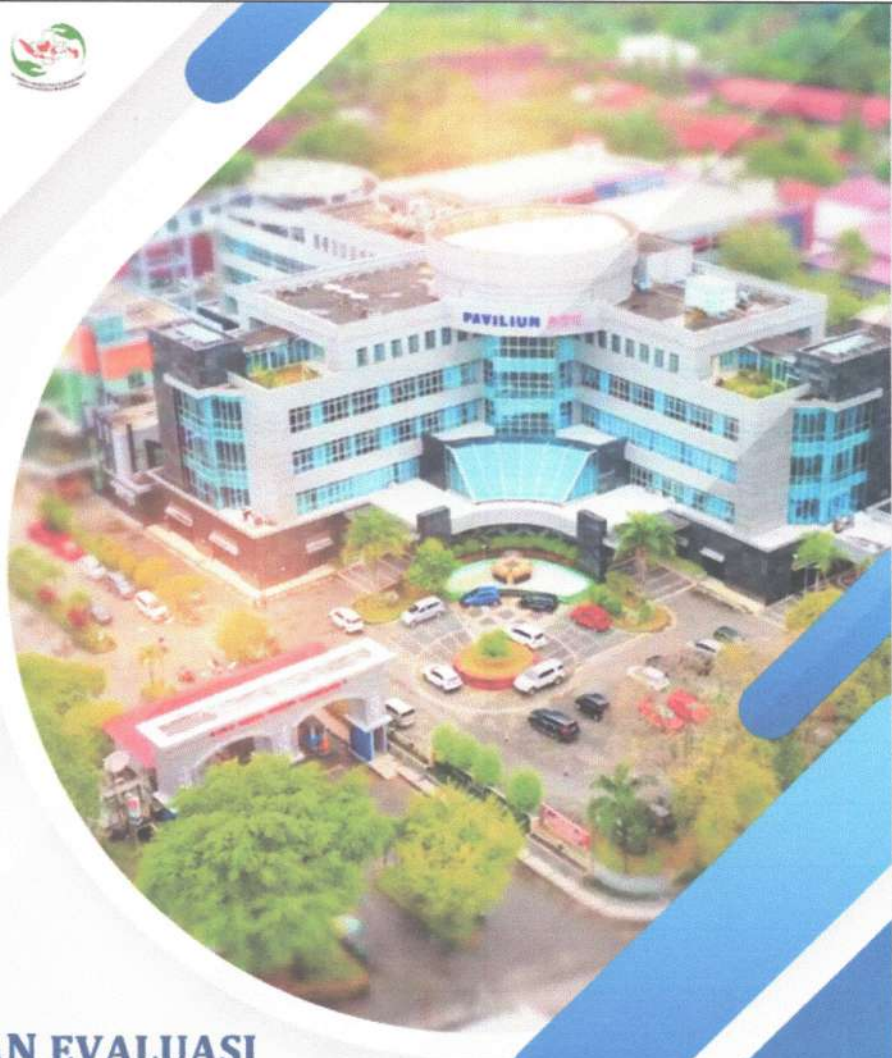
We Serve You

Safely

RSUD AW Sjahrani

rsudaws

rsudaws.co.id



LAPORAN EVALUASI

RENCANA STRATEGIS (RENSTRA) TRIWULAN IV TAHUN 2024

**RSUD ABDOEL WAHAB SJAHRANIE
SAMARINDA**



#rsudaws We Serve You *Safely*

f RSUD AW Sjahrani @rsudaws rsudaws.co.id



LAPORAN EVALUASI

STANDAR PELAYANAN MINIMAL TW IV TAHUN 2024

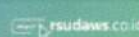
**RSUD ABDOEL WAHAB SJHRANIE
TAHUN LAPORAN 2025**



#rsudaws

We Serve You

Safely



Bukti Surat Permintaan Rekomendasi Direktur atas Laporan Hasil Capaian Kinerja Triwulan IV Tahun 2024



PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ABDOEL WAHAB SJHRANIE

Jalan Palang Merah Indonesia Nomor 1, Sidodadi, Samarinda Ulu, Samarinda 75123
Telepon (0541) 744979, 744978, 738070 (Sistem Lacak)
Laman <https://rsudaws.co.id>; Pos-el kaltim@rsudaws.co.id

Nomor : 000.7/1405/BP
Lampiran : 1 bundel
Hal : Permohonan rekomendasi dari
Evaluasi Rencana Aksi Kegiatan
Triwulan IV Tahun 2024

Kepada Yth.
Direktur RSUD A.W. Sjahranie
Di- Samarinda

Sehubungan dengan telah dilakukannya monitoring dan evaluasi terhadap capaian Program/Kegiatan melalui Rencana Aksi Kegiatan Bidang/Bagian di Triwulan IV tahun 2023 ini, maka dimohonkan kepada bapak Direktur untuk memberikan Rekomendasi atas hasil capaian kinerja tersebut. Dengan harapan rekomendasi ini sebagai dasar tindak lanjut para kepala bagian /bidang dalam melakukan rencana aksi selanjutnya

Demikian surat ini kami buat atas perhatian dan perkenan bapak diucapkan terimakasih

Samarinda, 10 Januari 2025
Wadir Umum dan Keuangan


drg. Agung Dwi Kurianto., Sp.Prost
NIP. 196507151993031009

Bukti Rekomendasi Direktur atas Laporan Hasil Capaian Kinerja Triwulan IV Tahun 2024

LAMPIRAN

LEMBAR REKOMENDASI PIMPINAN ATAS CAPAIAN KINERJA TRIWULAN IV TAHUN 2024

Program/Kegiatan/Sub Kegiatan	Satuan	Target Kinerja	Realisasi Kinerja	Persentase Kinerja	Predikat	Pagu	Realisasi Keuangan (Rp)	Persen (%)	Predikat	PIC	Rekomendasi Pimpinan
Waktu A. Jember Kabupaten Sampung				95,92	ST	528.285.829.418	884.692.274.157	91,23	ST		
Prosesor Perangkat Lunak	Unit	100,00	100,00	100	ST					Bagian Perencanaan dan Evaluasi Kinerja RS	
Perencanaan, Penganggaran, dan Evaluasi Kinerja Perangkat Lunak	Proses	90,00	90,00	100	ST	380.742.100.000	844.401.888.891	91,72	ST		
Perencanaan, Penganggaran, dan Evaluasi Kinerja Perangkat Lunak	Dokumen	95,00	95,00	100	ST	946.100.500	918.182.160	87,04	ST		
Penyusunan Dokumen Perencanaan Perangkat Daerah	Dokumen	13,00	13,00	100	ST	597.090.000	575.360.259	96,36	ST		
Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah	Laporan	38,00	38,00	100	ST	349.075.500	342.801.901	98,20	ST		
Efisiensi Keuangan Perangkat Daerah	%	95,00	95,00	100	ST	305.475.374.123	281.514.408.115	92,15	ST		
Penyediaan Gaji dan Tunjangan ASN	Orang/Bulan	1.100,00	1.100,00	100	ST	264.783.110.523	260.874.549.800	98,52	ST	Bagian Keuangan dan Penganggaran	
Penyediaan Administrasi Pelaksanaan Tugas ASN	Dokumen	4,00	4,00	100	ST	282.720.000	251.880.000	89,09	T		

