

PEMERINTAH DAERAH
KABUPATEN LUWU TIMUR

LAKIP

LAPORAN AKUNTABILITAS
KINERJA INSTANSI PEMERINTAH

2024

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



ALAMAT KANTOR

JL. SANGKURWIRA NO. 01, DESA. BAWALIPU, KEC. WOTU
Website, www.rsudilagaligo.uwutimur.go.id

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kita panjatkan kehadiran Allah Subhanahu Wata'ala atas semua limpahan Rahmat dan Karunia-Nya, sehingga tahun 2024 telah dilalui dengan melaksanakan program dan kegiatan dalam rangka pencapaian tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan.

Program dan kegiatan dapat terlaksana atas kerja keras serta kerjasama yang baik di dalam organisasi RSUD I Lagaligo yang kemudian tertuang dalam Laporan Tahunan Periode Tahun 2024 dan Laporan Akuntabilitas Kinerja.

Laporan Akuntabilitas Kinerja dibuat sebagai wujud pertanggungjawaban pelaksanaan tugas pokok, fungsi pengelolaan sumber daya dan pelaksanaan kebijaksanaan yang dipercayakan kepada instansi pemerintah, berdasarkan suatu sistem akuntabilitas yang memadai sesuai dengan peraturan presiden nomor 29 tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP), serta mengacu pada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2416/Menkes/Per/XII/2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian Kesehatan, Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 89 Tahun 2021 tentang Penjenjangan Kinerja Instansi Pemerintah.

Kami menyadari bahwa Laporan Akuntabilitas Kinerja ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu diharapkan feed back atas Laporan Akuntabilitas Kinerja untuk perbaikan di periode yang akan datang.

Wotu, 24 Februari 2025

Plt. Direktur RSUD I Lagaligo



dr. Irfan. M.Kes.Sp.PK
Pangkat : Pembina Tk.I/IVb
Nip. 197601012006041034

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR TABEL	iii
DAFTAR GAMBAR	v
DAFTAR GRAFIK	vi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Maksud Dan Tujuan	3
C. Gambaran Umum Organisasi.....	4
D. Isu Strategis.....	6
E. Struktur Organisasi	10
F. Komposisi SDM Organisasi.....	14
G. Inovasi Dalam Reformasi Sistem AKIP Dan Pengelolaan Kinerja.....	23
BAB II PERENCANAAN KINERJA	24
A. Rencana Strategis	24
1. Visi dan Misi.....	24
2. Tujuan dan Indikator Kinerja.....	25
3. Sasaran dan Indikator Kinerja	28
4. Program untuk Pencapaian Sasaran.....	30
B. Perjanjian Kinerja Tahun 2023	31
C. Indikator Kinerja Utama (IKU)	34
D. Rencana Anggaran Tahun 2023	36
BAB III AKUNTABILITAS KINERJA	38
A. Capaian Kinerja OPD	39
1. Capaian Indikator Kinerja Utama 2023	40
2. Analisis Capaian Kinerja	41
B. Realisasi Anggaran	70
BAB IV PENUTUP.....	75
LAMPIRAN.....	77

DAFTAR TABEL

Tabel	1.1	Data Pegawai Berdasarkan Gender	14
Tabel	1.2	Data Pegawai Menurut Jenjang Pendidikan	15
Tabel	1.3	Data Tenaga Spesialis di RSUD I Lagaligo	16
Tabel	1.4	Presentase PNS Menurut Jenjang Pendidikan	17
Tabel	1.5	Komposisi Jabatan Struktural Berdasarkan Jenis Kelamin ..	18
Tabel	2.1	Tujuan dan Indikator Kinerja RSUD I lagaligo	25
Tabel	2.2	Sasaran dan Indikator Kinerja	26
Tabel	2.3	Sasaran dan Indikator Kinerja Versi Menpan No. 89 Tahun 2021.....	27
Tabel	2.4	Program Untuk Pencapaian Sasaran Tahun 2024	28
Tabel	2.5	Perjanjian Kinerja Tahun 2024	29
Tabel	2.6	Penjelasan Sasaran, Indikator Sasaran dan Target PK	30
Tabel	2.7	Indikator Kinerja Utama (IKU) RSUD I Lagaligo	32
Tabel	2.8	Rencana Belanja RSUD I Lagaligo Tahun 2024	33
Tabel	2.9	Alokasi per Sasaran Tahun Anggaran 2024	34
Tabel	3.1	Skala Nilai Peringkat Kinerja	36
Tabel	3.2	Tujuan, Sasaran, Indikator dan Target.....	37
Tabel	3.3	Sasaran & Indikator Kinerja Utama (IKU)	38
Tabel	3.4	Capaian IKU Sasaran 1	39
Tabel	3.5	Jumlah Responden SKM Pada Unit Pelayanan	40
Tabel	3.6	Karakteristik Responden SKM	40
Tabel	3.7	Hasil Perhitungan SKM Tahun 2024	41
Tabel	3.8	Capaian IKM Tahun 2022-2024 Pertriwulan	42
Tabel	3.9	Perbandingan Realisasi IKU Tahun ini dan Beberapa Tahun Terakhir Sasaran 1	43
Tabel	3.10	Perbandingan Realisasi IKU Sasaran 1 dengan Target Akhir Renstra	44
Tabel	3.11	Perbandingan Capaian Indeks Kepuasan Masyarakat	45
Tabel	3.12	Capaian IKU Per Sasaran 2	53
Tabel	3.13	Perbandingan Realisasi IKU Tahun ini dan Beberapa Tahun Terakhir Sasaran 2	54
Tabel	3.14	Perbandingan Realisasi IKU Sasaran 2 dengan Target Akhir	

		Renstra	56
Tabel	3.14	Perbandingan Realisasi Capaian Lakip Dengan Rumah Sakit Lain	57
Tabel	3.15	Capaian Kinerja Mutu Pelayanan Rumah Sakit 2024	59
Tabel	3.16	Capaian SPM Rumah Sakit 2024	61
Tabel	3.17	Capaian Indikator Mutu Rumah Sakit	63
Tabel	3.18	Self Assesmen Dokumen Elemen Penilaian Akreditasi	70
Tabel	3.19	Data Kegiatan Pelayanan Stunting 2024	71
Tabel	3.20	Realisasi Program dan Kegiatan T.A 2024	72

DAFTAR GAMBAR

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

DAFTAR GRAFIK

Grafik	1.1	Data Pegawai Berdasarkan Jenis Kelamin dan Golongan ...	14
Grafik	1.2	Data Pegawai Berdasarkan Pendidikan Tahun 2024	18
Grafik	1.3	Data Struktural Berdasarkan Jenis Kelamin	19
Grafik	1.4	Data Struktural Berdasarkan Golongan	20
Grafik	1.5	Data Struktural Berdasarkan Jenjang Pendidikan	20
Grafik	3.1	Perbandingan Realisasi IKU Tahun ini dan Beberapa Tahun Terakhir Sasaran 1 Tahun 2022 – 2024	43
Grafik	3.2	Perbandingan Realisasi IKU Tahun ini dan Beberapa Tahun Terakhir Sasaran 2 RSUD I Lagaligo Kabupaten Luwu Timur Tahun 2022-2024.....	55
Grafik	3.3	Realisasi Program T.A 2024 RSUD I Lagaligo Kab. Luwu Timur	75
Grafik	3.3	Realisasi Kegiatan T.A 2024 RSUD I Lagaligo Kab. Luwu Timur	76

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

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

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

Penyusunan Laporan Kinerja (LKj) merupakan amanat Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah dan Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah. Penyusunan LKj dilakukan dengan berdasarkan Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah, di mana pelaporan capaian kinerja organisasi secara transparan dan akuntabel merupakan bentuk pertanggungjawaban atas kinerja OPD. Mengacu kepada Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53

Tahun 2014, LKj tingkat OPD disampaikan kepada Gubernur/ Bupati/ Walikota selambat-lambatnya dua bulan setelah tahun anggaran berakhir

Proses penyusunan LKj dilakukan pada setiap akhir tahun anggaran bagi setiap instansi untuk mengukur pencapaian target kinerja yang sudah ditetapkan dalam dokumen perjanjian kinerja. Pengukuran pencapaian target kinerja ini dilakukan dengan membandingkan antara target dan realisasi kinerja setiap instansi pemerintah, yang dalam hal ini adalah RSUD I Lagaligo. LKj menjadi dokumen laporan kinerja tahunan yang berisi pertanggung-jawaban kinerja suatu instansi dalam mencapai tujuan/sasaran strategis instansi. Disinilah esensi dari prinsip akuntabilitas sebagai pijakan bagi instansi pemerintah ditegakkan dan diwujudkan.

Hasil analisa dan evaluasi atas capaian kinerja secara komprehensif dapat digunakan sebagai pijakan untuk melakukan perbaikan pelayanan dan mendukung tercapainya good governance pada masa mendatang. Berkenaan dengan itu, LKj ini dapat menjadi masukan dan saran evaluasi agar kinerja kedepan menjadi lebih produktif, efektif dan efisien, baik dari aspek perencanaan, pengorganisasian, manajemen keuangan maupun koordinasi pelaksanaannya.

Pelaksanaan penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja RSUD I Lagaligo Tahun 2024 dengan memperhatikan kepada peraturan perundang-undangan yang berlaku yaitu :

1. Peraturan Pemerintah No.8 Tahun 2006 Tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah;
2. Peraturan Pemerintah No. 39 Tahun 2006 Tentang Cara Pengendalian dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan;
3. Peraturan Pemerintah No. 40 Tahun 2006 Tentang Tata Cara Penyusunan Rencana Pembangunan Nasional;
4. Peraturan Pemerintah No. 8 Tahun 2008 Tentang Tahapan Tata Cara, Penyusunan, Pengendalian dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan Daerah;
5. Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang Aistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah
6. Instruksi Presiden RI No. 7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah;

7. Instruksi Presiden Republik Indonesia No. 5 Tahun 2004 Tentang Percepatan Pemberantasan Korupsi;
8. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara No 09/M.PAN/05/2007 tentang Penyusunan Indikator Kinerja Utama di lingkungan Instansi Pemerintah;
9. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara No 09/M.PAN/11/2008 tentang Petunjuk Penyusunan Indikator Kinerja Utama;
10. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi No 35 tahun 2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah Tahun 2011;
11. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi No 53 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah;
12. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 22/PMK.02/2021 tentang pengukuran dan Evaluasi Kinerja Anggaran atas Pelaksanaan RKA Kementerian/Lembaga;
13. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 89 Tahun 2021 tentang Penjenjangan Kinerja Instansi Pemerintah.

B. Maksud Dan Tujuan

LAKIP RSUD I Lagaligo disusun untuk memenuhi kewajiban setiap Instansi Pemerintah membuat laporan pertanggung jawaban kinerja melalui media laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah. Laporan Akuntabilitas Kinerja dalam kerangka sistem akuntabilitas kinerja adalah perwujudan salah satu kewajiban untuk menjawab apa yang sudah diamanahkan kepada setiap instansi.

Laporan Akuntabilitas Kinerja disusun dengan mengacu pada Rencana Strategis, Rencana Anggaran, Penetapan Kinerja dan Hasil Pengukuran Kinerja. Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja merupakan rangkuman dari suatu proses evaluasi kinerja yang memuat keberhasilan maupun kegagalan dalam mencapai kinerja selama melaksanakan kegiatan tahun anggaran 2024 yang wajib dipertanggungjawabkan.

Tujuan penyusunan LAKIP RSUD I Lagaligo Tahun 2024 adalah :

1. Mempertanggung jawabkan kinerja RSUD I Lagaligo kepada Bupati Kabupaten Luwu Timur dan pihak yang berkepentingan (stakeholder), dalam rangka

mewujudkan pemerintahan yang baik (good governance) yang ditandai dengan adanya transparansi, partisipasi serta akuntabilitas.

2. Memberikan umpan balik dalam rangka penyempurnaan berbagai kebijakan yang diperlukan dan peningkatan Kinerja Internal RSUD I Lagaligo.

C. Gambaran Umum Organisasi

RSUD I Lagaligo Kabupaten Luwu Timur merupakan rumah sakit pemerintah yang dibangun secara bertahap melalui alokasi dana APBD dan APBN sejak tahun 2005 di atas sebidang tanah dengan luas 32,952 m², dan luas bangunan $\pm$ 16,027 m².

RSUD I Lagaligo Kabupaten Luwu Timur mulai beroperasi pada tanggal 1 Desember 2008 berdasarkan SK Bupati Luwu Timur No. 284 Tahun 2008 tentang Izin Pemanfaatan RSUD I Lagaligo, diikuti izin penyelenggaraan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan No.08633/DK-I/Yan-I/XI/2008. RSUD I Lagaligo Kabupaten Luwu Timur awal beroperasi merupakan rumah sakit tipe Kelas D, dan ditetapkan menjadi Rumah sakit tipe C berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan No. 445/Menkes/SK/IV/2010 Tanggal 5 April 2010. Saat ini izin operasional rumah sakit yang masih berlaku sesuai Keputusan Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kab. Luwu Timur Nomor 433/01/DPMPTSP/I/2022 tentang Izin Operasional Rumah Sakit, Tanggal 20 Januari 2022.

RSUD I Lagaligo merupakan rumah sakit milik pemerintah daerah dengan dasar kelembagaan PERDA No.04 Tahun 2008 yang diperbaharui dengan PERDA No. 11 Tahun 2010 Tentang Pembentukan Struktur Organisasi RSUD I Lagaligo Kabupaten Luwu Timur, dan terakhir diperbaharui dengan SK Bupati Luwu Timur No. 32 Tahun 2021 tentang Organisasi dan Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis RSUD I Lagaligo pada Dinas Kesehatan Kab.Luwu Timur.

Sesuai Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007, yang saat ini telah direvisi dengan terbitnya Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, Pemerintah Daerah Kabupaten Luwu Timur dalam upaya peningkatan mutu pelayanan dirumah sakit telah menerbitkan Surat Keputusan Bupati No. 259/IX/ Tahun 2013 tertanggal 5 September 2013 tentang Penetapan Penerapan Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) secara penuh.

Selain itu RSUD I Lagaligo dalam menjaga mutu pelayanan rumah sakit mendapatkan pengakuan mutu oleh lembaga yang diakui pemerintah dengan memperoleh sertifikat akreditasi yang berlaku selama 3 tahun dan diperbaharui setiap 3 tahun. Pada tanggal 24 Februari 2010 RSUD I Lagaligo Kabupaten Luwu Timur telah berhasil memperoleh sertifikat akreditasi penuh tingkat dasar. Tahun 2015 RSUD I Lagaligo disurvei oleh Tim Survei Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) dengan akreditasi baru versi 2012, dan dinyatakan berhasil Lulus Tingkat Perdana berdasarkan surat KARS No. 2203/KARS/VIII/2015 tanggal 20 Agustus 2015 (sertifikat akreditasi berlaku sampai 11 Agustus 2018). Selanjutnya RSUD I Lagaligo pada bulan Desember 2018 telah disurvei akreditasi oleh KARS dengan survei SNARS Edisi 1 dan hasil evaluasi RSUD I Lagaligo LULUS TINGKAT PARIPURNA sesuai surat KARS Nomor : KARS-SERT/270/XII/2018 tanggal 31 Desember 2018. Untuk menjaga komitmen pelaksanaan akreditasi, sesuai surat RSUD I Lagaligo nomor 435/819/RSUD I Lagaligo tanggal 29 November 2019 tentang permohonan survey verifikasi ke KARS, dan konfirmasi dari KARS sesuai surat nomor b/KARS-Verif/XII/2019 tanggal 12 Desember 2019 tentang survey verifikasi rumah sakit dan pada tanggal 19 Desember 2019 RSUD I Lagaligo telah mengikuti survei verifikasi pertama oleh KARS dengan 1 orang surveior.

Tahun 2020 telah terjadi Pandemi Covid-19 dan KARS mengeluarkan kebijakan tentang Akreditasi Rumah Sakit yaitu sesuai surat edaran nomor 408/SE/KARS/III/2020 tentang Penundaan Kegiatan Akreditasi. Berdasarkan surat edaran tersebut disampaikan bahwa Rumah Sakit yang masa berlaku sertifikat akreditasinya yang akan jatuh tempo dalam 6 (enam) bulan akan diterbitkan surat perpanjangan masa berlaku akreditasi. Dan berdasarkan surat edaran dari Kementerian Kesehatan Nomor HK.02.01/MENKES/455/2020 Tahun 2020 tentang Perizinan & Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan Penetapan Rumah Sakit Pendidikan Pada Masa Pandemi COVID-19 tanggal 29 Juli 2020 menyampaikan bahwa untuk rumah sakit kegiatan persiapan & survei akreditasi mulai dilakukan setelah Status Bencana Nasional atau Kedaruratan Kesehatan Masyarakat Covid-19 dinyatakan dicabut oleh pemerintah dan untuk rumah sakit yang telah memiliki sertifikat akreditasi tetap berlaku selama 1 tahun terhitung sejak status bencana nasional di cabut dengan membuat pernyataan komitmen untuk menjaga dan melakukan upaya peningkatan mutu. Selanjutnya tahun 2023 pada bulan pebruari, RSUD I Lagaligo kembali melaksanakan survei

akreditasi dan oleh KARS sesuai Sertifikat Akreditasi Nomor : KARS-SERT/1013/III/2023 ditanyakan Tingkat Kelulusan "Paripurna" dengan berlaku s/d 19 Februari 2027.

D. Isu Strategis

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

Isu-isu strategis berdasarkan tugas dan fungsi SKPD adalah kondisi atau hal yang harus diperhatikan atau dikedepankan karena dampaknya yang signifikan bagi SKPD dimasa datang. Suatu kondisi/ kejadian yang menjadi isu strategis adalah keadaan yang apabila tidak diantisipasi, akan menimbulkan kerugian yang lebih besar atau sebaliknya, dalam hal tidak dimanfaatkan, akan menghilangkan peluang untuk meningkatkan layanan kepada masyarakat dalam jangka panjang

Dalam menjalankan tugas pokok dan fungsinya untuk mencapai target kinerja pada Tahun 2024 Rumah Sakit Umum Daerah I Lagaligo mengalami berbagai macam hambatan. Permasalahan yang dihadapi rumah sakit pada tahun 2024 adalah antara lain :

1. Masih adanya utang belanja tahun 2023 yang terdiri atas utang jasa pelayanan, utang belanja bahan pelayanan rumah sakit yang masih menjadi beban biaya pada tahun 2024, kondisi ini mempengaruhi pelayanan karena kemampuan anggaran yang terbatas.
2. Telah ada system rujukan berjenjang yang dilaksanakan (sisrute), namun sebagian masyarakat masih belum memahami bahwa pelaksanaan rujukan pasien baru bisa dilaksanakan jika rumah sakit yang dituju telah memberikan respon persetujuan rujuk (memberikan konfirmasi jika tersedia tempat dan sudah ada konfirmasi dari dokter yang dibutuhkan) sehingga pasien tidak bias langsung dirujuk ke rumah sakit berjenjang, tapi butuh waktu menunggu konfirmasi. Kondisi ini kadang menimbulkan kesalah pahaman pasien dan keluarga yang berdampak berkurangnya kepuasan pasien.