19

Program/Kegiatan/Sub Kegiatan	Satuan	Target Kinerja	Realisasi Kinerja	Persentase Kinerja	Predikat	Pagu	Realisasi Keuangan (Rp)	Persen (%)	Predikat	PIC	Rekomendasi Pimpinan
Koordinasi dan Penyusunan Laporan Kesangian Akhir Tahun SKPD	Laporan	21,00	21,00	100	ST	409.743.600	388.228.315	94,75	ST		
Administrasi Barang Milik Daerah pada Perangkat Daerah	Dokumen	20,00	20,00	100	ST	6.450.000	1.700.000	41,86	ST	Bagian Umum, Hukum dan Humas	
Pembinaan, Pengawasan, dan Pengendalian Barang Milik Daerah pada SKPD	Laporan	2,00	2,00	100	ST	6.450.000	2.700.000	41,86	SR		
Administrasi Pengelolaan Perangkat Daerah	Laporan	43,00	43,00	100	ST	984.079.000	810.000.000	82,31	T		
Pengadaan Pakalan Dinas Beserta Atribut Kelengkapannya	Paket	1,00	1,00	100	ST	984.079.000	810.000.000	82,31	T	Bagian Umum, Hukum dan Humas	
Sosialisasi Peraturan Perundang-Undangan	Orang	1.580,00	1.580,00	100	ST	0					
Administrasi Umum Perangkat Daerah	Paket	571,00	571,00	100	ST	3.392.511.321	3.105.400.072	91,56	T		
Penyediaan Peralatan dan Perlengkapan Kantor	Paket	567,00	567,00	100	ST	1.157.211.630	987.441.100	85,33	T	Bagian Umum, Hukum dan Humas	1. Perbaiki kinerja yang kurang 2. Sesuaikan perencanaan
Penyediaan Barang Cetak dan Pengandaian	Paket	2,00	2,00	100	ST	463.927.691	258.862.797	55,80	R		
Penyenggaraan Rapat Koordinasi dan Konsultasi SKPD	Laporan	288,00	288,00	100	ST	1.970.772.000	1.859.302.175	94,34	ST		

Program/Kegiatan/Sub Kegiatan	Satuan	Target Kinerja	Realisasi Kinerja	Persentase Kinerja	Predikat	Pagu	Realisasi Keuangan (Rp)	Persen (%)	Predikat	PIC	Rekomendasi Pimpinan
Pengadaan Barang Bekas Daerah Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah	Unit	92,00	90,00	96,77	ST	5.136.973.151	4.434.926.506	86,39	T		
Pengadaan Kendaraan Perorangan Dinas atau Kendaraan Dinas Jabatan	Unit	1,00	0,00	0	SR	0	0	0,00	SR	Bagian Umum, Hukum dan Humas	Sesuai dengan perencanaan
Pengadaan Kendaraan Dinas Operasional atau Lapangan	Unit	2,00	2,00	100	ST	516.053.500	465.800.000	90,26	ST		
Pengadaan Mebel	Paket	29,00	29,00	100	ST	561.248.373	420.064.500	74,84	S		
Pengadaan Peralatan dan Mesin Lainnya	Unit	219,00	219,00	100	ST	4.059.670.278	3.549.112.000	87,42	T		
Pemeliharaan Barang Bekas Daerah Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah	Unit	75,00	70,08	93,33	ST	1.841.506.860	1.594.320.837	86,54	T		
Pemeliharaan Jasa Pemeliharaan, Biaya Pemeliharaan dan Pajak Kendaraan Perorangan Dinas atau Kendaraan Dinas Jabatan	Unit	31,00	26,00	84	T	279.921.000	85.702.671	30,62	SR	Bagian Umum, Hukum dan Humas	Evaluasi kinerja untuk perbaikan di tahun 2025
Pemeliharaan Peralatan dan Mesin Lainnya	Unit	5,00	5,00	100	ST	514.691.000	420.246.000	81,65	T		
Pemeliharaan/Rehabilitasi Gedung Kantor dan Bangunan Lainnya	Unit	3,00	3,00	100	ST	1.046.694.860	1.028.577.166	98,27	ST		
Peningkatan Pelayanan BLUD	%	86,00	89,64	102	ST	603.790.724.682	572.171.359.707	94,77	ST		
Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	Unit/kerja	1,00	1,00	100	ST	603.760.726.682	572.171.359.707	94,77	ST	Semua Bidang/Bagian	Pertahankan untuk ditahun 2025.