3. Sudah mulai terbangun sebuah komitmen di semua stakeholder internal rumah sakit untuk bersama-sama melaksanakan dan mengoptimalkan pelayanan, namun masih ada sebagian yang belum menjalankan dengan baik sehingga dapat berdampak pada kepuasan pasien/ masyarakat.
4. RSUD I Lagaligo memiliki jumlah tenaga yang cukup besar (PNS, P3K, Upah Jasa, Sukarela) namun belum semua jenis dan jumlah tenaga yang dibutuhkan tersedia sesuai standar (ada jenis tenaga tertentu yang berlebih dan ada yang kurang).
5. Jumlah dan jenis tenaga dirumah sakit cukup banyak sehingga dalam kegiatan pengembangan dan peningkatan kompetensi SDM dirumah sakit membutuhkan anggaran yang cukup besar, saat ini biaya pengembangan SDM masih minim sedangkan pemenuhan mutu pelayanan merupakan hal mutlak bagi rumah sakit dimana salah satunya dengan peningkatan SDM baik melalui diklat atau pelatihan sehingga kebutuhan kegiatan pengembangan SDM-RS sesuai standar sangat dibutuhkan.
6. Dalam memberikan pelayanan kepada pasien, berpotensi resiko peningkatan biaya operasional yang ditimbulkan dari belum optimalnya penerapan efesiensi pelayanan (biaya operasional yang dikeluarkan rumah sakit lebih besar dari pendapatan yang dihasilkan / deficit).
7. Pelayanan spesialis dirumah sakit ada 24 pelayanan spesialis, namun pelayanan masih belum optimalnya karena ketersediaan alat kesehatan/ kedokteran, sarana dan prasarana masih belum terpenuhi sesuai standar dan kebutuhan pelayanan. Selain itu ada beberapa fasilitas standar belum dimiliki rumah sakit seperti hidrant pemadam kebakaran, nurse call, tidak semua unit pelayanan memiliki oksigen sentral, IPL (incinerator) yang sudah tidak sesuai standar dan kapasitas kecil.
8. Terbatasnya jumlah ketersediaan alat kesehatan/ kedokteran yang dimiliki sehingga frekuensi penggunaan alat tertentu cukup tinggi, kondisi ini berpotensi alat cepat rusak, dibutuhkan pemeliharaan alat tepat waktu dan biaya yang cukup besar.
9. Belum optimalnya Sistem Informasi Rumah Sakit (SIM-RS) sehingga butuh pengembangan sesuai kebutuhan & perkembangan layanan.

10. Masih ada perbedaan persepsi dengan stakeholder tentang ditetapkannya RSUD I Lagaligo sebagai PPK-BLUD, sehingga berdampak subsidi berkurang setiap tahun.

11. Masih belum optimalnya promosi kesehatan (marketing) rumah sakit.

Isu strategis bagi SKPD diperoleh baik berasal dari analisis internal berupa identifikasi permasalahan pelaksanaan renstra sebelumnya maupun analisis eksternal berupa kondisi yang menciptakan peluang dan ancaman bagi SKPD. Isu strategis yang dapat dikembangkan agar mendekati tuntutan masyarakat akan pelayanan yang lebih baik adalah sebagai berikut :

1. Aspek Pelayanan

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

2. Aspek Sarana Prasarana.

- a. Pelayanan spesialis dirumah sakit ada 24 spesialis, namun pelayanan belum optimalnya karena ketersediaan alat kesehatan/ kedokteran, sarana dan prasarana masih belum terpenuhi sesuai standar. Selain itu ada beberapa fasilitas standar belum dimiliki rumah sakit seperti hidrant pemadam kebakaran, nurse call, tidak semua unit pelayanan perawatan memiliki oksigen sentral, serta alat penunjang pelayanan pengolahan limbah medis yang sudah tidak standar dan akpasitas kecil.

- b. Terbatasnya jumlah alat kesehatan/ kedokteran yang dimiliki sehingga frekuensi penggunaan alat cukup tinggi, kondisi ini berpotensi alat cepat rusak serta dibutuhkan pemeliharaan alat tepat waktu namun membutuhkan biaya yang cukup besar.
 - c. Belum optimalnya Sistem Informasi Rumah Sakit (SIM-RS) sehingga butuh pengembangan sesuai perkembangan pelayanan.
3. Aspek Ketenagaan & Pengembangan SDM.
- a. RSUD I Lagaligo memiliki jumlah tenaga yang cukup besar (PNS, P3K, Upah Jasa, Sukarela) namun belum semua jenis dan jumlah tenaga yang dibutuhkan tersedia sesuai standar (ada jenis tenaga tertentu yang berlebih dan ada yang kurang).
 - b. Terbatasnya tenaga IT dirumah sakit sehingga pengembangan SIM-RS dan pengembangan layanan berbasis IT berjalan lambat.
 - c. Jumlah dan jenis tenaga dirumah sakit cukup banyak, dalam kegiatan pengembangan dan peningkatan kompetensi SDM dirumah sakit membutuhkan anggaran yang cukup besar sedangkan anggaran yang tersedia sangat terbatas sehingga pengembangan SDM dirumah sakit masih sangat kurang sedangkan pemenuhan mutu pelayanan merupakan hal mutlak bagi rumah sakit dimana salah satunya melalui upaya peningkatan SDM baik melalui diklat atau pelatihan.
4. Aspek Keuangan.
- a. Adanya utang belanja tahun 2023 yang menjadi beban biaya pada tahun 2024 (utang belanja bahan pelayanan dan utang jasa pelayanan) sehingga mempengaruhi pelayanan karena kemampuan anggaran yang terbatas.
 - b. Dalam memberikan pelayanan kepada pasien, berpotensi resiko biaya operasional yang ditimbulkan lebih besar karena belum optimalnya penerapan efisiensi pelayanan (deficit).
 - c. Adanya perbedaan persepsi stakeholder dengan ditetapkan RSUD I Lagaligo sebagai PPK-BLUD, sehingga subsidi berkurang setiap tahun.
 - d. Masih belum optimalnya promosi kesehatan (marketing) rumah sakit

Selain isu pokok tersebut, isu penting lainnya yaitu, dukungan manajemen dalam peningkatan pelayanan kesehatan, yang termasuk didalamnya adalah *good governance*, dan struktur organisasi yang efektif dan efisien.

Urutan prioritas isu strategis yang perlu di angkat dan selanjutnya perlu adanya pemecahan masalah adalah sebagai berikut :

1. Belum semua stakeholder internal rumah sakit melaksanakan komitmen pelayanan (Aspek Pelayanan).
2. Belum semua kebutuhan tenaga terpenuhi sesuai standar dan masih ada beberapa jenis tenaga yang dibutuhkan penambahan (Aspek Ketenagaan).
3. Pengembangan dan peningkatan kompetensi SDM yang masih kurang (Pengembangan SDM)
4. Belum terpenuhinya sarana, prasarana dan alat kesehatan dirumah sakit sesuai standar dan kebutuhan pelayanan (Aspek sarana & prasarana)
5. Terbatasnya anggaran pemeliharaan sarana, prasaranan dan alat kesehatan (Aspek Sarana, Prasarana dan Alkes).
6. Pendapatan BLUD belum sepenuhnya mampu membiayai kebutuhan operasional blud (Aspek Keuangan).

E. Struktur Organisasi

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit Bab III pasal 4, rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, dan mempunyai fungsi :

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

Berdasarkan Peraturan Daerah Kab.Luwu Timur Nomor 8 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah dan Berdasarkan

Peraturan Bupati Luwu Timur Nomor 55 Tahun 2016 tentang Susunan Organisasi, Kedudukan, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja RSUD I Lagaligo Kab. Luwu Timur, yang telah diperbaharui dengan Peraturan Bupati Luwu Timur No. 32 Tahun 2021 tentang Organisasi dan Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis RSUD I Lagaligo pada Dinas Kesehatan Kab.Luwu Timur, RSUD I Lagaligo sebagai unit organisasi bersifat khusus yang memberikan pelayanan secara profesional. Selain itu dengan peraturan baru ini Direktur dalam pengelolaan keuangan, dan barang milik daerah serta bidang kepegawaian bertanggung jawab kepada Kepala Dinas melalui penyampaian 3 laporan yaitu pelaporan pelaksanaan pengelolaan keuangan, barang milik daerah dan bidang kepegawaian . Berikut susunan struktur organisasi RSUD I Lagaligo :

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

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

RSUD I Lagaligo berdasarkan SK Direktur Nomor 000.1.4/ 076/ RSUD-ILG/TAHUN 2024 Tentang revisi keputusan direktur nomor 445/369/SK/RSUD-ILG tentang penetapan jumlah tempat tidur di RSUD I Lagaligo bahwa jumlah TT perawatan pasien (Rawat Inap) di rumah sakit adalah 200 TT yang dikelompokkan sebagai berikut : VIP : 8 TT , Kelas I : 16 TT , Kelas II : 14 TT , Kelas III : 115 TT, Intensif : 18 TT , Isolasi : 21 TT , HCU 8 TT dengan nama-

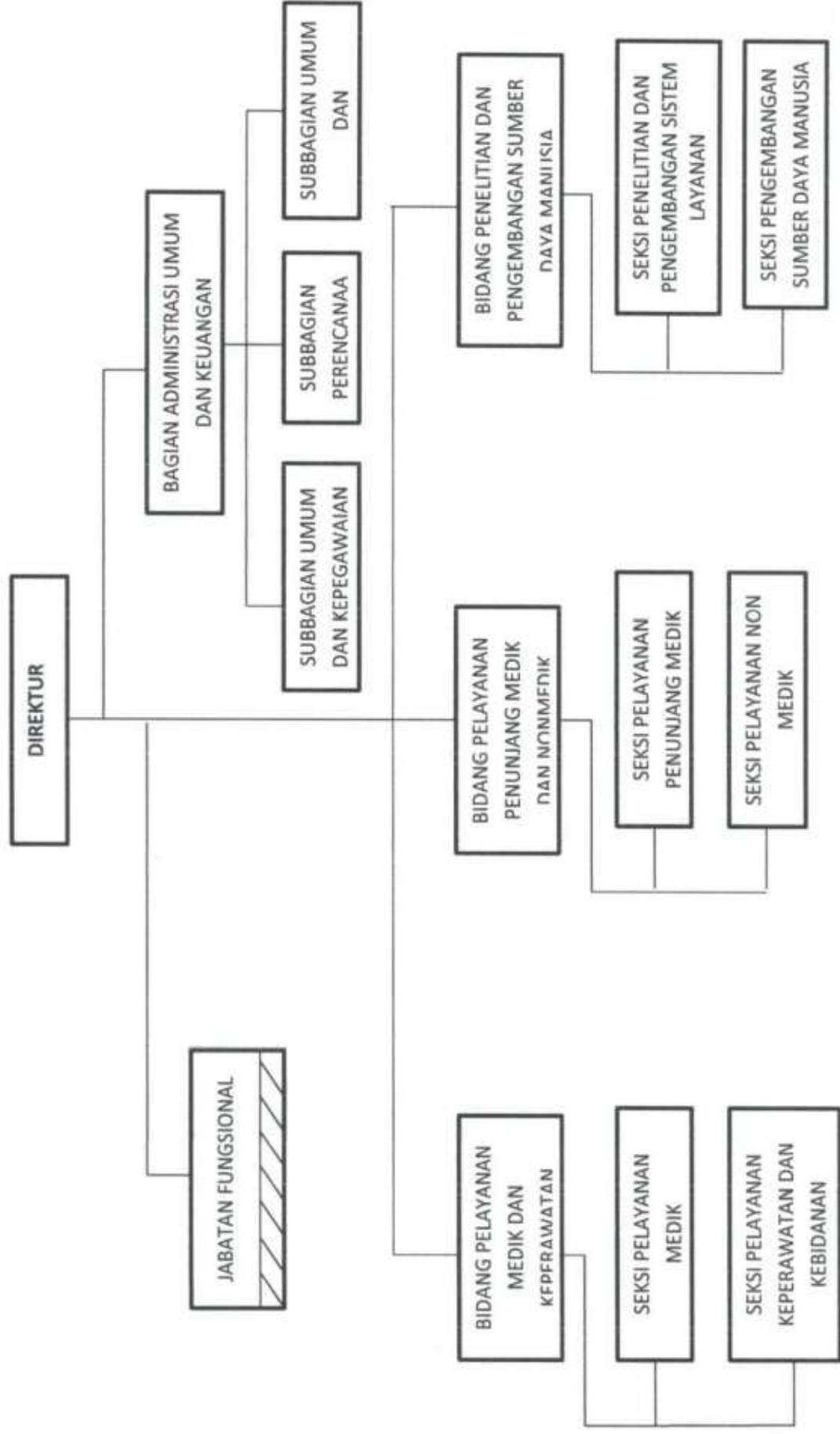
nama ruangan pelayanan rawat inap sebagai berikut : Matano 3 (Pelawatan VIP), Matano 2 dan Matano 1 (Perawatan Kelas I), Towuti 2 (Perawatan kelas II), Towuti 1 (Perawatan kelas III), Mahalona 1A-1B (Perawatan kelas III), Mahalona 2, Mahalona 3, Mahalona 4 / Obgyn, Mahalona 5/ Nifas (Perawatan kelas III), ICU & NICU (perawatan Intensif), Perinatologi (Perawatan Bayi) dan Perawatan, Isolasi.

Jenis Pelayanan di RSUD I Lagaligo sesuai SK Direktur Nomor 821.2/187/SK/RSUD0ILG tentang revisi SK Nomor 02/004/SK/RSUD-ILG tentang penetapan jenis pelayanan di RSUD I Lagaligo Kab. Luwu Timur adalah sebagai berikut :

1. Pelayanan Medik dengan unit/ bagian : Poliklinik, Hemodialisa, IGD.
2. Pelayanan Penunjang Medik dengan unit/ bagian : Radiologi, Laboratorium, Instalasi Gizi, Fisioterapi, Farmasi, CSSD, IPSRS, UTDRS, Kamar Jenazh, Ambulans.
3. Pelayanan Kamar Operasi (Bedah)
4. Pelayanan Rawat Inap (Perawatan)
5. Pelayanan Administrasi dan Manajemen (Rekam Medis Rawat Jalan, Kasir, Kepegawaian)

Gambar. 1. SUSUNAN ORGANISASI UPT RSUD I LAGALIGO

(Perbup No. 32 Tahun 2021)



F. Komposisi SDM Organisasi

Rumah Sakit I Lagaligo dalam pelaksanaan pelayanan didukung oleh sumber daya baik tenaga medis, paramedis, penunjang medik dan staf di administrasi. Total tenaga yang ada di RSUD I Lagaligo tahun 2024 adalah 838 orang yang terdiri atas tenaga PNS berjumlah 215 orang, PPPK sebanyak 181 orang dan tenaga upah jasa 255 orang. Selain itu RSUD I Lagaligo juga dibantu oleh 175 orang tenaga sukarela (honoror). RSUD I Lagaligo dalam memberikan pelayanan kesehatan didukung oleh 38 orang tenaga medis spesialis termasuk dokter gigi spesialis. RSUD I Lagaligo memiliki 7 dokter spesialis dengan MoU untuk melengkapi pelayanan spesialis yang sangat dibutuhkan. Selain itu rumah sakit juga memiliki 17 (tujuh belas) orang dokter umum yang terdiri dari 11 (sebelas) orang dokter umum PNS dan 6 orang dokter umum upah jasa, dan rumah sakit juga memiliki 4 (empat) orang dokter gigi umum.

Berdasarkan Permenkes No. 3 tahun 2020 tentang Klasifikasi dan perizinan rumah sakit menyebutkan bahwa rumah sakit umum memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit dengan pelayanan kesehatan paling sedikit terdiri dari pelayanan medik dan penunjang medik, pelayanan keperawatan dan kebidanan serta pelayanan non medik.

Tenaga keperawatn (perawata dan bidan) untuk dipelayanan rawat inap secara standar 1:1 dengan 2/3 tenaga tetap. sesuai standar tersebut saat ini RSUD I Lagaligo memiliki 200 TT berarti dibutuhkan minimal 200 tenaga keperawatan. Saat ini tenaga keperawatan dan Kebidanan (PNS, P3K dan Upah Jasa) yang ada dirumah sakit (Rawat Inap) berjumlah 183 (seratus delapan puluh tiga) orang, berdasarkan unit layanan maka masih kekurangan minimal 21 orang tenaga. Kebutuhan tenaga pada unit rawat jalan (poliklinik) berdasarkan kunjungan dalam 5 tahun terakhir rata-rata kunjungan perhari adalah 230 (dua ratus tiga puluh) orang, standar kebutuhan tenaga paramedis minimal 20 (dua puluh) orang sedangkan kondisi dilapangan jumlah tenaga yang ada 20 (dua puluh) orang diluar tenaga administrasi penunjang pelayanan. Dirumah sakit dalam memberikan pelayanan selain tenaga medis dan paramedic juga ada dibutuhkan tenaga penunjang pelayanan dan tenaga administrasi di penunjang pelayanan.

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

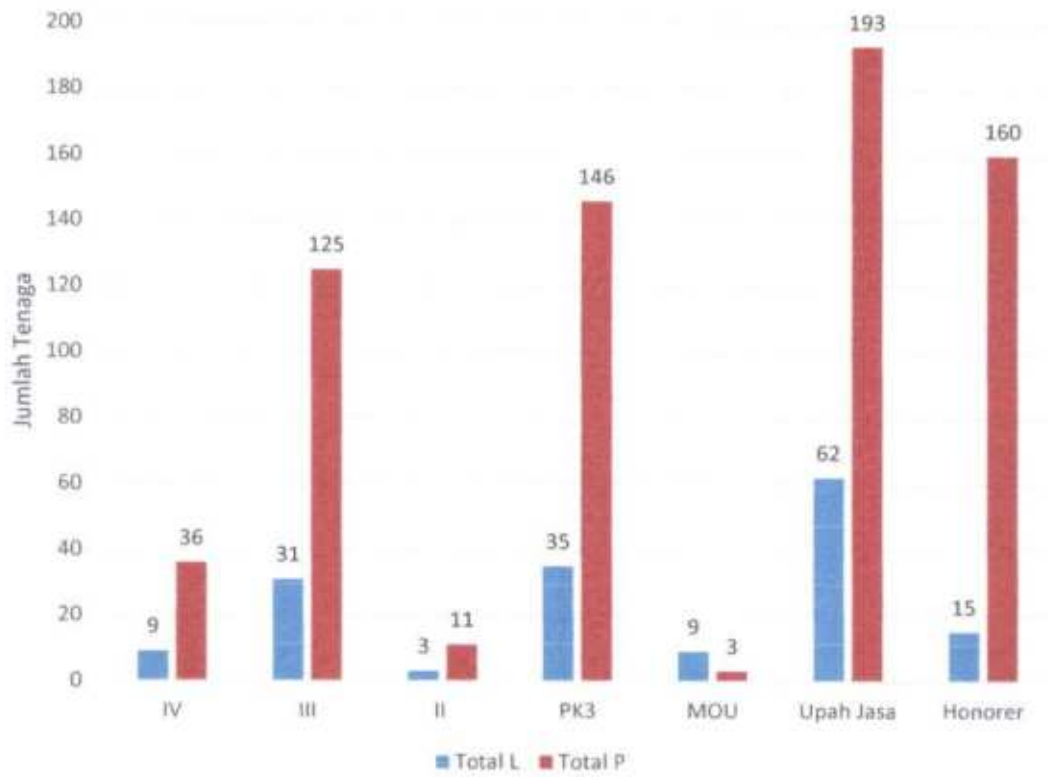
1. Komposisi SDM Berdasarkan Gender

Jumlah seluruh tenaga dirumah sakit pada tahun 2024 (PNS, P3K, Upah Jsa dan Tenaga Sukarela/Honorar) adalah 838 pegawai. Jumlah pegawai di RSUD I Lagaligo berdasarkan jenis kelamin saat ini lebih banyak pegawai perempuan yaitu 674 orang (80,4%) dibandingkan dengan pegawai laki-laki sebanyak 164 orang (19,6%). Meskipun ada kesenjangan jumlah yang cukup jauh antara perempuan dan laki-laki diharapkan tetap ada kesetaraan dalam peran dan fungsi dirumah sakit dalam melayani pasien.

Tabel 1.1
Data Pegawai Berdasarkan Gender
Tahun 2024

JENIS TENAGA	JUMLAH		TOTAL
	LAKI-LAKI	PEREMPUAN	
1. Golongan IV	9	36	45
2. Golongan III	31	125	156
3. Golongan II	3	11	14
4. P3K	35	146	181
5. MOU	9	3	12
6. Upah Jasa	62	193	255
7. Honorar	15	160	175
JUMLAH	164	674	838
%	19,6	80,4	100

**TABEL 1.1 DATA PEGAWAI
BERDASARKAN JENIS KELAMIN & GOLONGAN**



Tabel 1.2
Data Tenaga Pegawai Menurut Jenjang Pendidikan

No.	Golongan	Jumlah Pegawai Kualifikasi Pendidikan														Total	
		S3/S2		S1/D4		D1-D3		SLTA/ sederajat		SMP/ sederajat		SD/ sederajat					
		L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)		
1	IV	6	10	3	26	0	0	0	0	0	0	0	0	9	36		
2	III	2	20	16	58	12	47	1	0	0	0	0	0	31	125		
3	II	0	0	0	0	3	10	0	1	0	0	0	0	3	11		
4	PK3	0	1	20	63	15	82	0	0	0	0	0	0	35	146		
4	MOU	4	3	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	9	3		
5	Upah Jasa	0	0	23	77	8	90	28	20	2	5	1	1	62	193		
6	Honoror	0	0	10	82	3	68	2	10	0	0	0	0	15	160		
Total		12	34	72	306	41	297	36	31	2	5	1	1	164	674		
Jumlah Lk + Pr														838			

Tabel 1.3
Data Tenaga Spesialis di RSUD I Lagaligo

Uraian	Stand ar		Kondisi Ketersediaan		Jumla h	Ket
			L	P		
Pelayanan Medik Spesialis Dasar :			4	7	11	2 MoU
- Penyakit Dalam	2		1	3	4	1 MoU
- Bedah	2		2	0	2	
- Anak	2		0	2	2	
- Obstetri & Ginekologi	6		1	2	3	1 MOU
Pelayanan Medik Spesialis Penunjang :			3	1	4	
- Anestesiologi	1		2	1	2	
- Radiologi	1		1	0	1	
- Patologi Klinik	1		1	0	1	
Pelayanan Medik Spesialis Gigi & Mulut			1	10	11	
- Penyakit Mulut	1		0	1	1	
- Konservasi	1		0	2	2	
- Orthodonti	1		0	1	1	
- Periodonti	1		0	3	3	
- Bedah Mulut	0		0	1	1	
- Prostodonsia	0		1	1	2	
- Gigi Radiologi	0		0	1	1	
Pelayanan Medik Spesialis Lainnya :	0		6	7	13	5 MoU
- Saraf	0		0	2	2	
- Kulit & Kelamin	0		1	0	1	MoU
- Mata	0		2	0	2	1 MoU
- THT	0		1	0	1	MoU
- Rehab Medik	0		0	1	1	MoU
- Gizi Klinik	0		1	1	2	
- Patologi Anatomi	0		1	0	1	
- Jantung	0		0	1	1	
- Paru	0		0	1	1	
- Jiwa	0		0	1	1	MoU

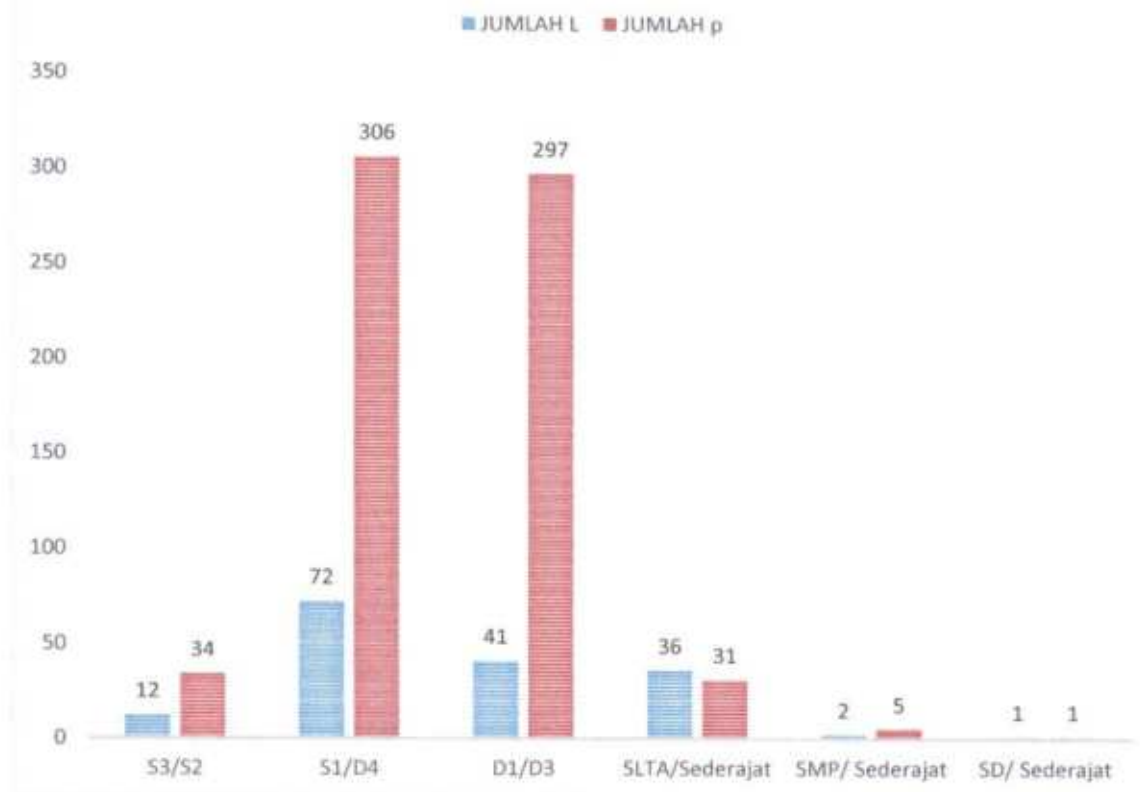
2. Komposisi Tenaga Menurut Jenjang Pendidikan

Jumlah total tenaga PNS di RSUD I Lagaligo pada tahun 2024 adalah 215 pegawai. Berdasarkan jenjang pendidikan, pegawai yang ada di RSUD I Lagaligo saat ini adalah terdiri atas pendidikan S2, S1/D4, D3/ Sederajat dan SLTA/ Sederajat. Pegawai rumah sakit yang terbanyak adalah jenjang pendidikan S1/ D4 yaitu berjumlah 378 orang (45,1%), hal ini dapat dimaklumi karena saat ini banyak pegawai yang memilih meningkatkan jenjang pendidikan ke jenjang S1 atau profesi. Kemudian terbanyak berikutnya adalah jenjang pendidikan D3/ sederajat yaitu berjumlah 338 orang (40,4%), Selanjutnya adalah tenaga dengan pendidikan SLTA sederajat 67 orang (8,0%) dan terakhir jenjang S2 yaitu 46 orang (5,5%). Berikut untuk lebih rinci dapat dilihat pada table dibawah ini :

Tabel 1.4
Presentase PNS Menurut Jenjang Pendidikan
Tahun 2024

JENIS TENAGA	JUMLAH		TOTAL	%
	LAKI-LAKI	PEREMPUAN		
S3/S2	12	34	46	5,5
S1/ D4	72	306	378	45,1
D3/ SEDERAJAT	41	297	338	40,4
SLTA/ SEDERAJATI	36	31	67	8,0
SMP/ SEDERAJAT	2	5	7	0,8
SD/ Sederajat	1	1	2	0,2
JUMLAH	164	674	838	100

TABEL 1.2 DATA JUMLAH PEGAWAI
BERDASARKAN PENDIDIKAN



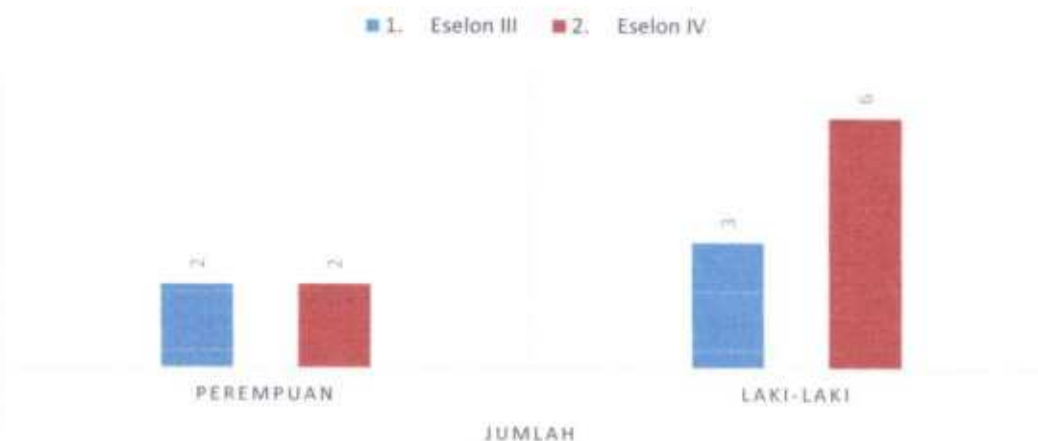
3. Komposisi PNS Menurut Jejang Eselon

Secara struktur organisasi RSUD I Lagaligo, pengelola yang bertanggung jawab utama adalah Direktur yang dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh 1 (satu) Bagian yang membawahi 3 (tiga) sub bagian dan 3 (tiga) Bidang yang masing-masing membawahi 2 (dua) kepala seksi dengan total jumlah struktural adalah 14 (empat belas) orang. Saat ini jabatan structural yang terisi hanya 13 yaitu berdasarkan jenis kelamin untuk jabatan eselon III berjumlah 5 orang dengan jumlah perempuan 2 orang dan laki-laki berjumlah 3 orang. Sedangkan untuk jabatan eselon IV berjumlah 8 orang dengan perempuannya berjumlah 2 orang dan laki-laki 6 orang. Secara umum komposisi jabatan truktural masih lebih banyak diisi oleh laki-laki yaitu 9 orang 69,2% dan perempuan 4 orang atau 30,4%. Untuk lebih jelas dapat dilihat dari table dibawah ini.

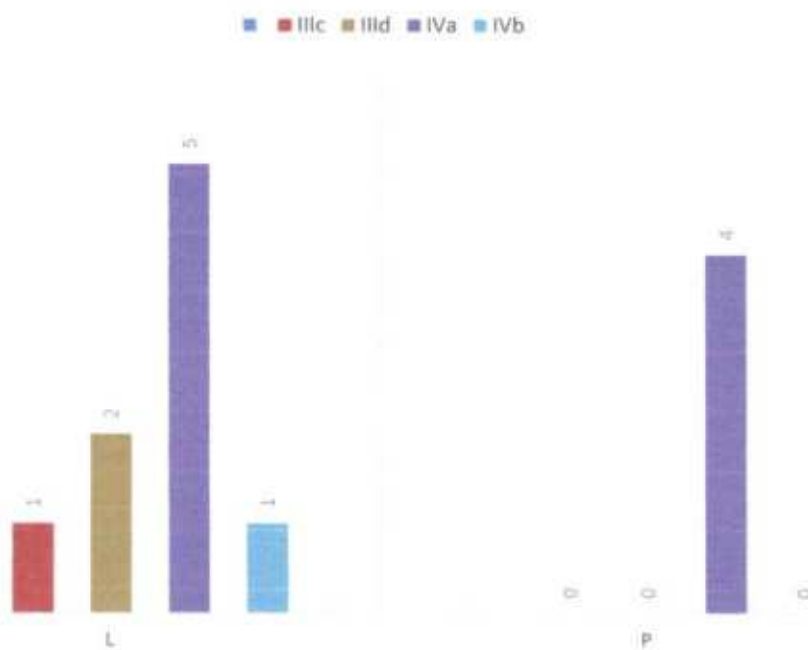
Tabel 1.5
Komposisi Jenis Kelamin Jabatan Struktural
Tahun 2024

JENIS TENAGA	JUMLAH				TOTAL
	PEREMPUAN		LAKI-LAKI		
	S3/S2	S1/D4	S3/S2	S1/D4	
1. Eselon III :	2	0	0	3	5
- Gol III c	0	0	0	0	0
- Gol III d	0	0	0	0	0
- Gol IV a	2	0	0	2	4
- Gol IV b	0	0	0	1	1
2. Eselon IV :	2	0	3	3	8
- Gol III c	0	0	0	1	1
- Gol III d	0	0	0	2	2
- Gol IV a	2	0	3	0	5
- Gol IV b	0	0	0	0	0
JUMLAH	4	0	3	6	13
%	30,8	0	23,0	46,2	100

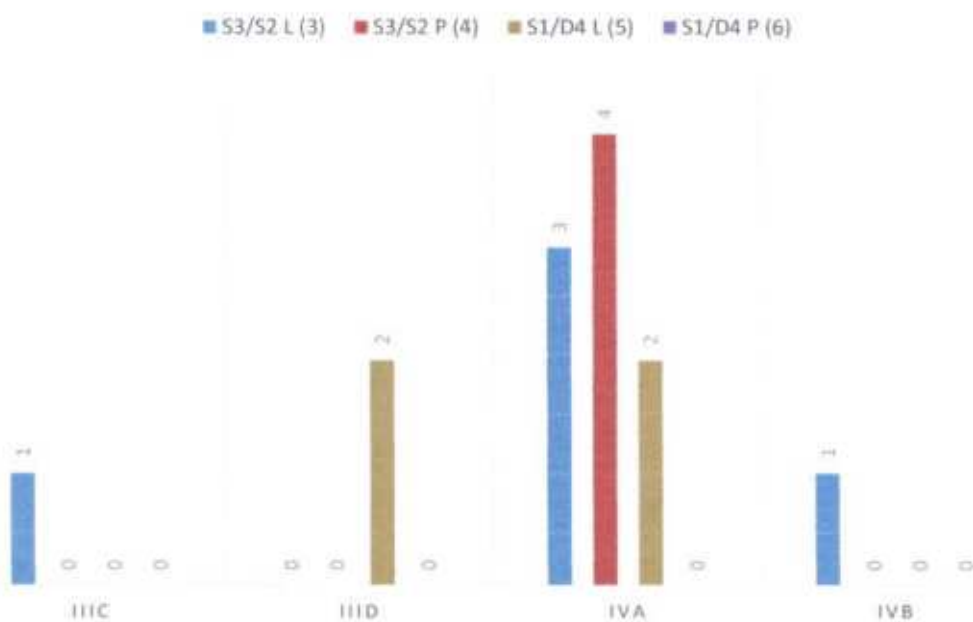
TABEL 1.3
DATA STRUKTURAL BERDASARKAN JENIS KELAMIN



TABEL 1.4
DATA STRUKTURAL BERDASARKAN GOLONGAN



TABE. 1.5
DATA STRUKTURAL BERDASARKAN JENJANG PENDIDIKAN



G. Inovasi Dalam Reformasi Sistem AKIP Dan Pengelolaan Kinerja

Inovasi menjadi kunci dalam reformasi birokrasi dan perbaikan kinerja pelayanan publik. Karenanya, berbagai inovasi juga telah dikembangkan oleh RSUD I Lagaligo. Inovasi Pelayanan yang telah dijalankan rumah sakit saat ini diantaranya adalah Pelayanan 1 kamar 1 pasien, Pengantaran Pasien Pulang Pasca Rawat Inap, Inovasi lain yang dikembangkan rumah sakit adalah pengembangan pada SIM-RS berupa penerapan E-RM (Elektronik Rekam Medik) dan terintegrasi (inovasi pelangi). Inovasi ini merupakan salah satu upaya yang dilakukan rumah sakit untuk mengantisipasi adanya keluhan lama waktu tunggu pelayanan rekam medik dan pengambilan obat. Dengan dilakukan pengembangan SIM-RS yang terintegrasi, rumah sakit mengarah ke paperless (tanpa menggunakan kertas). Dengan penerapan E-RM maka secara sistem pelayanan akan lebih cepat karena telah terintegrasi dengan unit-unit pelayanan lainnya di rumah sakit, selain itu secara keamanan data-data pasien akan lebih aman, juga dokter dapat lebih mudah untuk melihat riwayat pengobatan yang telah diberikan ke pasien dan masih banyak hal positif lainnya yang akan diperoleh dari penerapan E-RM terintegrasi ini (Pelangi). Pengembangan IT lainnya yang sedang dilaksanakan rumah sakit adalah E-Klaim (Bridging). Dengan dijalanannya E-Klaim, pengajuan klaim ke BPJS saat ini menjadi lebih cepat dan sudah minim penggunaan kertas (Dokumen Pengajuan Klaim). Dengan E-Klaim ini rumah sakit tidak perlu lagi mengajukan tagihan ke BPJS dengan menyerahkan dokumen tagihan yang cukup banyak seperti yang sebelumnya dilaksanakan karena sudah terintegrasi dengan BPJS dan kedepan dengan penyempurnaan pengembangan IT (E Klaim-Bridging) diharapkan dalam proses penyusunanajuan klaim dan proses pengajuan klaim ke BPJS cukup dengan menyampaikan SEP (Surat Elektabilitas Peserta). Selain itu rumah sakit juga telah mengembangkan layanan dengan menerapkan resep digital (E-Resep) dan saat ini masih terus dikembangkan untuk kesempurnaan pelayanan.

BAB II

PERENCANAAN KINERJA

A. Rencana Strategis

Rencana strategis RSUD I Lagaligo disusun dengan tetap memperhatikan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Kabupaten Luwu Timur yang ditetapkan oleh Peraturan Daerah Kab. Luwu Timur Nomor 11 Tahun 2021 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Tahun 2021-2026.

Rencana Strategi tahun 2021- 2026 adalah transisi dari renstra periode 2016 - 2021 RSUD I Lagaligo Kabupaten Luwu Timur sesuai Peraturan Bupati Luwu Timur Nomor 48 Tahun 2021 tentang Rencana Strategis PD Kab. Luwu Timur Tahun 2021-2026 diawali dengan pernyataan Visi, pernyataan Misi, penetapan Tujuan dengan memperhatikan isu-isu strategi, score competence, analisis SWOT dan Faktor-faktor Kunci Keberhasilan, dilanjutkan dengan penetapan Sasaran beserta indikator kinerja dan target yang ingin di capai pada setiap tahun, langkah terakhir adalah penetapan strategi pencapaian tujuan dan sasaran yang terdiri dari kebijakan dan program.

Penjabaran dari rencana Strategi tahun 2021 – 2026 dan kegiatan yang akan dilakukan tertuang dalam Rencana Kinerja yang akan disusun setiap tahun. Sebagai salah satu upaya untuk meningkatkan kinerja RSUD I Lagaligo, ditetapkan indikator kinerja utama sebagai dasar pengukuran keberhasilan pencapaian tujuan dan sasaran strategisyang telah ditetapkan. Tahun 2021 merupakan tahun awal renstra periode 2021-2026.