Program/Kegiatan/Sub Kegiatan	Satuan	Target Kinerja	Realisasi Kinerja	Persentase Kinerja	Predikat	Pagu	Realisasi Keuangan (Rp)	Persen (%)	Predikat	PIC	Rekomendasi Pimpinan
PROSEDUR PENGELOMPOKAN LINGKAR KERJA/TAJUK PEKERJAAN DIKORPORASIKAN KE DALAM KUALIFIKASI MANUSIA KESEHATAN	%	89,30	85,96	96,37	ST	83.989.421.177	37.537.996.428	44,67	T		
Pemeliharaan Fasilitas Pengadaan, Simba, Prasana dan Alat Kesehatan untuk LKSP, Fasilitas, Unit dan LKSP Bujukan Tingkat Daerah Provinsi	Unit	90,00	90,00	100	ST	82.598.640.087	36.804.496.966	44,47	T		
Pembangunan Rumah Sakit Berserta Sarana dan Prasarana Pendukungnya	Unit	1,00	1,00	100	ST	0	0,00	0,00	-	1. Bidang Pelayanan Medik, 2. Bidang Penunjang Medik 3. Bidang Penunjang Non Medik	Sesuai dengan perencanaan untuk perbaikan di tahun 2025
Pengadaan Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Layanan Kesehatan	Unit	466,00	439,00	94	ST	41.377.084.087	35.796.449.460	86,51	T		
Pemeliharaan Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Layanan Kesehatan	Unit	4.589,00	4.589,00	100	ST	1.221.556.800	1.008.044.500	82,52	T		
Pemeliharaan Fasilitas untuk LKSP, Bujukan, Unit dan LKSP Bujukan Tingkat Daerah Provinsi	%	100,00	100,00	100	ST	906.591.600	748.184.000	82,67	SR		
Operasional Pelayanan Rumah Sakit	Dokumen	15,00	12,00	80	T	606.593.600	289.188.000	47,67	SR		Sesuai dengan rencana

Program/Kegiatan/Sub Kegiatan	Satuan	Target Kinerja	Realisasi Kinerja	Persentase Kinerja	Predikat	Pagu	Realisasi Keuangan (Rp)	Persen (%)	Predikat	PIC	Rekomendasi Pimpinan
Peningkatan Sistem Informasi Kesehatan Secara Terintegrasi	%	50,90	50,00	100	ST	664.388.690	446.313.866	67,18	S		
Pengelolaan Sistem Informasi Kesehatan	Dokumen	3,00	3,00	100	ST	664.388.690	446.313.866	67,18	R	1. Bidang Penunjang Non Medik	Pertahankan
PROSEDUR PENGELOMPOKAN KUALIFIKASI SUKSES DAN KEMAMPUAN	%	75,00	67,20	89,60	ST	2.676.223.600	1.420.289.935	52,99	ST		
Pengembangan Alat dan Peningkatan Kemampuan Teknis Sumber Daya Manusia Kesehatan Tingkat Daerah Provinsi	%	90,00	58,00	64,44	ST	2.676.223.600	1.420.289.935	52,99	ST		
Peningkatan Kompetensi dan Kualifikasi Sumber Daya Manusia Kesehatan	Orang	734,00	668,00	91,01	ST	2.676.223.600	2.420.289.935	90,44	ST	1. Bidang Pelayanan Medik, 2. Bidang Dilit dan Penelitian	

Lampiran 2
Bukti Pemberian Reward dan Funisment
Atas Capaian Kinerja Bidang / Bagian Tahun 2024

Bukti Surat Penyampaian Tentang Reward dan Funisment atas Capaian Kinerja
bidang/Bagian Tahun 2024



PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR
DINAS KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ABDOEL WAHAB SJAHRANIE
 Jalan Palang Merah Indonesia Nomor 1, Sidodadi, Samarinda Ulu, Samarinda 75123
 Telepon (0541) 744979, 744978, 738070 (Sistem Lacak)
 Laman <http://rsudaws.co.id>; Pos-el kaltim@rsudaws.co.id

Samarinda, 11 Februari 2025

Nomor : 000.8/984/BP
 Lamp. : 2(dua) berkas
 Perihal : Pemberian Penghargaan atas Prestasi Kinerja Tahun 2024

Kepada Yth.
 Seluruh Kepala Bidang/ Bagian
 Di-
 Samarinda

Sehubungan dengan telah dilakukannya Penilaian Kinerja Tahun 2024 oleh Rumah Sakit terhadap Kinerja Bidang/Bagian/Instalasi/Unit maka dengan ini kami sampaikan penghargaan atas Prestasi Kinerja yang telah dilaksanakan, adapun Prestasi Kinerja tersebut adalah:

1. Capaian target kinerja dari Bidang/Bagian atas Pelaksanaan Rencana Aksi Kegiatan berdasarkan Perjanjian Kinerja Tahun 2024
2. Capaian Target Kinerja dari Bidang/Bagian/Instalasi/Unit atas Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal (SPM) tahun 2024

Demikian disampaikan, agar penghargaan ini dapat menjadi motivasi dan dapat meningkatkan kinerja untuk tahun mendatang.

Direktur
 RSUD. Abdoel Wahab Sjahranie



dr. David Hariadi Masihoe, Sp.OT, M.K.M (MARS)
 Nip. 19650314 199803 1 001

I. PENILAIAN HASIL KINERJA BIDANG/BAGIAN ATAS PELAKSANAAN RENCANA AKSI KEGIATAN BERDASARKAN PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2024

REWARD CAPAIAN RAK TAHUN 2024

NO	BIDANG/BAGIAN	CAPAIAN	INTERPRETASI
1	BAGIAN PERENCANAAN	100%	AA
2	BAGIAN UMUM	100%	AA
3	BIDANG PELAYANAN	100%	AA
4	BIDANG KEPERAWATAN	100%	AA
5	BIDANG PENUNJANG NON MEDIK	100%	AA
6	BAGIAN AKUNTANSI	100%	AA
7	BAGIAN KEUANGAN	97%	AA
8	BAGIAN SDM	92%	AA
9	BIDANG PENUNJANG MEDIK	86%	A
10	BIDANG DIKLIT	86%	A

Kriteria penilaian		Bidang/Bagian	Persentase
nilai > 91 s/d 100 = Sangat Memuaskan	(AA)	8	80%
nilai > 81 s/d 90 = Memuaskan	(A)	2	20%
nilai > 71 s/d 80 = Sangat Baik	(BB)		
nilai > 61 s/d 70 = Baik	(B)		
nilai > 51 s/d 60 = Cukup / Memadai	(CC)		
nilai > 31 s/d 50 = Kurang	(C)		
nilai > 0 s/d 30 = Sangat Kurang	(D)		
		10	100%

PENILAIAN HASIL KINERJA BIDANG/BAGIAN/INSTALASI/UNIT ATAS PEMENUHAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM) TAHUN 2024 (NILAI YANG MEMPEROLEH PIAGAM ADALAH MINIMAL 95%)

REWARD CAPAIAN SPM TAHUN 2024

No.	Nama Bidang/Bagian/Instalasi/Unit	Jumlah Indikator	Capaian	Interpretasi
1	Pelayanan Farmasi	8	108,5%	AA
2	Pelayanan Komite etik & hukum	2	100,0%	AA
3	Pelayanan Kesling Pengelolaan kebersihan Gedung dan Taman	10	100,0%	AA
4	Pelayanan Bedah Sentral	12	99,99%	AA
5	Komite Keperawatan	6	99,40%	AA
6	Pelayanan Medical Check UP	8	99,23%	AA
7	Pelayanan Kedokteran Nuklir	7	99,12%	AA
8	Pelayanan Radiologi	7	98,90%	AA
9	Pelayanan Medis	7	98,75%	AA
10	Pelayanan Gizi	12	97,75%	AA
11	Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik	10	97,39%	AA
12	Pelayanan Mutu profesionalisme (Komite Medik)	7	96,57%	AA
13	Pelayanan Pemulasaraan Jenazah	7	95,29%	AA