1. Visi dan Misi

Visi merupakan pandangan jauh ke depan, ke mana dan bagaimana instansi pemerintah harus dibawa dan berkarya agar konsisten dan dapat eksis, antisipatif, inovatif serta produktif. Visi adalah tujuan jangka panjang yang akan dicapai oleh organisasi, yang berisi tentang pernyataan harapan atau menjelaskan kondisi organisasi yang akan diwujudkan di masa depan. Sesuai dengan visi Bupati dan Wakil Bupati terpilih, maka visi pembangunan daerah jangka menengah Kabupaten Luwu Timur Tahun 2021-2026 adalah

"Luwu Timur Yang Berkelanjutan Dan Lebih Maju Berlandaskan Nilai Agama dan Budaya".

Misi menjelaskan jalan atau langkah yang akan dipilih untuk menuju masa depan yang akan diwujudkan. Terwujudnya visi yang dikemukakan di atas merupakan tantangan yang harus di hadapi oleh seluruh aparatur RSUD I Lagaligo Kabupaten Luwu Timur sebagai bentuk nyata dari Visi tersebut. Untuk bisa mewujudkan visi tersebut dengan tetap memperhatikan kondisi dan permasalahan yang ada serta tantangan kedepan, dan memperhitungkan peluang yang dimiliki, maka ditetapkan 6 (Enam) misi sebagai berikut:

- a. Meningkatkan kesejahteraan dan taraf hidup masyarakat secara menyeluruh.
- b. Mengembangkan perekonomian daerah yang berdaya saing dan berjangkauan luas
- c. Menyediakan infrastruktur daerah yang memadai dan lingkungan yang berkualitas.
- d. Menciptakan pemerintahan dan pelayanan public yang lebih baik.
- e. Mewujudkan ketentraman dan ketertiban bagi seluruh warga masyarakat.

Menjamin keberlangsungan pembangunan yang berbasis pada agama dan budaya.

2. Tujuan dan Indikator Kinerja

Mengacu kepada misi yang telah ditetapkan, maka RSUD I Lagaligo menetapkan tujuan yang hendak dicapai atau dihasilkan dalam kurun waktu 5 tahun. RSUD I Lagaligo menetapkan Tujuan 5 tahun yang ingin dicapai , yaitu :

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

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

Pelayanan yang bermutu/ berkualitas merupakan salah satu tolak ukurnya kepuasan yang berefek terhadap keinginan pasien untuk kembali datang ke rumah sakit. Semakin baik kualitas pelayanan yang diberikan maka semakin tinggi pula tingkat kepuasan yang diterima masyarakat. Kepuasan pelanggan adalah tingkat perasaan pelanggan setelah membandingkan antara apa yang dia terima dan harapannya (Umar, 2005). Pelanggan jika merasa puas dengan nilai yang diberikan oleh produk atau jasa sangat besar kemungkinan menjadi pelanggan dalam waktu yang lama. Tingkat kepuasan masyarakat diperoleh dari hasil pengukuran secara kuantitatif pendapat masyarakat dalam memperoleh pelayanan dari aparaturnya penyelenggara pelayanan public (rumah sakit) dengan pengisian kuesioner. IKM adalah hasil pengukuran dari kegiatan Survei Kepuasan Masyarakat (SKM). SKM merupakan kegiatan untuk mengetahui tingkat kepuasan masyarakat terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh penyelenggara pelayanan public.

Akreditasi Rumah Sakit merupakan salah satu cara untuk menilai mutu pelayanan rumah sakit. Peningkatan mutu pelayanan rumah sakit merupakan hal yang sangat penting karena rumah sakit memberikan pelayanan yang paling kritis dan berbahaya dalam sistem pelayanan dan sasaran kegiatan adalah jiwa manusia. Akreditasi Rumah Sakit sebagai pengakuan terhadap mutu pelayanan rumah sakit setelah dilakukan penilaian oleh lembaga independen penyelenggara Akreditasi yang ditetapkan oleh Pemerintah, pengakuan bahwa rumah sakit telah memenuhi standar yang ditetapkan pemerintah. Akreditasi rumah sakit merupakan sebuah proses penilaian dan penetapan kelayakan rumah sakit berdasarkan standar pelayanan yang telah ditetapkan. Terdapat 5 (lima) tingkatan Akreditasi Rumah Sakit sesuai Standar Akreditasi Nasional Rumah Sakit (SNARS) yaitu: tidak lulus akreditasi, akreditasi tingkat dasar, akreditasi tingkat madya, akreditasi tingkat utama dan akreditasi tingkat paripurna. Semakin tinggi tingkat kelulusan akreditasinya menggambarkan semakin banyak standar yang terpenuhi

sehingga semakin baik kualitas/ mutu rumah sakit. Akreditasi Paripurna bermakna bahwa seluruh Bab (15 Bab) mendapat nilai minimal 80%, Akreditasi Utama maka 12 Bab terpenuhi minimal 80% (SKP minimal 80%) dan 3 Bab lainnya tidak ada yang mendapat nilai dibawah 20%, Akreditasi tingkat Madya bila dari 15 bab ada 8 bab yang mendapat nilai minimal 80 % dan 7 bab lainnya tidak ada yang mendapat nilai dibawah 20%, Akreditasi tingkat dasar bila dari 15 bab hanya 4 bab yang mendapat nilai minimal 80 % dan 11 bab lainnya tidak ada yang mendapat nilai dibawah 20%, Tidak lulus akreditasi bila 15 bab semua mendapat nilai kurang dari 60%.

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

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

Tabel 2.1
Tujuan dan Indikator Kinerja RSUD I lagaligo

TUJUAN	INDIKATOR	SAT	KONDISI AWAL (2021)	TARGET AKHIR RENSTRA
1. Mewujudkan kualitas pelayanan rumah sakit	1. Indeks kepuasan masyarakat	Nilai	92,75	94%
	2. Tingkat akreditasi rumah sakit	Tingkat	Paripurna	Paripurna
2. Meningkatkan akuntabilitas penyelenggaraan layanan urusan perangkat daerah	3. Opini audit akuntan publik	Predikat	WTP	WTP

3. Sasaran dan Indikator Kinerja

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

Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) adalah hasil pengukuran dari kegiatan Survei Kepuasan Masyarakat (SKM). SKM merupakan kegiatan untuk mengetahui tingkat kepuasan masyarakat terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh penyelenggara pelayanan public. SKM merupakan salah satu metode yang digunakan untuk mendapatkan umpan balik atas kinerja pelayanan publik. Umpan balik ini digunakan sebagai bahan perbaikan dan peningkatan kinerja pelayanan secara berkelanjutan.

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

Tabel 2.2
Sasaran dan Indikator Kinerja
RSUD I lagaligo Kab. Luwu Timur

SASARAN	INDIKATOR	SATUAN	KONDISI AWAL	TARGET AKHIR RENSTRA
Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit	1. Elemen Penilaian (EP) akreditasi yang memenuhi target	Nilai	83	85
	2. Indikstor SPM yang sesuai target	%	90,9	100
	3. Kinerja Mutu Pelayanan :	%	88,7	100
	- BOR	%	50	80
	- LOS	Hari	2,2	2,5
	- TOI	Hari	3,8	2
	- BTO	Kali	48	50
	- NDR	‰	30	20
	- GDR	‰	55	40
Meningkatnya Akuntabilitas Kinerja dan Keuangan	Persentase capaian kinerja program penunjang urusan PD	%	-	96

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

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

SASARAN	INDIKATOR	SATUAN	KONDISI AWAL	TARGET AKHIR RENSTRA	TARGET 2024
Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit	Indeks Kepuasan Masyarakat	Nilai	92,75	94	96 (Menyesuaikan realisasi 2023)

Meningkatnya kualitas dan pencapaian kinerja penyelenggaraan urusan PD	Nilai SAKIP Hasil Evaluasi Internal Inspektorat	Nilai	63,25	72	74 (Menyesuaikan Realisasi 2023)
--	---	-------	-------	----	-------------------------------------

4. Program untuk Pencapaian Sasaran

Berdasarkan visi, misi, tujuan, dan sasaran yang telah ditetapkan dalam RENSTRA, maka upaya pencapaiannya kemudian dijabarkan secara lebih sistematis melalui perumusan program-program. Adapun program-program untuk mendukung masing-masing sasaran Tahun 2024 adalah sebagai berikut :

Tabel 2.4
Program Untuk Pencapaian Sasaran Tahun 2024

SASARAN	PROGRAM / KEGIATAN PENDUKUNG
Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit	- Program pemenuhan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat : - Penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan untuk UKM dan UKP kewenangan daerah kab/ kota - Penyediaan layanan kesehatan untuk UKM dan UKP rujukan tingkat daerah kab/ kota - Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia - Pengembangan Mutu dan Peningkatan Kompetensi Teknis Sumber Daya Manusia Kesehatan Tingkat Daerah Kabupaten/Kota - Program penunjang urusan pemerintah daerah kab/ kota : - Peningkatan Pelayanan BLUD
Meningkatnya kualitas dan pencapaian kinerja penyelenggaraan urusan PD	- Program penunjang urusan pemerintah daerah kab/ kota : - Perencanaan, penganggaran dan evaluasi kinerja PD - Administrasi keuangan PD - Administrasi Umum PD

	4) Pemeliharaan Barang Milik daerah Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah 5) Penyediaan Jasa Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah
--	---

B. Perjanjian Kinerja Tahun 2024

Perjanjian Kinerja (PK) merupakan dokumen pernyataan/ kesepakatan antara atasan dan bawahan untuk mencapai target kinerja yang ditetapkan suatu instansi. Dokumen ini memuat sasaran strategis, indikator kinerja dan target kinerja beserta program dan anggaran.

Sesuai hasil pendampingan dari Kemenpan dimana berdasarkan PermenPAN-RB Nomor 89 Tahun 2021 tentang Penjenjangan Kinerja Instansi Pemerintah bahwa dalam penyusunan kinerja harus dimulai dengan penetapan sasaran kinerja yang ingin dicapai OPD (Outcome) dan selanjutnya mengidentifikasi factor penyebab dan kondisi yang diperlukan (CSF) dan menguraikan CSF tersebut (hal-hal yang dapat mendukung untuk pencapaian sasaran OPD tersebut). Berdasarkan hal tersebut maka RSUD I Lagaligo melakukan penyusunan Perjanjian kinerja yang berbasis kinerja (Pohon Kinerja). Penyusunan PK 2024, Direktur RSUD I Lagaligo mengacu PermenPAN-RB Nomor 89 Tahun 2021 dengan memperhatikan Renstra, Rencana Kerja (RENJA) 2023, IKU dan anggaran.

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

Tabel 2.5
PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2024
TINGKAT SATUAN KERJA PERANGKAT DAERAH

Satuan Kerja Perangkat Daerah : RSUD I Lagaligo			
Tahun Anggaran : 2024			
No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit	1. Indeks Kepuasan Masyarakat	96

2.	Meningkatnya Kualitas dan Pencapaian Kinerja Penyelenggaraan Urusan PD	2. Nilai SAKIP Hasil Evaluasi Internal Inspektorat	75 (nilai lakip Thn 2023)
----	--	--	------------------------------

Program/ Kegiatan	Anggaran	Ket
1. Prog. Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan upaya kesehatan Masyarakat	Rp. 38.199.669.001,-	APBD
2. Prog. Penunjang Urusan Pemerintah Daerah Kabupaten/ Kota	Rp. 139.873.875.390,-	APBD + BLUD
3. Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan	Rp. 663.640.000,-	APBD
Total Pagu	Rp. 178.737.184.391,-	

Berikut ini penjelasan penetapan sasaran, indicator sasaran dan target yang ditetapkan rumah sakit tahun 2024

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

NO	SASARAN 1	PENJELASAN
1.	Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit	• Mutu Pelayanan Rumah Sakit adalah derajat kesempurnaan pelayanan rumah sakit untuk memenuhi kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumberdaya yang tersedia dirumah sakit secara wajar, efisien dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai dengan norma, etika, hukum dan social budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah dan masyarakat. • Akreditasi Rumah Sakit merupakan salah satu cara untuk menilai mutu pelayanan rumah sakit. Peningkatan mutu pelayanan rumah sakit merupakan hal yang sangat penting karena rumah sakit memberikan pelayanan yang paling kritis dan berbahaya dalam sistem pelayanan dan sasaran kegiatan adalah jiwa manusia.

NO.	INDIKATOR KINERJA	PENJELASAN
1.	Indeks Kepuasan Masyarakat	• Tingkat kepuasan masyarakat yang diperoleh dari hasil pengukuran secara kuantitatif pendapat masyarakat dalam memperoleh pelayanan dari aparatur penyelenggara pelayanan public (rumah sakit) dengan pengisian kuesioner • Salah satu upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan public adalah melalui penyusunan indeks kepuasan masyarakat (IKM) sebagai tolak ukur untuk menilai tingkat kualitas pelayanan rumah sakit • Indeks kepuasan masyarakat dapat menjadi bahan penilaian terhadap unsur pelayanan yang masih perlu perbaiki dan menjadi pendorong setiap unit penyelenggara pelayanan untuk meningkatkan kualitas pelayanannya.
NO.	TARGET	PENJELASAN
1.	96	Target IKM rumah sakit diharapkan meningkat dari tahun sebelumnya. Tahun 2022 capaian IKM rumah sakit 90,3 dan tahun 2023 capaian rumah sakit berupaya meningkatkan kualitas pelayanan melalui peningkatan target capaian.
NO	SASARAN 2	PENJELASAN
2.	Meningkatnya kualitas dan pencapaian kinerja penyelenggaraan urusan PD	Sakip adalah rangkaian sistematis dari berbagai aktivitas, alat dan prosedur yang dirancang untuk tujuan penetapan kinerja dan pengukuran pengumpulan data, pengklasifikasian, pengiktisaran dan pelaporan kinerja pada instansi pemerintah dalam rangka pertanggung jawaban dan peningkatan kinerja instansi pemerintah Implementasi SAKIP merupakan bagian dari transformasi cara dan budaya kerja melalui penerapan manajemen kinerja sector public dan anggaran berbasis kinerja

NO.	INDIKATOR KINERJA	PENJELASAN
1.	Nilai SAKIP Hasil Evaluasi Internal Inspektorat	Inspektorat merupakan salah satu tim sakip kabupaten, dimana hasil penilaian akuntabilitas kinerja instansi pemerintah yang di sampaikan (LHE Lakip) merupakan bentuk evaluasi atas penilaian akuntabilitas pada OPD
NO.	TARGET	PENJELASAN
1.	74	Target yang ditetapkan memperhatikan capaian tahun sebelumnya, tahun 2022 capaian lakip hasil evaluasi inspektorat untuk rumah sakit adalah 67,72 sehingga sebagai komitmen rumah sakit mendukung target kabupaten maka pada tahun 203 menjadi rumah sakit meningkatkan target capaian.

C. Indikator Kinerja Utama (IKU)

Indikator Kinerja Utama (IKU) merupakan ukuran keberhasilan organisasi dalam mencapai tujuan dan merupakan ikhtisar hasil berbagai Program dan Kegiatan sebagai penjabaran tugas dan fungsi organisasi. RSUD I Lagaligo telah menetapkan IKU yang menjadi pedoman dalam upaya mencapai kinerja, sebagai berikut :

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

SASARAN	INDIKATOR KINERJA UTAMA	DEFINISI OPERASIONAL/ FORMULASI PERHITUNGAN	PENJELASAN	SUMBER DATA
Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit	Indeks Kepuasan Masyarakat	- Indeks kepuasan masyarakat adalah data dan informasi mengenai tingkat kepuasan masyarakat berdasarkan hasil pengukuran dari pendapat masyarakat dalam memperoleh pelayanan public yang sesuai antara harapan dan kebutuhan masyarakat. - Hasil pengukuran dari kegiatan survei kepuasan masyarakat berupa angka. Angka ditetapkan dengan skala 1 (satu)	Tingkat kepuasan masyarakat yang diperoleh dari hasil pengukuran secara kuantitatif pendapat masyarakat dalam memperoleh pelayanan dari aparatur penyelenggara pelayanan public	Hasil Survei kepuasan masyarakat

sampai dengan 4 (empat) , dengan katagori :

- Tidak Baik, Nilai persepsinya 1
- Kurang Baik, Nilai persepsinya 2
- Baik, Nilai persepsinya 3
- Sangat Baik, Nilai persepsinya 4

NILAI PERSEPSI	NILAI INTERVAL	NILAI INTERVAL KONVERSI	MUTU PELAYANAN	KINERJA UNIT PELAYANAN
1	1,00-2,5996	25,00 - 64,99	D	TIDAK BAIK
2	2,60-3,064	65,00- 76,60	C	KURANG BAIK
3	3,0644-3,532	76,61-88,30	B	BAIK
4	3,5324-4,00	88,31-100,00	A	SANGAT BAIK

Nilai Perunsur = $\frac{\text{Jumlah keseluruhan}}{\text{Jumlah responden}}$

Bobot Nilat Rata-Rata Tertimbang = $\frac{\text{Jumlah Bobot}}{\text{Jumlah}} = \frac{1}{N}$

SKM = $\frac{\text{Total dari Nilai Persepsi Per Unsur}}{\text{Total Unsur yang Terisi}}$

SKM = $\frac{\text{Total dari Nilai Persepsi Per Unsur}}{\text{Total Unsur yang Terisi}}$

Bobot Persepsi Tertimbang = $\frac{\text{Jumlah bobot}}{\text{Jumlah unsur}} = \frac{1}{N}$

Nilai rata-rata tertimbang = $\frac{\text{Jumlah bobot}}{\text{Jumlah unsur}} = \frac{1}{N}$

(rumah sakit) dengan pengisian kuesioner.

- Salah satu upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan public adalah melalui penyusunan indiks kepuasan masyarakat (IKM) sebagai tolak ukur untuk menilai tingkat kualitas pelayanan rumah sakit
- Indeks kepuasan masyarakan dapat menjadi bahan penilaian terhadap unsur pelayanan yang masih perlu perbaiki dan menjadi pendorong setiap unit penyelenggara pelayanan untuk meningkatkan kualitas pelayanannya

D. Rencana Anggaran Tahun 2024

Berdasarkan Dokumen Pelaksanaan Anggaran Perubahan RSUD I Lagaligo maka jumlah pendanaan yang dapat dibelanjakan pada Tahun Anggaran 2024 adalah sebesar Rp. **178.737.184.391,-** yang digunakan untuk membiayai Belanja Operasional dan Belanja Modal. Secara rinci rencana anggaran Belanja RSUD I Lagaligo dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 2.8
Anggaran RSUD I Lagaligo Tahun 2024

NO	PROGRAM	PAGU		+/-	KET
		SEBELUM PERUBAHAN	SETELAH PERUBAHAN		
1.	Penunjang Urusan Pemerintah Daerah Kab/ Kota	145.360.453.230	139.873.875.390	-5.486.577.840	APBD + BLUD
2.	Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan Dan Upaya Kesehatan Masyarakat	28.969.411.923	38.199.669.001	9.230.257.078	APBD+ DAK
3.	Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan	500.000.000	663.640.000	163.640.000	APBD
	JUMLAH	174.829.865.153	178.737.184.391	3.907.319.238	

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa pada perubahan anggaran 2024 rumah sakit ada penambahan pagu anggaran semula Rp. 174.829.865.153 namun pada perubahan anggaran menjadi Rp. 178.737.184.391,- atau ada penambahan anggaran sebesar Rp. 3.907.319.238,- atau 2,23%.