Bukti Piagam Penghargaan / Reward atas Pencapaian Kinerja Tahun 2024





PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR

DINAS KESEHATAN

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ABDOEL WAHAB SJAHRANIE

Jalan Palang Merah Indonesia Nomor 1, Sidodadi, Samarinda Ulu, Samarinda 75123

Telepon (0541) 744979, 744978, 738070 (Sistem Lacak)

Laman <https://rsudaws.co.id>; Pos-el kaltim@rsudaws.co.id

Samarinda, 11 Februari 2025

Nomor : 000.8/949/BP
Lamp. : 1(satu) berkas
Perihal : *Pembinaan atas Evaluasi Kinerja Tahun 2024*

Kepada Yth.
1. Ka. Instalasi Rekam Medik
2. Ketua Komite Etik & Penelitian kesehatan
3. Ka. Bidang Keperawatan
Di-
Samarinda

Sehubungan dengan telah dilakukannya Penilaian Kinerja Tahun 2023 atas Capaian Target Standar Pelayanan Minimal oleh Rumah Sakit terhadap Kinerja Bidang/Bagian/Instalasi/Unit maka dengan ini kami sampaikan :

No.	Bagian/Bidang,Instalasi,Unit	Indikator Pelayanan	Capaian	Predikat Penilaian
1	Pelayanan Rekam Medik	6	62,72%	B
2	Pelayanan Komite etik & Penelitian Kesehatan	5	62,80%	
3	Bidang Keperawatan	7	68,34%	

Memperhatikan hasil capaian target pada 1 Pelayanan diatas yang belum sesuai dengan harapan maka disarankan agar melaksanakan dan meningkatkan capaian target indikator-indikator yang tercantum dalam Standar Pelayanan Minimal yang telah ditetapkan.

Demikian disampaikan, agar pembinaan ini dapat memotivasi dan meningkatkan kinerja untuk tahun mendatang.

Direktur

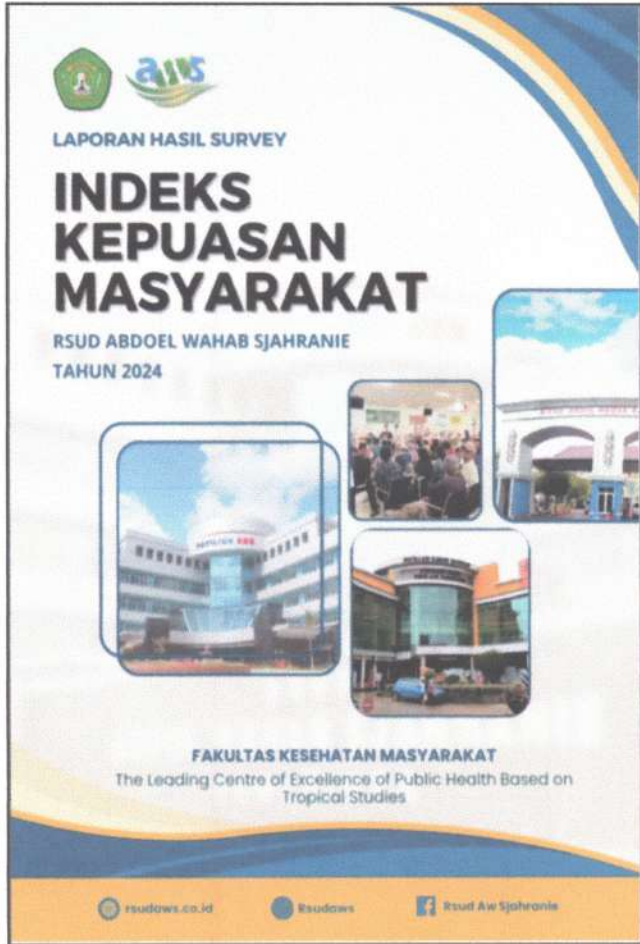
RSUD Abdoel Wahab Sjahranié

dr. David Hariadi Masjhoer, Sp.OT, M.K.M (MARS)

Nip. 19650314 199803 1 001

Lampiran 3
Bukti Survei Kepuasan Masyarakat (SKM)
Tahun 2024


Bukti Survei Kepuasan Masyarakat Semester I Tahun 2024



Tabel 5. Nilai Rekapitulasi Rata-Rata Unsur Tahun 2024

Rekapitulasi Data IKM	Inisiatif/Unsur	NRR/Unsur (Nilai/Unsur Yang Terjawab)	NRR Tertimbang Per Unsur	Jumlah Responden	Persepsi Mutu Pelayanan
Persyaratan System	4693.0	4.11	4.109457093	1142	B
Mekanisme Dan Prosedur	4715.0	4.13	4.128721541	1142	B
Waktu Penyelesaian	4923.0	4.31	4.310856144	1142	B
Biaya/ Tarif	4763.0	4.15	4.147110333	1142	B
Produk Spesifikasi Jenis Pelayanan	4708.0	4.12	4.122591944	1142	B
Kompetensi Petaksana	4729.2	4.14	4.14119965	1142	B
Perilaku Pelaksana	4819.5	4.22	4.220227671	1142	B
Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	4684.0	4.10	4.101576182	1142	B
Sarana dan Prasarana	4705.0	4.12	4.119965	1142	B
Keterangan					
U1 – U9	Unsur unsur pelayanan				
NRR	Nilai rata rata				
IKM	Indeks kepuasan Masyarakat				
*)	Jumlah NRR IKM tertimbang				
**)	Jumlah NRR tertimbang x 20				
NRR Per Unsur	Jumlah nilai per unsur/ jumlah kuisioner yang terisi				
NRR Tertimbang	NRR per unsur x 0,11 per unsur				
Mutu Pelayanan	Nilai Interval	Nilai Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)			
A (Sangat Baik)	88.1 – 100	83.11			
B (Baik)	73.3 – 88.0				
C (Kurang Baik)	56.9 – 73.2				
D (Tidak Baik)	43.0 – 56.8				
		BAK			

Bukti Survei Kepuasan Masyarakat Semester II Tahun 2024

TAHUN


2024

SURVEY

INDEKS


KEPUASAN

MASYARAKAT

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

ABDOEL WAHAB SJAHRANIE

Semester 2



Disusun oleh :

Tim Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Mulawarman

@rsudaws
 www.rsudaws.co.id
 RSUD AW Sjahranie

Tabel 5. Nilai Rekapitulasi Rata-Rata Unsur Tahun 2024

Rekapitulasi Data IKM	Nilai/Unsur	NRR/Unsur (Nilai/Unsur Yang Terjawab)	NRR Tertimbang Per Unsur	Jumlah Responden	Ppersepsi Mutu Pelayanan
Persyaratan	5643.0	4.46	4,4643000	1264	B
System, Mekanisme Dan Prosedur	5492.0	4.34	4,3449000	1264	B
Waktu Penyelesaian	5087.0	4.02	4,0249000	1264	B
Biaya/ Tarif	5169.0	4.09	4,0890000	1264	B
Produk Spesifikasi Jenis Pelayanan	5509.0	4.36	4,3583000	1264	B
Kompetensi Pelaksana	5608.0	4.44	4,4367000	1264	B
Perilaku Pelaksana	5535.5	4.38	4,3793000	1264	B
Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	4905.0	3.88	3,8805000	1264	B
Sarana dan Prasarana	5499.3	4.35	4,3507000	1264	B
Keterangan					
U1 – U9	Unsur unsur pelayanan				
NRR	Nilai rata rata				
IKM	Indeks kepuasan Masyarakat				
*)	Jumlah NRR IKM tertimbang				
**)	Jumlah NRR tertimbang x 20				
NRR Per Unsur	Jumlah nilai per unsur/ jumlah kuisioner yang terisi				
NRR Tertimbang	NRR per unsur x 0,11 per unsur				
Mutu Pelayanan	Nilai Interval	Nilai Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)			
A (Sangat Baik)	88.1 – 100	85.17			
B (Baik)	73.3 – 88.0				
C (Kurang Baik)	56.9 – 73.2				
D (Tidak Baik)	43.0 – 56.8				
		BAIK			