Tabel 2.8
Rencana Belanja RSUD I Lagaligo
Tahun Anggaran 2024

No	Uraian	Rencana (Rp)	%
1	Belanja Operasional	157.755.160.704,-	88,3

	- Belanja pegawai (gaji & tunjangan)	41.308.759.085,-	
	- Belanja barang dan jasa	116.446.401.619,-	
2	Belanja Modal	20.982.023.687,-	11,7
	- BM. Peralatan dan mesin	17.707.360.634,-	
	- BM Gedung dan bangunan	791.969.600,-	
	- BM. Jalan, Jaringan, dan Irigasi	2.482.693.453	
Jumlah		178.737.184.391,-	100

Alokasi anggaran belanja Tahun 2024 yang dialokasikan untuk membiayai program-program yang langsung mendukung pencapaian sasaran pembangunan adalah sebagai berikut :

Tabel 2.9
Alokasi per Sasaran Tahun Anggaran 2023

SASARAN	INDIKATOR	ANGGARAN (Rp)	% ANGGARAN
Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit	Indeks Kepuasan Masyarakat	Rp.127.571.950.415,-	71,4%
Meningkatnya Kualitas dan Pencapaian Kinerja Penyelenggaraan Urusan PD	Nilai SAKIP Hasil Evaluasi Internal Inspektorat	Rp. 51.165.233.976,-	28,6%

RSUD I Lagaligo memiliki 2 (dua) tujuan dengan 2 (dua) sasaran, dan untuk mengukur keberhasilan dari sasaran tersebut rumah sakit menetapkan 2 (dua) indikator. Untuk mendukung keberhasilan pencapaian tujuan/ sasaran yang telah ditetapkan, rumah sakit didukung oleh 3 (tiga) program dengan 9 (sembilan) kegiatan dan 12 (dua belas) sub kegiatan. Pada tabel di atas dapat dilihat bahwa seluruh anggaran belanja yang ada yaitu sebesar **Rp. 178.737.184.391,-** digunakan untuk sepenuhnya mendukung sasaran "**Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit dan Meningkatkan akuntabilitas kinerja dan keuangan**". Tertinggi anggaran untuk mencapai sasaran meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit yaitu 67,3%, selanjutnya untuk pencapaian sasaran meningkatnya akuntabilitas kinerja dan keuangan sebesar 32,7%

BAB III

AKUNTABILITAS KINERJA

Laporan Kinerja adalah perwujudan pertanggung jawaban atas pencapaian visi dan misi organisasi yang telah ditetapkan dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah. Untuk itu, Evaluasi terhadap Kinerja melalui mekanisme pertanggungjawaban perlu dilakukan untuk mengetahui sejauh mana pelaksanaan Program/kegiatan berimplikasi terhadap kinerja atau pencapaian sasaran OPD.

Pengukuran kinerja merupakan salah satu faktor yang amat penting bagi suatu organisasi, pengukuran kinerja menurut Lynch dan Cross (1993) dalam Sony Yuwono dkk (2006:29) bermanfaat untuk:

- a. Menelusuri kinerja terhadap harapan pelanggan sehingga akan membawa perusahaan lebih dekat pada pelanggannya dan membuat seluruh orang dalam organisasi terlibat dalam upaya memberi kepuasan kepada pelanggan.
- b. Memotivasi pegawai untuk melakukan pelayanan sebagai bagian dari mata rantai pelanggan dan pemasok internal.
- c. Mengidentifikasi berbagai pemborosan sekaligus mendorong upaya-upaya pengurangan terhadap pemborosan tersebut.
- d. Membuat suatu tujuan strategis yang biasanya masih kabur menjadi lebih konkret sehingga mempercepat proses pembelajaran organisasi.
- e. Membangun konsensus untuk melakukan suatu perubahan dengan memberi "reward" atas perilaku yang diharapkan tersebut.

RSUD I Lagaligo selaku pelaksana sebagian kebijakan Pemerintah Daerah mempunyai tugas pokok melaksanakan penyusunan dan pelaksanaan kebijakan daerah dibidang kesehatan. Dalam memberikan laporan pertanggung jawaban atas pelaksanaan tugas pokok yang diberikan, diwajibkan untuk membuat Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) dengan berpedoman pada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 53 tahun 2014 (Permenpan dan RB).

Pengukuran kinerja merupakan proses sistematis dan berkesinambungan yang digunakan sebagai dasar untuk menilai keberhasilan dan kegagalan pelaksanaan kegiatan sesuai dengan sasaran dan tujuan yang telah ditetapkan dalam rangka mewujudkan Visi dan Misi RSUD I Lagaligo Kab. Luwu Timur.

Untuk setiap pernyataan kinerja sasaran strategis tersebut dilakukan analisis capaian kinerja sebagai berikut:

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

Untuk skala penilaian terhadap kinerja pemerintah, menggunakan pijakan Permendagri No. 54 tahun 2010 tentang Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2008 Tentang Tahapan, Tatacara Penyusunan, Pengendalian, Dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan Daerah, dengan kriteria sebagai berikut :

Tabel 3.1
Skala Nilai Peringkat Kinerja

NO.	INTERVAL NILAI REALISASI KINERJA	KRITERIA PENILAIAN REALISASI KINERJA	KODE
1.	$91 \leq 100 \%$	Sangat Tinggi	ST
2.	$76 \leq 90 \%$	Tinggi	T
3.	$66 \leq 75 \%$	Sedang	S
4.	$51 \leq 65 \%$	Rendah	R
5.	$\leq 50 \%$	Sangat Rendah	SR

A. Capaian Kinerja OPD

Capaian kinerja RSUD I Lagaligo Triwulan IV (Empat) Tahun 2024 dilakukan dengan cara membandingkan antara target dengan realisasi masing-masing indikator kinerja. Capaian kinerja untuk setiap sasaran disajikan sebagaimana

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

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

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

N O	TUJUAN	INDIKATOR TUJUAN	SASARAN	INDIKATOR SASARAN	TARGET				
					2022	2023	2024	2025	2026
1.	Mewujudkan kualitas pelayanan rumah sakit	1. Indeks kepuasan masyarakat	-	-	93	95	96	96,5	97
		2. Tingkat akreditasi rumah sakit	-	-	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna
			1. Meningkatnya Mutu Pelayanan Rumah Sakit	Indeks Kepuasan Masyarakat	93	95	96	96,5	97
2.	Meningkatkan akuntabilitas penyelenggaraan layanan urusan perangkat daerah	3. Opini audit akuntan publik	-	-	WTP	WTP	WTP	WTP	WTP
			2. Meningkatnya kualitas dan pencapaian kinerja penyelenggaraan urusan PD	Nilai SAKIP Hasil evaluasi internal inspektorat	70	73	74	75	76

1. Capaian Indikator Kinerja Utama 2024

Berdasarkan IKU yang telah ditetapkan, baik sebelum perubahan maupun setelah perubahan, capaian yang diraih tahun 2024 dapat diuraikan pada tabel dibawah ini :

Tabel 3.3
Sasaran dan Indikator Kinerja Utama (IKU)
RSUD I Lagaligo Kab. Luwu Timur Tahun 2024

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target	Realisasi	%
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1.	Meningkatnya Mutu Pelayanan Rumah Sakit	1. Indeks Kepuasan Masyarakat	96	96,50	100,5
2.	Meningkatnya kualitas dan pencapaian kinerja penyelenggaraan urusan PD	2. Nilai SAKIP Hasil evaluasi internal inspektorat	74	75,0	101,4

Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa capaian IKU pada sasaran Meningkatkan Mutu Pelayanan Rumah Sakit adalah 100% atau masuk katagori Sangat Tinggi dan capaian sasaran Nilai Sakip Hasil Evaluasi Internal Inspektorat 100% dengan katagori Sangat Tinggi. Secara keseluruhan rata-rata capaian kinerja IKU tahun 2024 adalah masuk katagori **Sangat Tinggi** (capaian $91 \leq 100\%$).

2. Analisis Capaian Kinerja

Dari hasil pengukuran dan evaluasi kinerja RSUD I Lagaligo tahun 2024, dapat disampaikan bahwa sasaran strategis yang telah ditargetkan semua dapat dicapai 100%. Untuk pengukuran capaian sasaran meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit diukur melalui indicator indeks kepuasan masyarakat dengan melakukan survei kepuasan setiap triwulan, sedangkan untuk sasaran peningkatan kualitas dan pencapaian kinerja dilihat dari indicator nilai sakip rumah sakit yang diperoleh berdasarkan hasil penilaian oleh inspektorat pada dokumen lakip dan dokumen pendukung lainnya tahun 2023 rumah sakit.

Berikut rincian analisis capaian sasaran strategis dapat diuraikan sebagai berikut:

Sasaran 1 : Meningkatnya Mutu Pelayanan Rumah Sakit

1) Analisis Perbandingan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

Tabel 3.4
Capaian IKU Per Sasaran 1 Tahun 2024
RSUD I Lagaligo Kab. Luwu Timur

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Sat	Target	Realisasi	Capaian
1. Meningkatnya Mutu Pelayanan Rumah Sakit	Indeks Kepuasan Masyarakat	Nilai	96	96,50	100,5

Dari table diatas dapat dilihat bahwa indicator kinerja sasaran meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit jika dibandingkan dengan target yang ditetapkan tahun 2024 sebesar 96 telah capai target dengan realiasai 96,50 dengan tingkat capaian 100,5% atau masuk katagori **Sangat Tinggi** ($91 \leq 100\%$)

Indek kepuasan masyarakat (IKM) sebagai indicator sasaran meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit di RSUD I Lagaligo dilaksanakan dengan kegiatan survey kepuasan melalui pengisian kuesioner kepuasan masyarakat setiap 3 bulan sekali dengan 150 responden, total responden survey kepuasan tahun 2024 adalah 600 responden.

Evaluasi dilakukan setiap triwulan, dengan memperhatikan nilai persepsi yang diberikan oleh responden pada setiap unsur pelayanan di kuesioner. Kuesioner yang dibagikan memuat 9 (Sembilan) unsur pelayanan sesuai Peraturan Menteri PAN dan RB Nomor 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik. Kesembilan unsur yang ditanyakan dalam kuesioner adalah sebagai berikut : 1) Persyaratan, 2) Sistem, mekanisme, 3) Waktu penyelesaian 4) Biaya/ tarif, 5) Produk spesifikasi jenis pelayanan, 6) Kompetensi pelaksana 7) Perilaku pelaksana, 8) Sarana dan prasarana, 9) Penanganan pengaduan, saran dan masukan.

Data Unit pelayanan dirumah sakit yang di laksanakan Survei Kepuasan Tahun 2024 :

Tabel 3.5
Jumlah Responden SKM Pada Unit Pelayanan

Waktu Pelaksanaan Survei	Jumlah Responden/ Unit Pelayanan				Jumlah
	Rawat Inap	Rawat Jalan	Penunjang Medik	IGD	
Triwulan I	52	64	13	21	150
Triwulan II	80	30	26	14	150
Triwulan III	57	73	20	0	150
Triwulan IV	49	60	16	25	150
Jumlah	238	227	75	60	600
%	39,7	37,8	12,5	10,0	100%

Berikut pengolahan data hasil pelaksanaan survei kepuasan masyarakat dirumah sakit berdasarkan karakteristik responden ahun 2024 :

Tabel 3.6
Data Karakteristik Responden SKM

No	KARAKTERISTIK	INDIKATOR	JUMLAH	%
1	Jenis Kelamin	Laki-laki	191	31,8%
		Perempuan	409	68,2%
			600	100%
2	Usia	18-25 tahun	122	20,3%
		26-35 tahun	194	32,3%
		36-45 tahun	131	21,8%
		46-55 tahun	78	13,0%
		56-65 tahun	46	7,7%
		≥ 65 tahun	29	4,8%
			600	100%
3	Pendidikan	SD	101	16,8%
		SMP	91	15,2%
		SMA	273	45,5%
		Perguruan Tinggi	135	22,5%
			600	100%

4	Pekerjaan	PNS	38	6,3%
		Swasta	60	10,0%
		Wirausaha		6,2%
		Lainnya	465	77,5%
			600	100%

Data Hasil Perhitungan IKM dari kuesioner yang dibagikan ke responden dirumah sakit tahun 2024 :

Tabel 3.7
Hasil Perhitungan SKM Tahun 2024

Nilai Persepsi	Nilai Unsur Pelayanan									JLH
	U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U8	U9	
1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
2	0	0	0	1	0	0	2	1	1	5
3	101	74	72	34	89	72	55	149	69	715
4	499	526	528	565	510	528	543	450	530	4679
JUMLAH	600	600	600	600	600	600	600	600	600	5400
Nilai/Unsur	2299	2326	2328	2362	2308	2328	2337	2249	2327	20864
NRR/UNSUR	3,83	3,88	3,88	3,94	3,85	3,88	3,90	3,75	3,88	3,86
NRR TERTIMBANG/ UNSUR	0,43	0,43	0,43	0,44	0,43	0,43	0,43	0,42	0,43	3,86
Kategori	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
Rata-rata IKM Unit Layanan									96,50 (Sangat Baik)	

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

Tahun 2024 adalah tahun ketiga pelaksanaan Renstra RSUD I Lagaligo periode 2021-2026, perbandingan yang dilakukan dimulai data awal tahun 2022, tahun 2023 dan tahun 2024 pelaksanaan renstra rumah sakit.

Tahun 2022 rumah sakit membagikan kuesioner setiap tiga bulan 100 kuesioner atau 100 responden dan dalam 1 tahun total responden sebanyak 400 responden. Tahun 2023 jumlah total setahun 550 responden dan tahun 2025 total responden 600.

Berikut gambaran capaian kinerja 3 (tiga) tahun periode renstra 2021-2026 RSUD I Lagaligo :

Tabel 3.8
Data Capaian IKM PerTriwulan Tahun 2022-2024
RSUD I Lagaligo Kab. Luwu Timur

Tahun	TW.I	TW.II	TW.III	TW.IV	Rata-Rata Capaian
2022	94,22	93,63	95,13	96,53	94,87
2023	94,96	95,64	95,74	96,00	95,60
2024	96,24	96,57	96,59	96,55	96,50

Tabel 3.9
Perbandingan Realisasi IKU Tahun ini dan Beberapa Tahun Terakhir Sasaran 1
Tahun 2022 - 2024

Sasaran	Indikator	2022		TKT REALISASI I	2023		TKT REALISASI I	2024		TINGKAT REALISASI I	TREND
		TARGET	REALISASI		TARGET	REALISASI		TARGET	REALISASI		
Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit	1. Indeks Kepuasan Masyarakat	90	90,3	100,3%	93	94,5	101,6	96	96,5	100,5	NAIK

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

Grafik 3.1
Perbandingan Realisasi IKU Tahun ini dan Beberapa Tahun Terakhir Sasaran 1
Tahun 2022 - 2024



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

Berikut ini table realisasi IKU RSUD I Lagaligo sampai dengan tahun 2024 yang dibandingkan dengan target renstra periode 2021-2026.

Tabel 3.10
Perbandingan Realisasi IKU Sasaran 1 dengan Target Akhir Renstra
RSUD I Lagaligo Kab. Luwu Timur

Indikator	TARGET JANGKA MENENGAH	REALISASI S/D THN INI	TINGKAT CAPAIAN
Indeks Kepuasan Masyarakat	97	96,5	99.5%

Berdasarkan data pada table 3.6 diatas dapat dilihat bahwa IKU RSUD I Lagaligo pada Indikator Indeks Kepuasan Masyarakat yang pada tahun 2024 memasuki tahun ke-3 renstra masih belum mencapai target akhir rencana 5 tahunan, namun sudah mencapai tingkat capaian 99,5%. Target yang ditetapkan saat penyusunan rencana strategis rumah sakit mengacu pada kondisi covid-19 namun pada pertengahan jalan sesuai pendampingan oleh menpan dimana OPD dalam membuat Perjanjian kinerja berbasis kinerja (Pohon Kinerja) dengan mengacu PermenPAN-RB Nomor 89 Tahun 2021 sehingga dilakukan perbaikan pada bab IV renstra dan rencana target ada perubahan menyesuaikan dengan realisasi tahun 2022 dan proyeksi 2023 bukan lagi mengacu ke kondisi covid-19 saat penyusunan renstra (lembar revisi renstra terlampir).

4) Membandingkan realisasi kinerja tahun ini dengan standar nasional
Indeks kepuasan masyarakat dengan katagori baik secara standar nasional nilai interval 3,064-3,532 atau nilai konversi 76,61-88,30. Sedangkan untuk katagori sangat baik nilai indeks nya dengan nilai interval 3,532-4,00 atau nilai konversi 88,31-100,00. Jika dibandingkan dengan capaian rumah sakit pusat (kemenkes) RSUP Dr.Kariadi

Semarang capain IKM nya di bulan juni tahun 2024 adalah 3,56 atau 89, kondisi ini lebih rendah jika dibandingkan realisasi 2024 RSUD I Lagaligo yaitu 3,86 atau nilai konversi 96,50. Namun jika dibandingkan dengan rumah sakit di Sulawesi selatan (Makassar) seperti RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo nila 82,9 dengan katagori baik, realisasi IKM RSUD I Lagaligo masih lebih tinggi dan jika dibandingkan dengan rumag sakit daerah kabupaten lain seperti RSUD Andi Djemma capain 76,61 (Baik) Capaian RSUD I Lagaligo juga masih lebih tinggi dengan katagori Sangat Baik. Dan nilai ini telah melampaui target secara nasional yaitu 80

Tabel 3.11
Perbandingan Capaian Indeks Kepuasan Masyarakat

RS Pembading	Capaian 2023	Capaian 2024	Targer Jangka Menegah	Target Nasional	Keterangan
RSUD I Lagaligo, Luwu Timur	95,60	96,50	97	80	Lap per desember 2024
RSUD Andi Djemma, Luwu Utara	80,79	76,61	-	80	Lap per deesember 2024
RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo, Makassar	81,18	82,9	90	80	Lap per juni 2024
RSUP Dr. Kariadi, Semarang	95,00	89,66	-	80	Lap per oktober 2024

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

Capaian indeks kepuasan masyarakat ini diperoleh melalui penyebaran kuesioner dirumah sakit baik pada rawat inap maupun rawat jalan termasuk Instalasi Gawat Darurat (IGD) dengan 600 responden. Dengan

kerjasama yang baik pada semua unsur baik staf profesional dokter , paramedic dan tim manajemen sehingga kepercayaan masyarakat akibat adanya covid-19 kembali dengan lebih cepat dari rencana target yang ditetapkan. Selain itu adanya dukungan dari Pemerintah Daerah sangat membantu percepatan pencapaian kinerja sasaran ini.

Nilai tertinggi pada survei kepuasan ini ada pada unsur biaya/ tariff dengan nilai 3,94 atau jika dikonversi 98,5. Kabupaten Luwu Timur merupakan kabupaten (UHC), bertujuan agar semua orang, terutama yang paling rentan, dapat mengakses layanan kesehatan berkualitas tanpa kesulitan finansia sehingga masyarakat Luwu Timur tidak mengalami kesulitan terkait biaya kesehatan.

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

- Berupaya memenuhi kebutuhan obat dan BMHP (bahan pelayanan) kebutuhan dokter untuk pelayanan, sehingga pengambilan obat di apotik luar rumah sakit oleh pasien/ keluarga pasien berkurang karena ketersediaan bahan pelayanan yang memadai.
- Pemeliharaan dan penataan ruang pelayanan dan termasuk di ruang perawatan 1 kamar 1 pasien. Saat ini perawatan untuk 1 kamar 1 pasien ada 49 kamar.
- Untuk mendekatkan akses kesehatan masyarakat ada penambahan pelayanan spesialis paru, bedah mulut dan kesehatan jiwa.
- Pengembangan SIM-RS terintegrasi yang terus menerus agar mutu pelayanan semakin baik, seperti waktu tunggu pendaftaran, waktu tunggu pelayanan dan kemudahan proses pelayanan.
- Pemenuhan kebutuhan pelayanan dengan melakukan MoU dokter spesialis rehab medik, obgyn, Mata, THT, Anastesi, Interna, kulit dan kelamin.