Lampiran 4
 Bukti Survei Kepuasan Pegawai (SKP)
 Tahun 2024

Bukti Survei Kepuasan Pegawai Tahun 2024



Tabel 4. 3 Indeks Kepuasan Pegawai Tahun 2024

Nilai Indeks Kepuasan Pegawai	Responden	
76.53	Jumlah (N)	365 Pegawai
	Jenis Kelamin	Laki-laki : 127 Orang Perempuan : 237 orang
	Status	PNS : 140 orang PPPK : 107 orang PKWT : 116 orang
	B	Periode survey : September - November 2024

Nilai Persepsi	Nilai Interval	Nilai Interval Konversi	Mutu Pelayanan	Kinerja Pelayanan
1	1,00 – 2,10	20,00 – 42,99	E	Tidak Baik
2	2,11 – 2,84	43 – 56,8	D	Kurang Baik
3	2,85 – 3,66	56,9 – 73,2	C	Cukup Baik
4	3,67 – 4,40	73,3 - 88	B	Bark
5	4,41 – 5,00	88,1 – 100	A	Sangat Baik

Bukti Survei Indeks Persepsi Korupsi Tahun 2024



Hasil survei persepsi korupsi pada Unit Pelayanan RSUD Abdoel Wahab Sjahranié diperoleh nilai Indeks Persepsi Korupsi 4,22 atau masuk kategori **BERSIH DARI KORUPSI** (kisaran nilai 3,51-4,25) atau jika dikonversi berada pada angka 84,47 (71 – 85). Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa petugas pelayanan dalam memberikan pelayanan sudah dilakukan dengan baik, transparan, bersih dan akuntabel.

Lampiran 6
Bukti Penerimaan Penghargaan RS

Penghargaan Dari Pemprov Kaltim sebagai Peringkat I Perangkat Daerah Terbaik Prov Kaltim Tahun 2024 Kategori Penerapan Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP)



Penerima Penganugerahan Keterbukaan Informasi Publik Terbaik I Kategori BLUD Provinsi Kalimantan Timur Tahun 2024 INFORMATIF dengan Nilai 99.50



Penghargaan Sebagai Sepuluh Rumah Sakit Terbaik pada Bidang Layanan Kanker Tahun 2024



Penghargaan Sebagai Peringkat 2 atas penerapan aplikasi SRIKANDI dilingkungan Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur



Penghargaan Pengelolaan Pengaduan Melalui S4PAN-LAPOR Terbaik IV Tahun 2024



Penghargaan Juara 1 kategori Lomba Karya Tulis Ilmiah Oleh Ns. Siti Wardatun Hasanah, S.Kep., M.M (Perencana Ahli Muda) pada kegiatan Temu Nasional Akreditasi Rumah Sakit (TeNARS) II Lars DHP, Jakarta 5-7 September 2024



Penghargaan Sebagai Pemenang Peringkat Kesatu kategori Dokter Pemenang Tenaga Kesehatan Teladan Rumah Sakit Milik Pemerintah Daerah Tingkat Provinsi Kalimantan Timur Tahun 2024