Unsur penilaian terendah adalah pada unsur sarana dan prasarana dengan nilai 3,75 atau dikonversi menjadi 93,75. Beberapa **kendala/ hambatan** yang dihadapi dalam pencapaian Indeks Kepuasan

Masyarakat ini antara lain :

- Sarana dan prasarana serta fasilitas penunjang pelayanan masih belum terpenuhi sesuai kebutuhan.
- Pemeliharaan gedung, peralatan dan fasilitas penunjang masih belum optimal karena membutuhkan biaya yang cukup besar, selain itu untuk pemeliharaan alat kesehatan/ kedokteran penyedia jasa nya sangat terbatas, juga tenaga teknis yang terbatas hal ini menyebabkan respon perbaikan jika ada kerusakan agak lambat, kondisi ini berdampak pada kepuasan pasien/ masyarakat .
- Masih kurangnya tenaga teknis peralatan kesehatan dan kurangnya peralatan kerja yang tersedia.
- Belum optimalnya SIM-RS, masih butuh pengembangan namun tenaga IT masih kurang sehingga pengembangan berjalan lambat.
- Kemampuan keuangan rumah sakit yang terbatas sehingga kemampuan belanja termasuk bahan pelayanan, peralatan kesehatan dan kebutuhan penunjang pelayanan lainnya sedikit terhambat.
- Masih ada pasien dan keluarga pasien yang belum mengetahui tentang layanan pengaduan RSUD I Lagaligo.
- Belum optimalnya promosi kesehatan (marketing) rumah sak

Upaya Perbaikan :

- Melakukan pemeliharaan peralatan, mesin dan bangunan rumah sakit dengan menyediakan anggaran pemeliharaan pada anggaran 2025.
- Mengusulkan pengadaan alat kesehatan/ alat penunjang medik fasilitas pelayanan kesehatan tahun 2025.
- Merencanakan BM. Peralatan dan mesin, BM. Gedung dan Bangunan, BM. Instalasi dengan lebih baik.
- Menambahkan alokasi anggaran untuk pengembangan SDM dan

pengusulan tambahan tenaga sesuai kebutuhan.

- Membuat inovasi dan pengembangan inovasi-inovasi pelayanan
- Mengupayakan peningkatan pendapatan rumah sakit melalui : peningkatan promosi dan perluasan marketing, peningkatan performance SDM dan rumah sakit, memperbanyak kerjasama eksternal.

Rekomendasi :

- Menindaklanjuti hasil survey kepuasan sesuai dengan temuan yang didapatkan dilapangan dengan membuat rencana tindak lanjut untuk percepatan proses perbaikan dan melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala

6) Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya

Dalam pencapaian kinerja sasaran 1 RSUD I Lagaligo (Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit) tahun 2024, didukung oleh 3 program dengan 4 kegiatan dengan tingkat capaian kinerja sebesar 100% dengan realisasi anggaran Rp. 107.341.430.643,- atau 84,2% dengan efisiensi anggaran Rp. 20.230.519.772 atau 15,8%.

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

Secara umum semua program mendukung keberhasilan pencapaian indikator kinerja utama yang diwujudkan dalam pernyataan kinerja. Untuk pencapaian sasaran strategis tidak hanya didukung oleh salah satu program saja namun ke-3 (tiga) program yang telah ditetapkan bertujuan untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan kesehatan pasien. Adapun program/ kegiatan yang menunjang keberhasilan pencapaian kinerja meningkatnya mutu pelayanan adalah :

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

- Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk IKM dan UKP Kewenangan Daerah Kab/ kota
 - Penyediaan Pelayanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Rujukan Tingkat Daerah/ Kab
- b) Program Peningkatan Kapasiras Sumber Daya Manusia
- Pengembangan Mutu dan Peningkatan Kompetensi Teknis Sumber Daya Manusia Kesehatan Tingkat Daerah Kabupaten/Kota
- c) Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah Kabupaten/ Kota
- Peningkatan Pelayanan BLUD

Sasaran 2 : Meningkatnya kualitas dan pencapaian kinerja penyelenggaraan urusan PD

- 1) **Analisis Perbandingan antara target dan realisasi kinerja tahun ini**
- Sasaran strategis ke-2 rumah sakit adalah Meningkatnya kualitas dan pencapaian kinerja penyelenggaraan urusan PD dengan indicator nilai sakit hasil evaluasi internal inspektorat. Berikut capaian IKU sasaran ke-2 rumah sakit :

Tabel 3.12
Capaian IKU Per Sasaran 2
RSUD I Lagaligo Kab. Luwu Timur

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Sat	Target 2024	Realisasi 2024	Capaian
2. Meningkatnya kualitas dan pencapaian kinerja penyelenggaraan urusan PD	Nilai Sakip Hasil Evaluasi Internal Inspektorat	Nilai	75	75,00 (Nilai Lakip 2023)	100

Dari table 3.7 diatas dapat dilihat bahwa target indicator kinerja sasaran meningkatnya akuntabilitas kinerja RSUD I Lagaligo adalah 75 dan realisasi dari penilaian lakip tahun 2023 oleh inspektorat adalah 75,00, capaian ini menggambarkan bahwa rumah sakit telah mencapai target yang ditetapkan dengan tingkat capaian 100% atau katagori **Sangat Tinggi** ($91 \leq 100\%$).

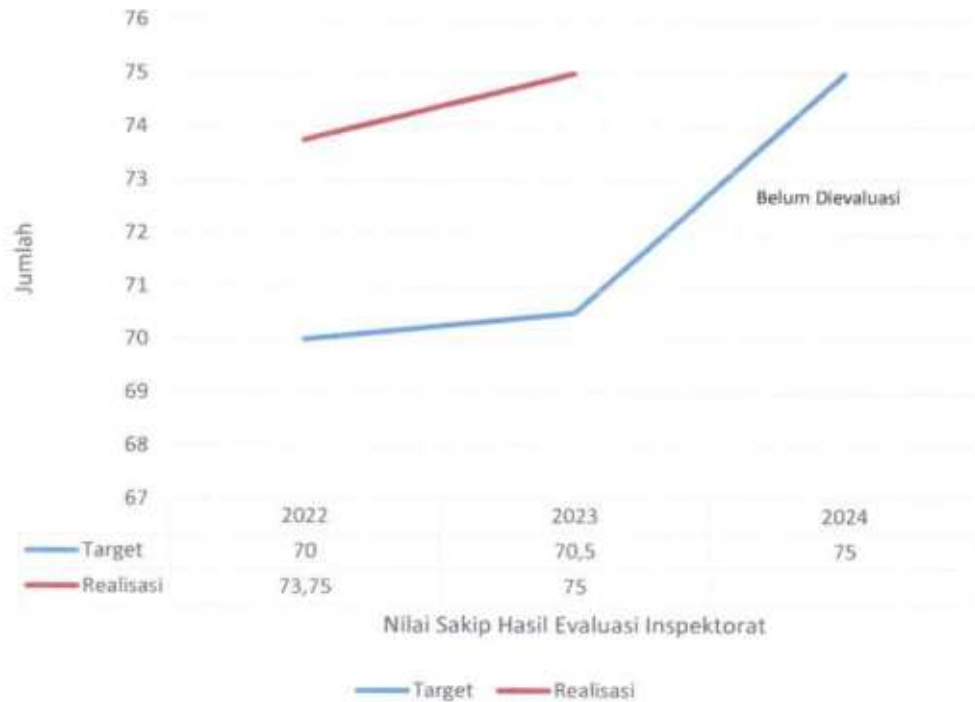
2) Analisis Perbandingan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir

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

Tabel 3.13
Perbandingan Realisasi IKU Tahun ini dan Beberapa Tahun Terakhir
Sasaran 2 RSUD I Lagaligo Kabupaten Luwu Timur
Tahun 2022 – 2024

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA	Sat	TARGET			REALISASI			TREND
			2022	2023	2024	2022	2023	2024	
2. Meningkatnya kualitas dan pencapaian kinerja penyelenggaraan urusan PD	Nilai Sakip Hasil Evaluasi Internal Inspektorat	Nilai	70	70,5	75	73,75	75,00	Belum di evaluasi	NAIK

Grafik 3.2
Perbandingan Realisasi IKU Tahun ini dan Beberapa Tahun
Terakhir Sasaran 2
RSUD I Lagaligo Kabupaten Luwu Timur
Tahun 2022 – 2024



Tahun 2024 adalah tahun ketiga pelaksanaan Renstra RSUD I Lagaligo periode 2021-2026, perbandingan yang dilakukan dimulai tahun awal periode renstra 2022 sampai tahun 2024.

Dari table 3.8 diatas dapat dilihat bahwa setiap tahunnya ada peningkatan capaian kinerja dengan tingkat capaian diatas 100% dengan katagori Sangat Tinggi ($91 \leq 100\%$), dan gambaran trend menunjukan peningkatan (Naik). Untuk penilaian lakip tahun 2024 belum dilaksanakan karena awal tahun 2025 dokumen laporan kinerja baru disusun dan dievaluasi oleh inspektorat pada tahun 2025 sehingga laporan kinerja tahun 2024 akan disampaikan pada tahun 2025.

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

Tabel 3.14
Perbandingan Realisasi IKU Sasaran 2 dengan Target Akhir Renstra RSUD I Lagaligo Kab. Luwu Timur

Indikator	TARGET JANGKA MENENGAH	REALISASI S/D THN INI	TINGKAT CAPAIAN
2. Nilai Sakip Hasil Evaluasi Internal Inspektorat	76	75	98,7%

Berdasarkan data pada table 3.9 diatas dapat dilihat bahwa IKU RSUD I Lagaligo pada Indikator Nilai Sakip Hasil Evaluasi Internal Inspektorat yang pada tahun 2024 memasuki tahun ke-3 renstra dan masih belum mencapai target akhir renstra, capaian ini disebabkan adanya perbaikan yang dilakukan sehubungan dngan telah dilaksanakannya coaching klinik oleh Menpan-RB sehingga dalam menyusun dokumen akuntabilita kinerja OPD ada beberapa perbaikan sesuai arahan menpan-RB, selain itu juga adanya beberapa rekomendasi oleh inspektorat sebagai tim evaluasi kabupaten untuk perbaikan Lakip.

Target Nilai Lakip hasil evaluasi internal inspektorat ini telah dilakukan penyesuaian saat dilakukan perbaikan pada renstra bab IV sesuai arahan saat coaching klinik serta dengan memperhatikan realisasi dan upaya-upaya perbaikan yang telah dilakukan (lembar revisi renstra terlampir).

- 4) **Membandingkan realisasi kinerja tahun ini dengan standar nasional**
Nilai Lakip hasil evaluasi internal inspektorat, jika dibandingkan capaian RSUD I Lagaligo dengan Rumah sakit kabupaten lain, RSUD Andi Djemma Masamba maka nilai lakip RSUD I Lagaligo lebih baik yaitu 75,00 (BB) sedangkan RSUD Andi Djemma capaian nilai lakip 2023

71,65 (BB) dan jika dibandingkan dengan standar nasional 80 maka RSUD I Lagaligo masih berada dibawah standar nasional.

NO	Rumah Sakit	Tahun Penilaian	Nilai Lakip	Standar Nasional
1.	RSUD I Lagaligo	2023	75,00	80
2.	RSUD Andi Djemma	2023	71,65	80

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

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

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

- Melakukan sosialisasi penyusunan kinerja berdasarkan pohon kinerja kepada para structural
- Melakukan koordinasi dengan bidang-bidang terkait kinerja bagian/ bidang-bidang.
- Melakukan konsultasi ke bagian organisasi dan inspektorat terkait SAKIP OPD
- Melakukan perbaikan-perbaikan sesuai rekomendasi dari hasil evaluasi inspektorat
- Berkoordinasi dengan bagian keuangan perihal peraturan yang

berlaku terkait penganggaran dan akuntansi (belanja yang dibolehkan menggunakan APBD dengan kebutuhan pelayanan BLUD)

- Melakukan koordinasi dengan Bappelitbangda terkait kebutuhan rumah sakit yang butuh bantuan subsidi sehubungan dengan permasalahan keuangan rumah sakit.

Sedangkan hambatan yang dialami dalam pencapaian kinerja ini, adalah :

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

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

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

6) Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya

Indikator nilai sakiip hasil evaluasi internal inspektorat ini didukung oleh 1 program dengan 5 kegiatan. Pagu anggaran yang digunakan adalah Rp. 51.165.233.976,- dan realisasi anggaran Rp.50.026.656.492,- atau 97,8% ada efesiensi anggaran sebesar Rp. 1.138.577.484,- dengan tingkat efesiensi 2,2%.

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

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

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

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

1. Kinerja Mutu Pelayanan (Rawat Inap) tahun 2024

No	Indikator Kinerja	Target	Capaian
1.	Bed Occupacy Rate (BOR)	80%	68,2%
2.	Length of Stay (LOS)	2,5 hari	2,4 hari
3.	Turn of Interval (TOI)	2 hari	1,7 hari
4.	Bed Turn Over (BTO)	50 kali	70 kali

5.	Net Deat Rate (NDR)	20/1000	15/1000
6	Gross Death Rate (GDR)	40/1000	36,2/1000

1) Capaian BOR (Angka Penggunaan Tempat Tidur)

Dari data diatas dapat dilihat bahwa capaian BOR RSUD I Lagaligo 68,2% dari target 80%. Ini artinya bahwa dari seluruh TT RS (200 TT) dalam satu tahun TT yang digunakan (terpakai oleh pasien) sebanyak 68,2% atau tingkat capaian BOR dari target adalah 68,2%. Dengan capain tersebut menunjukan bahwa berdasarkan standar pemanfaatan TT di RSUD I Lagaligo **masih berada dalam standar ideal**, (Standar 60-85%, Depkes RI.2005).

2) Capaian BTO (Angka Perputaran Tempat Tidur)

Dari data diatas dapat dilihat bahwa capaian untuk indicator BTO 69 kali dari target sebanyak 50 kali. Data ini menggambarkan bahwa dalam setahun tiap 1 unit TT dimanfaatkan oleh pasien sebanyak 69 kali. Kondisi ini menggambarkan bahwa penggunaan satu TT dalam setahun **melebihi batas standar ideal** sehingga berpotensi kerusakan TT dan angka resiko kejadian infeksi lebih tinggi (Standar 40-50 kali).

3) Capaian TOI (Tenggang Perputaran Tempat Tidur)

Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa realisasi untuk TOI adalah 1,7 hari dari target 2 hari. Data ini menggambarkan bahwa jarak waktu pemanfaatan satu tempat tidur dengan penggunaan berikutnya adala 1,7 hari, kondisi ini menggambarkan bahwa 1 (satu) TT setelah digunakan oleh pasien dan tenggang waktu yang diperlukan ke penggunaan berikutnya cukup singkat namun telah **sesuai standar ideal**, (standar yaitu 1-3 hari).

4) Capaian LOS (Rata-Rata Lamanya Pasien Dirawat)

Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa realisasi untuk LOS adalah 2,4 hari dari target 2,5 hari. Capaian ini menggambarkan bahwa, rata-rata lama pasien dirawat adalah 2,4 hari. Kondisi ini sebenarnya untuk perawatan

pasien dengan pengobatan tertentu berpotensi kurang optimal namun dengan adanya kerjasama yang baik dengan pasien dan keluarga diharapkan hasil pengobatan yang diberikan tetap bisa terpenuhi. (Standar 5-7 hari)

Di Era JKN ini profesionalis seorang tenaga medis sangat dibutuhkan agar mutu pelayanan tetap terpenuhi. Salah satu upaya rumah sakit yang dilaksanakan dan sesuai standar pelayanan telah diterapkan area prioritas dengan dibuatnya Clinical Pathway (CP) pelayanan. CP merupakan standar medis dalam memberikan pelayanan terhadap pasien.

5) Capaian NDR (Net Death Rate)

Indikator ini menggambarkan Angka Kematian umum untuk setiap 1000 penderita keluar rumah sakit. Berdasarkan data diatas dapat dilihat bahwa jumlah pasien meninggal dirumah sakit dalam masa > 48 jam dibagi jumlah pasien keluar rumah sakit baik hidup maupun meninggal adalah sebanyak 15,6‰. Angka ini berada **dibawah standar kementerian** (25‰) yang berarti bahwa penanganan pasien dirumah sakit sudah sangat baik sehingga angka kematian rendah.

6) Capaian GDR (Gross Death Rate)

GDR (*Gross Death Rate*) adalah angka kematian umum untuk setiap 1000 pasien keluar. Berdasarkan data dapat dilihat bahwa jumlah pasien meninggal dirumah sakit dibagi jumlah pasien keluar rumah sakit baik hidup maupun meninggal adalah 36,2‰. Angka ini berada **dibawah standar kementerian** (45‰) yang berarti bahwa penanganan pasien dirumah sakit sudah sangat baik sehingga angka kematian rendah

2. Kinerja Capaian SPM rumah sakit

REKAPITULASI CAPAIAN SPM RSUD I LAGALIGO

TAHUN 2024

NO	URAIAN	TARGET 2024	STANDAR (JUMLAH INDIKATOR)	CAPAIAN	%	KETERANGAN (% PER BIDANG)
BIDANG PELAYANAN						
1	Pelayanan Gawat Darurat	90%	8	6	75,0%	60
2	Pelayanan Rawat Jalan	90%	10	8	80,0%	68
3	Pelayanan rawat Inap	90%	14	12	85,7%	
4	Bedah Sentral	90%	11	11	100,0%	
5	Persalinan & Perinatologi	90%	12	12	100,0%	
6	Pelayanan Intensif	90%	7	6	85,7%	
7	Pencegahan & Pengendalian Infeksi	90%	6	5	83,3%	
BIDANG PENUNJANG						
8	Pelayanan Radiologi	90%	7	5	71,4%	63
9	Pelayanan Lab & PK	90%	10	9	90,0%	72
10	Pelayanan Rehab Medik	90%	5	4	80,0%	
11	Pelayanan Transfusi Darah	90%	5	4	80,0%	
12	Pelayanan Rekam Medik	90%	6	5	83,3%	
13	Pelayaan Farmasi	90%	8	6	75,0%	
14	Pelayanan Gizi	90%	6	6	100,0%	
15	Pengelolaan Limbah	90%	5	5	100,0%	
16	Pemulasaran jenazah	90%	7	6	85,7%	

17	Loundry	90%	7	7	100,0%		
18	Pemeliharaan Sarana RS	90%	6	6	100,0%		
BIDANG ADMINISTRASI & MANAJEMEN, SDM							
19	Adm & manaj	90%	16	16	100,0%	27	93,1%
20	Ambulans	90%	7	7	100,0%	29	
21	Keamanan	90%	6	4	66,7%		
TOTAL CAPAIAN SPM		90%	169	150	88,8%		

3. Kinerja Mutu Rumah Sakit

INDIKATOR NASIONAL MUTU TAHUN 2024

NO	INDIKATOR	PENCAPAIAN BULAN												RATA-RATA	TARGET
		JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES		
1	KEPATUHAN KEBERSIHAN TANGAN	96,0 %	100,0 %	99,9 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	96,0 %	97,1 %	96,9 %	98,8%	≥ 85 %
2	KEPATUHAN PENGGUNAAN ALAT PELINDUNG DIRI (APD)	99,0 %	100,0 %	100,0 %	99,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	99,8 %	100,0 %	99,8%	100%
3	KEPATUHAN IDENTIFIKASI PASIEN	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	99,9 %	100,0%	100%
4	WAKTU TANGGAP OPERASI SEKSIO SESAREA EMERGENSI	98,0 %	100,0 %	100,0 %	98,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	75,0 %	50,0 %	93,4%	≥ 80 %
5	WAKTU TUNGGU RAWAT JALAN	92,0 %	100,0 %	100,0 %	92,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	76,0 %	72,4 %	94,8 %	93,9%	≥ 80 %
6	PENUNDAAN OPERASI ELEKTIF	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0 %	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%	0,1%	≤ 5 %
7	KEPATUHAN WAKTU VISITE DOKTER	93,0 %	93,0 %	95,1 %	93,0 %	93,0%	95,1 %	94,9 %	95,8%	92,6 %	91,0 %	83,4 %	68,7 %	90,7%	≥ 80%
8	PELAPORAN HASIL KRITIS LABORATORIUM	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0%	100%
9	KEPATUHAN PENGGUNAAN FORMULARIUM NASIONAL	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0%	≥ 80%

10	KEPATUHAN TERHADAP ALUR KLINIS (CLINICAL PATHWAY)	93,0 %	90,0 %	95,0 %	93,0 %	90,0%	98,8 %	98,6 %	99,0%	99,6 %	82,0 %	89,0 %	100,0 %	94,0%	≥ 80%
11	KEPATUHAN UPAYA PENCEGAHAN RESIKO PASIEN JATUH	100,0%	100,0%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0%	100,0%	100,0 %	100,0%	100,0%	96,6 %	99,5 %	99,7%	100%
12	KECEPATAN WAKTU TANGGAP KOMPLAIN	100,0%	100,0%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0%	100,0%	100,0 %	100,0%	100,0%	90,0 %	100,0 %	99,2%	≥ 80%
13	KEPUJASAN PASIEN	90,0 %	90,9 %	91,0 %	90,4 %	91,0%	91,1 %	90,1 %	91,5%	91,3 %	94,5 %	90,6 %	88,9 %	90,9%	≥75.61%

MUTU PRIORITAS RUMAH SAKIT

NO	INDIKATOR	PENCAPAIAN BULAN												RATA-RATA	TARGET
		JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES		
1	ASSESMENT STATUS GIZI PASIEN TB	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100,0%	100%
2	PASIEN RAWAT INAP TUBERKULOSIS PADA PASIEN DEWASA YANG DITANGANI DENGAN STRATEGI DOTS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100,0%	100%
3	PASIEN RAWAT JALAN TUBERKULOSIS PADA PASIEN DEWASA YANG DITANGANI DENGAN STRATEGI DOTS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100,0%	100%
4	ANGKA KEJADIAN PASIEN TB PARU YANG PUTUS OBAT	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0,0%	
5	ANGKA KEMATIAN PASIEN TB PARU	0,70%	1,20%	0,00%	0,00%	1,60%	0,00%	1,20%	1,80%	2,00%	0,00%	0,01%	0,01%	0,7%	≤ 25%

INDIKATOR MUTU UNIT

NO	INDIKATOR	PENCAPAIAN BULAN												RATA-RATA	TARGET
		JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES		
1	DOKTER PEMBERI PELAYANAN DI POLIKLINIK SPESIALIS	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0 %	100,0%	100,0%	100 %	100 %	100,0%	100%

2	WAKTU TANGGAP PELAYANAN DOKTER DI UNIT IGD	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,06	2,07	2,04	2,06	1,35	< 5 menit
3	TIDAK ADANYA OPERASI SALAH SISI	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100%
4	KEMAMPUAN MENANGANI BAYI BARU LAHIR DENGAN ASFIKSIA	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100%
5	KEJADIAN KEMATIAN IBU MELAHIRKAN KARENA PREEKLAMPSIA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	≤ 30 %
6	KEJADIAN KEMATIAN IBU MELAHIRKAN KARENA PERDARAHAN	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	≤ 1 %
7	KEJADIAN KEMATIAN IBU MELAHIRKAN KARENA SEPSIS	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	≤ 0,2 %
8	RATA-RATA PASIEN YANG KEMBALI KE INSTALASI ICU DENGAN KASUS YANG SAMA < 72 JAM	1,8%	0,0%	0,0%	0,0%	1,7%	2,4%	0,0%	0,0%	1,4%	4,8%	1,8%	0,0%	1,2%	1,2%	≤ 3%
9	ADEKUASI HEMODIALISIS	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	85,2 %	100,0%	100,0%	85,4 %	100,0%	100,0%	90,5 %	96,8%	96,8%	100%
10	KEJADIAN REAKSI TRANSFUSI	1,8%	2,2%	1,8%	1,8%	0,0%	0,1%	1,2%	1,5%	3,8%	3,3%	1,0%	1,6%	1,7%	1,7%	≤ 0,01 %
11	WAKTU PENYEDIAAN DOKUMEN REKAM MEDIK RAWAT JALAN	2,85	2,97	4,57	3,07	3,04	4,84	3,18	2,12	0,00	0,00	0,00	0,00	2,22	2,22	≤ 10 menit
12	WAKTU PENYEDIAAN DOKUMEN REKAM MEDIK RAWAT INAP	10,49	10,54	11,67	11,54	8,36	17,79	16,96	17,05	0,00	0,00	0,00	0,00	8,70	8,70	< 30 menit
13	KELENGKAPAN INFORMED CONSENT TINDAKAN MEDIK	70,0 %	86,0 %	100,0%	90,0 %	18,0 %	100,0%	74,0 %	100,0%	98,0 %	98,0 %	94,0 %	100,0%	85,7%	85,7%	100%
14	KELENGKAPAN TEMPAT TIDUR DENGAN PENGAMAN	99,5 %	99,5 %	97,1 %	97,8 %	99,4 %	99,4 %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	99,4%	99,4%	100%
15	KELENGKAPAN KAMAR MANDI DENGAN PENGAMAN	92,9 %	93,4 %	81,2 %	79,8 %	95,8 %	92,9 %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	94,7%	94,7%	100%
16	ANGKA KEJADIAN APS	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,4%	0,3%	0,0%	0,1%	0,1%	≤ 5 %
17	KETERSEDIAAN TEMPAT TIDUR DENGAN	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100%

	MONITOR DAN VENTILATOR														
18	PEMENUHAN KEBUTUHAN DARAH BAGI SETIAP PELAYANAN TRANSFUSI	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	80%
19	WAKTU TUNGGU PELAYANAN RADIOLOGI	1,0	1,00	0,95	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	≤ 180 menit
20	ANGKA KETIDAKJELASAN PENULISAN RESEP	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100%
21	WAKTU TUNGGU PELAYANAN RESEP JADI (WTOJ) PASIEN RAWAT JALAN	19,35	17,43	21,52	20,04	18,53	1,02	17,97	0,05	0,06	174,28	14,20	16,27	26,7	≤ 30 menit
22	WAKTU TUNGGU PELAYANAN RESEP RACIKAN (WTOR) PASIEN RAWAT JALAN	16,56	27,33	9,18	16,64	22,43	25,23	21,12	28,93	26,48	27,65	28,39	19,37	22,44	≤ 60 menit
23	KETEPATAN WAKTU PEMBERIAN MAKANAN KEPADA PASIEN	90,0%	94,0%	96,0%	94,0%	96,0%	94,0%	96,0%	98,0%	98,0%	96,0%	96,0%	98,0%	95,5%	≥ 90%
24	TIDAK ADANYA KEJADIAN KESALAHAN TINDAKAN REHABILITASI MEDIK	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100%
25	KELENGKAPAN PENGISIAN REKAM MEDIK 24 JAM SETELAH SELESAI PELAYANAN	26%	32%	40%	44%	50%	57%	66%	70%	78%	86%	80%	0%	52,4%	100%

INDIKATOR SASARAN KESELAMATAN PASIEN

NO	SASARAN KESELAMATAN PASIEN	INDIKATOR	TARGET	UPAYA UNTUK MENCAPAI SASARAN	HASIL PENGUKURAN
1.	Tidak terjadinya kesalahan identifikasi dalam pelayanan	Kepatuhan melakukan identifikasi pasien pada saat pendaptaran dan akan melaksanakan Tindakan maupun pemberian obat	100%	Sesuai SPO Monitoring dan tidak lanjut terhadap kepatuhan identifikasi pasien	100%
2.	Komunikasi efektif dalam pelayanan	Kepatuhan dalam hand over	100%	Sesuai SPO	100%

		Kepatuhan dalam melaksanakan sbr dan TULBACON		Melaksanakan komunikasi efektif dalam pelayan sesuai prosedur Monitoring dan menindaklanjuti pelaksanaan komunikasi efektif dalam pelayanan sesuai indikator	
3.	Tidak terjadinya kesalahan pemberian obat	Kepatuhan pelabelan obat LASA Kepatuha pelabelan obat HIGHT ALERT Kepatuhan pelaksanaan 15 benar dalam pemberian obat	100%	Sesuai SPO Melaksanakan prinsip 15 benar Penyediaan obat yang aman dengan menggunakan indicator yang sudah ditetapkan	100%
4.	Tidak terjadinya kesalahan prosedur tindakan	Kepatuhan melakukan double chek pada Tindakan agar tidak terjadi salah sisi/site marking	100%	Sesuai SPO Melakukan monitoring dan tindak lanjut dengan menggunakan indicator yang sudah ditetapkan	100%
5.	Pengurangan terjadinya infeksi dalam pelayanan	Kepatuhan melakukan hand hygiene dengan benar Kepatuhan menggunakan APD dengan ketentuan	100% 100%	Sesuai SPO Melaksanakan pengendalian infeksi dalam pelayanan sesuai kebijakan dan prosedur Melakukan monitoring dan tindak lanjut sesuai indicator	100%
6.	Tidak terjadinya pasien jatuh difasilitas kesehatan	Kepatuhan melakukan skrining risiko jatuh	100%	Sesuai SPO Melaksanakan upaya pencegahan pasien jatuh sesuai kebijakan dan prosedur Melakukan monitoring dan tindak lanjut sesuai indicator yang ditetapkan	80%

4. Pengakuan Akreditasi Rumah Sakit

Akreditasi rumah sakit sesuai amanah undang-undang wajib untuk dilaksanakan bagi seluruh rumah sakit termasuk RSUD I Lagaligo. Akreditasi adalah penilaian yang dilakukan untuk mengukur pencapaian dan cara penerapan standar pelayanan. Peraturan terkait akreditasi rumah sakit yang dipedomani adalah Kepmenkes Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit yang sekarang telah diperbaharui dengan Kepmenkes Nomor HK.01.07/MENKES/1506/2024, disini perubahannya pada pengelompokan standar yaitu :

1) Kelompok manajemen rumah sakit, terdiri atas :

- Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS)
- Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)
- Kualifikasi dan Pendidikan Staf (KPS)
- Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)
- Manajemen Rekam Medik dan Informasi Kesehatan (MRMIK)
- Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)
- Pendidikan dalam Pelayanan Kesehatan (PPK)

2) Kelompok pelayanan berfokus pada pasien terdiri atas :

- Akses dan Kontinuitas Pelayanan (AKP)
- Hak Pasien dan Keluarga (HPK)
- Pengkajian Pasien (PP)
- Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP)
- Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)
- Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO)
- Komunikasi dan Edukasi (KE)

3) Kelompok sasaran keselamatan pasien (SKP)

4) Kelompok program nasional (PROGNAS)

Penilaian akreditasi (skor) dari elemen penilaian (EP) dengan memperhatikan kelengkapan dokumen, hasil telusur, kunjungan lapangan, simulasi kepada petugas, wawancara dan klarifikasi yang ada di standar akreditasi. Skor EP 10

jika keterpenuhan standar $\geq 80\%$, Skor EP 5 jika keterpenuhan standar 20% s.d $<80\%$, Skor EP 0 jika keterpenuhan standar $<20\%$.

Tingkatan akreditasi rumah sakit berdasarkan Kementerian Kesehatan (Kemenkes) adalah: Tidak lulus akreditasi, Akreditasi tingkat dasar, Akreditasi tingkat madya, Akreditasi tingkat utama, Akreditasi tingkat paripurna.

RSUD I Lagaligo telah mendapat pengakuan Lulus Akreditasi Paripurna pada tahun 2023 sesuai sertifikat akreditasi nomor KARS-SERT/1013/III/2023 yang berlaku sampai 19 Februari 2027. Dan dalam menjaga kepatuhan pelaksanaan standar akreditasi, RSUD I Lagaligo melalui bidang terkait membentuk sekretariat akreditasi yang membantu kelompok kerja (pokja) akreditasi rumah sakit melakukan self assessment (penilaian mandiri) yang didampingi asesor internal secara berkala. Berikut hasil kegiatan self assessment kelompok kerja akreditasi tahun 2024 :

Tabel 3.18
Hasil Self Assesmen Dokumen Elemen Penilaian Akreditasi Rumah Sakit

NO	POKJA	SKOR SEBELUM MONEV			TOTAL NILAI	SKOR SESUDAH MONEV			TOTAL NILAI	JLH EP	TOTAL EP X 10	SKOR SEBELU M MONE V	SKOR SESUD AH MONE V
		0	5	10		0	5	10				TOTAL NILAI / (TOTAL EP X 10)	
1	Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS)	0	9	62	665	0	0	71	710	71	710	93,66%	100,00 %
2	Kualifikasi dan Pendidikan Staf (KPS)	1	10	70	750	1	7	73	765	81	810	92,59%	94,44%
3	Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)	0	3	69	705	0	0	72	720	72	720	97,92%	100,00 %
4	Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)	0	5	39	415	0	3	41	425	44	440	94,32%	96,59%
5	Manajemen Rekam Medik dan Informasi Kesehatan (MRMIK)	0	5	46	485	0	3	48	495	51	510	95,1%	98,04%
6	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	0	2	60	606	0	0	62	620	62	620	98,39%	100,00 %

7	Pendidikan dalam pelayanan Kesehatan (PPK)	0	2	21	220	0	0	23	230	23	230	95,65%	100,00 %
8	Akses dan Kontinuitas Pelayanan (AKP)	0	11	56	615	0	4	63	650	67	670	91,79%	95,52%
9	Hak Pasien dan Keluarga (HPK)	0	0	39	390	0	0	39	390	39	390	100,00 %	100,00 %
10	Pengkajian Pasien (PP)	0	7	51	545	0	0	58	580	58	580	93,97%	100,00 %
11	Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP)	0	8	35	390	0	2	41	420	43	430	88,37%	97,67%
12	Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)	0	7	31	345	0	0	38	380	38	380	90,79%	100,00 %
13	Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO)	2	0	59	590	0	1	60	605	61	610	96,72%	99,18%
14	Komunikasi dan Edukasi (KE)	0	1	24	245	0	0	25	250	25	250	98,00%	100,00 %
15	Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)	0	1	23	235	0	0	24	240	24	240	97,92%	100,00 %
16	Program Nasional (PN)	0	0	37	370	0	0	37	370	37	370	100,00 %	100,00 %
TOTAL		3	71	722	7571	1	20	775	7850	796	7960	95,11%	98,62 %

RSUD I Lagaligo sebagai salah satu pelayanan public di bidang kesehatan, dalam mendukung program pemerintah terkait penangan stunting juga melakukan beberapa kegiatan diantaranya membentuk Tim stunting rumah sakit yang mengkoordinir penanganan stunting dirumah sakit baik pada pelayanan rawat jalan maupun rawat inap. Berikut data penanganan pasien stunting dirumah sakit :

Tabel. 3.19
Data Pelayanan Kegiatan Stunting Pada RSUD I Lagaligo Tahun 2024

Pelayanan	Jab	Peb	Mart	April	Mei	Jun	Jul	Agst	Sept	Okt	Nop	Des	JLH
Poliklinik Kebidanan	37	28	31	29	39	32	29	41	28	25	39	23	381
Bumil KEK	37	28	31	29	39	32	29	41	28	25	39	23	381
Poli Anak :	0	41	64	105	61	44	57	44	64	94	98	128	784
Laki-Laki	0	19	17	54	28	20	25	21	35	52	54	69	394
Perempuan	0	22	26	51	33	24	32	23	29	42	44	59	390
Pwt. Anak :	4	6	3	0	0	1	0	1	2	4	3	1	25

Laki-Laki	4	5	0	0	0	0	0	1	1	3	2	0	16
Perempuan	0	1	3	0	0	1	0	0	1	1	1	1	9
Pwt. NICU : (BBLR)	13	16	18	18	21	15	18	15	19	14	15	20	202
Laki-laki	4	13	11	14	12	9	9	7	8	3	6	8	104
Perempuan	9	3	7	4	9	6	9	8	11	11	9	12	98

Selain itu, berdasarkan hasil evaluasi lakip 2023 oleh inspektorat ada beberapa rekomendasi yang disampaikan dan telah ditindak lanjuti oleh rumah sakit, yaitu:

1. Diharapkan setiap pegawai memahami target-target yang harus dicapai dalam SKP.
2. Sosialisasi informasi dalam laporan kinerja kepada unit kerja/ pegawai.
3. Data kinerja dibuat lebih spesifik dan mendetail selaras dengan capaian kinerja yang diharapkan.
4. Cantumkan factor penghambat dan solusi serta perbaikan strategi untuk target yang belum tercapai dan jelaskan efesiensi secara detail

B. Realisasi Anggaran

Pendapatan BLUD RSUD I Lagaligo pada tahun 2024 ditargetkan Rp. 83.272.391.415,- dengan realisasi pendapatan sebesar Rp. 70.804.959.743,- atau sebesar 85,03%. Pendapatan tidak capai target disebabkan klaim terbesar bersumber jaminan pelayanan BPJS dimana klaim pelayanan dibayarkan system paket berdasarkan diagnose pasien yang besaran tarif telah ditetapkan oleh BPJS.

Dalam pencapaian kinerja RSUD I Lagaligo tahun 2024, telah dilakukan efisiensi anggaran dimana tingkat capaian kinerja sebesar 100% dengan realisasi anggaran adalah Rp. 178.737.184.391 dan realisasi anggaran Rp. 157.368.518.385,- 88,04% ada efesiensi anggaran sebesar Rp. 21.368.666.006,- atau 11,96% dengan katagori capaian kinerja Tinggi

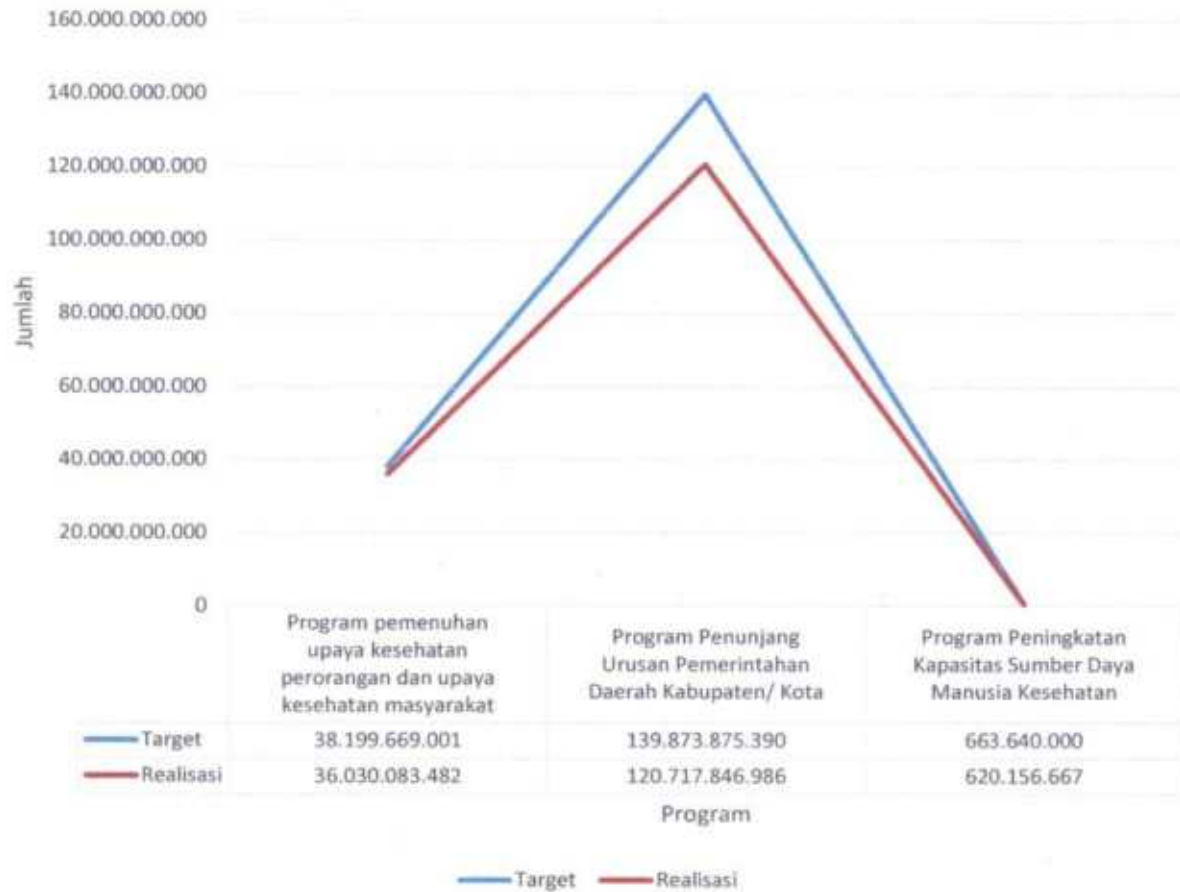
Secara rinci dapat diuraikan realisasi program dan kegiatan RSUD I Lagaligo tahun 2023 sebagai berikut :

Tabel 3.20
Realisasi Program dan Kegiatan T.A 2024
RSUD I Lagaligo Kab. Luwu Timur

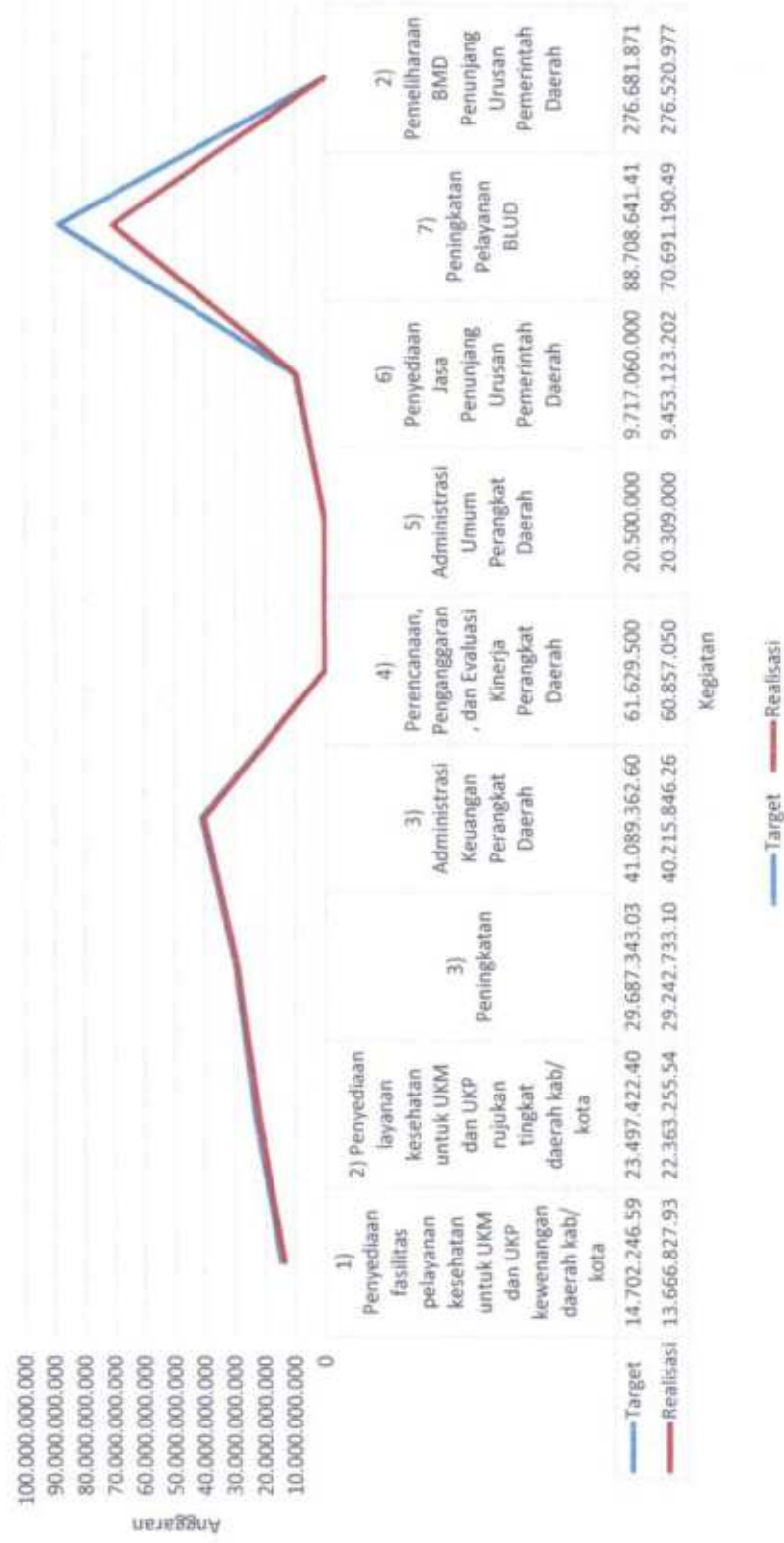
No	Program dan Kegiatan	Pagu	Target sd TW.IV	Realisasi TW IV	Realisasi S/d TW IV	%
I	PROGRAM PEMENUHAN UPAYA KESEHATAN PERORANGAN DAN UPAYA KESEHATAN MASYARAKAT	38.199.669.001	13.658.840.353	25.024.655.949	36.030.083.482	94,32
1	Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Kewenangan Daerah Kabupaten/Kota	14.702.246.597	3.169.179.208	11.013.845.375	13.666.827.935	92,96
-	Pengadaan Alat Kesehatan/ Alat Penunjang Medik Fasilitas Kesehatan	14.232.246.597	3.169.179.208	10.867.743.375	13.517.925.935	94,98
-	Pemeliharaan Rutin dan Berkala Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Pelayanan Kesehatan	470.000.000	3.099.179.208	146.102.000	148.902.000	31,68
2.	Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Rujukan Tingkat Daerah Kabupaten/Kota	23.497.422.405	70.000.000	14.010.810.574	22.363.255.547	95,17
-	Operasional Pelayanan Rumah Sakit	23.497.422.405	10.489.661.145	14.010.810.574	22.363.255.5470	95,17
II	PROGRAM PENINGKATAN KAPASITAS SUMBER DAYA MANUSIA	663.640.000	10.489.661.145	399.469.607	620.587.917	93,51
3	Pengembangan Mutu dan Peningkatan Kompetensi Teknis Sumber Daya Manusia Kesehatan Tingkat Daerah Kabupaten/Kota	663.640.000	391.371.250	399.469.607	620.587.917	93,51
-	Pengembangan Mutu dan Peningkatan Kompetensi Teknis Sumber Daya Manusia Kesehatan Tingkat Daerah Kabupaten/Kota	663.640.000	391.371.250	399.469.607	620.587.917	93,51
III	PROGRAM PENUNJANG URUSAN PEMERINTAHAN DAERAH KABUPATEN/KOTA	139.873.875.390	391.371.250	23.716.897.798	120.717.846.986	86,30
4	Perencanaan, Penganggaran dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah	61.629.500	25.391.269.741	35.423.950	60.857.050	98,75

-	Penyusunan Dokumen Perencanaan Perangkat Daerah	47.806.500	10.060.000	31.503.950	47.335.750	99,02
-	Koordinasi dan Penyusunan Laporan Capaian Kinerja dan Ikhtisar Realisasi Kinerja SKPD	13.823.000	7.950.000	3.920.000	13.521.300	97,82
5	Administrasi Keuangan Perangkat Daerah	41.089.362.605	2.110.000	3.623.910.020	40.215.846.263	97,87
-	Penyediaan Gaji dan Tunjangan ASN	41.072.392.605	5.736.133.881	3.617.668.847	40.198.945.090	97,87
-	Koordinasi dan Penyusunan laporan Keuangan/Bulanan/Triwulanan/Semesterean SKPD	16.970.000	5.736.133.881	6.241.173	16.901.173	99,59
6	Administrasi Umum Perangkat Daerah	20.500.000	0	17.469.000	20.309.000	99,07
-	Penatausahaan Arsip Dinamis pada SKPD	20.500.000	10.655.000	17.469.000	20.309.000	99,07
7	Penyediaan Jasa Penunjang Urusan Pemerintah Daerah	9.717.060.000	10.655.000	1.801.333.956	9.453.123.202	97,28
-	Penyediaan Jasa Pelayanan Umum Kantor	9.717.060.000	1.701.223.750	1.801.333.956	9.453.123.202	97,28
8	Peningkatan Pelayanan BLUD	88.708.641.414	1.701.223.750	18.063.318.582	70.691.190.494	99,94
-	Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	88.708.641.414	17.796.515.239	18.063.318.582	70.691.190.494	99,94
9	Pemeliharaan Barang Milik daerah Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah	276.681.871	17.796.515.239	175.442.290	276.520.977	79,69
-	Penyediaan Jasa Pemeliharaan, dan Pajak Kendaraan Perorangan Dinas atau Kendaraan Dinas Jabatan	276.681.871	136.681.871	175.442.290	276.520.977	79,69
	TOTAL BELANJA	178.737.184.391	35.615.575.238	49.141.023.354	157.368.518.385	88,04

Realisasi Program T.A 2024 RSUD I Lagaligo Kab. Luwu Timur



Grafik 3.4
Realisasi Kegiatan T.A 2024
RSUD I Lagaligo Kab. Luwu Timur



BAB IV

PENUTUP

Pengukuran kinerja dapat dijadikan sebagai ukuran keberhasilan suatu organisasi dalam kurun waktu tertentu dan hasil pengukuran kinerja dapat dijadikan sebagai masukan untuk perbaikan dan peningkatan organisasi di masa yang akan datang.

Dalam manajemen pembangunan berbasis kinerja dan perbaikan pelayanan publik, setiap organisasi pemerintah melakukan pengukuran dan pelaporan atas kinerja institusi dengan menggunakan indikator yang jelas dan terukur. Bagi Satuan Kerja Perangkat Daerah, LKj menjadi bagian dari upaya pertanggungjawaban dan mendorong akuntabilitas publik. Sementara bagi publik sendiri, LKj akan menjadi ukuran akan penilaian dan juga keterlibatan publik untuk menilai kualitas kinerja pelayanan dan mendorong tata kelola pemerintahan yang baik.

LKj bagi OPD juga menjadi punya makna strategis, sebagai bagian dari penerjemahan tugas dan fungsi. Pengukuran-pengukuran kinerja telah dilakukan, dan dikuatkan dengan data pendukung yang mengurai bukan hanya pencapaian tahun pelaporan 2024, namun juga melihat trend pencapaiannya dari tahun ke tahun, dan kontribusinya untuk pencapaian target akhir RENSTRA. Secara keseluruhan hasil evaluasi kinerja RSUD I Lagaligo Tahun 2024 telah memenuhi target dengan katagori tingkat capaian kinerja keseluruhan RSUD I Lagaligo adalah **Sangat Tinggi** (91<100).

Dari evaluasi dan analisis atas pencapaian sasaran dan IKU yang sudah diuraikan dalam bab III, terlihat bahwa kerja keras telah dilakukan oleh RSUD I Lagaligo untuk memastikan pencapaian kinerja sebagai prioritas dalam pembangunan daerah. Upaya ini telah mencakup perumusan dan penetapan kinerja tahunan dan juga menengah sebagai bagian dari kebijakan strategis maupun tahunan daerah, khususnya dalam RENSTRA dan RENCANA KERJA (RENJA) 2024, yang mencakup juga penentuan program/ kegiatan dan alokasi anggarannya. Juga mencakup bukan hanya sekedar pelaksanaan program/ kegiatan yang rutin dilakukan, namun juga pengembangan inovasi dalam berbagai bentuk.

Namun demikian, beberapa tantangan perlu menjadi fokus bagi perbaikan kinerja RSUD I Lagaligo ke depan. Strategi yang dapat dilakukan antara lain meningkatkan upaya promosi kesehatan, kerjasama eksternal, Penguatan teknis pengumpulan data, peningkatan koordinasi antar bagian, pengelolaan data kinerja, kemudahan (fleksibilitas) pengelolaan keuangan sehingga diharapkan dapat meningkatkan efektivitas dan efisiensi sistem manajemen rumah sakit. Selain itu memasuki era Indonesia emas, rumah sakit diharapkan dapat mengembangkan layanan dan meningkatkan mutu layanan, ini bisa berarti perlunya peningkatan efektivitas dan pencapaian kinerja sehingga beberapa tantangan ini bisa dijawab.

Sebagai bagian dari perbaikan kinerja pemerintah daerah yang menjadi tujuan dari penyusunan LKj, hasil evaluasi capaian kinerja ini juga penting dipergunakan oleh instansi di lingkungan RSUD I Lagaligo untuk perbaikan perencanaan dan pelaksanaan program/ kegiatan di tahun yang akan datang. Beberapa permasalahan dan solusi yang sudah dirumuskan akan menjadi tidak punya makna jika hanya berhenti menjadi laporan saja, namun harus ada rencana dan upaya konkret untuk menerapkannya dalam siklus perencanaan dan pelaksanaannya. Hal ini akan menjadikan LKj benar-benar menjadi bagian dari sistem monitoring dan evaluasi untuk pijakan peningkatan kinerja pemerintahan dan perbaikan layanan publik yang semakin baik.

Demikian laporan akuntabilitas ini kami buat, semoga bisa memberikan informasi untuk penetapan kebijakan selanjutnya.

Wotu, 24 Februari 2025

Plt. Direktur RSUD I Lagaligo



dr. Irfan. M.Kes.Sp.PK
Pangkat : Pembina Tk.I/IVb
Nip. 197601012006041034

LAMPIRAN

**PENCAPAIAN
STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM)
PERIODE TAHUN 2024**



RSUD I LAGALIGO

**PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM) RUMAH SAKIT
TAHUN 2024**

1. Pelayanan Gawat Darurat

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian Tahun 2024
				JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	Capaian s/d TW IV
1	Kemampuan penanganan life saving anak dan dewasa	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Pemberipelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS	100%	95%	91,66%	91,66%	91,80%	98,36%	91,80%	98,30%	88,3%	81,12%	85,30%	85,30%	85,30%	85,30%	89,76%
3	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim
4	Jam buka pelayanan gawat darurat	24 Jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam
5	Waktu tanggap pelayanan dokter digawat darurat	≤ 5 menit	≤ 1menit	2,44 Menit	2,15 Menit	2,15 Menit	2,12 Menit	2,14 Menit	2,16 Menit	2,06 Menit	2,26 Menit	2,29 Menit	2,22 Menit	2,03 Menit	2,22 Menit	2,18 Menit
6	Tidak adanya keharusan membayar Uang muka	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
7	Kematian pasien di IGD (≤ 8 jam)	≤ 2/1000	≤ 2/1000	6,45/1000	5,07/1000	1,91/1000	2,86/1000	1,70/1000	8,81/1000	5,42/1000	7,11/1000	5,06/1000	3,72/1000	6,8/1000	2,8/1000	4,8/1000
8	Kepuasan pelanggan pada gawat darurat	≥ 70%	≥ 80%	89,49%	89,49%	91,12%	84,61%	87,86%	86,24%	87,86%	86,24%	82,98%	94,22%	86,24%	81,21%	87,25%

75%

3. Pelayanan Rawat Inap

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian s/d TW IV	Capaian Tahun 2024
				JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES		
1	Ketersediaan pelayanan rawat inap	Sesuai jenis dan kelas RS	Sesuai	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	85,7%
2	Pemberi pelayanan rawat inap	Sesuai pola ketenagaan, jenis dan	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	
3	Tempat tidur dengan pengaman	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
4	Kamar mandi dengan Pengaman pegangan tangan	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
5	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
6	Jam Visite Dokter Spesialis	100%	100%	87%	88%	92,8%	86,3%	91,22%	89%	92,60%	93%	92%	91%	87%	81,16%	89,25%	
7	Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %	0,01%	0,36%	0%	0%	0,50%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0,07%	
8	Kejadian Infeksi Nosokomial	≤ 9 %	0,01%	0,66%	0,97%	0,40%	0,60%	0,45%	0,41%	0,38%	0,24%	0,31%	0,38%	0,45%	0,18%	0,45%	
9	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
10	Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan Strategi DOTS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
11	Pelaporan dan pencatatan TB di RS	≥ 60 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
12	Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh	≤ 5%	1%	0,5%	0,40%	0,17%	0,60%	0,30%	0,24%	0,15%	0,16%	0,15%	0,30%	0,00%	0,09%	0,25%	
13	Kematian pasien ≥ 48 jam	≤ 0,24 %	20% 0,2%	0,12%	0,97%	0,25%	0,85%	0,91%	0,74%	0,46%	0,64%	0,54%	0,45%	0,63%	0,91%	0,62%	
14	Kepuasan Pasien	≥ 90%	95%	90,01%	90,85%	91,3%	90,44%	91%	91,12%	90,97%	91,27%	91,5%	91,5%	91,81%	91,63%	91,11%	

4. Bedah Sentral

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian s/d TW IV	Capaian Tahun 2024
				JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES		
1	Ketersediaan tim bedah	Sesuai dengan kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan operasi	Sesuai dengan kelas RS 100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
3	Kemampuan melakukan tindakan operasi	Sesuai dengan kelas RS	90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
4	Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	1 hari	1 Hari	1 Hari	1 Hari	1 Hari	1 Hari	1 Hari	1 Hari	1 Hari	1 Hari	1 Hari	1 Hari	1 Hari	1 Hari	
5	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
6	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
7	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
8	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
9	Komplikasi anastesi karena overdosis, reaksi anastesi dan salah penempatan Endotracheal Tube	≤ 6%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
10	Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
11	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	85%	83,24%	84,16%	84,90%	84,31%	84,51%	84,90%	84,76%	84,80%	85,38%	85,05%	87,71%	86,09%	85,08%	

5 Persalinan dan Perinatologi

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian sd TW IV	Capaian Tahun 2024
				JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES		
1.	Pemberi pelayanan persalinan normal	Standar Sp.OG/ Dokter umum/ Bidan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100,0%
2.	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK terlatih	2 tim	5 Tim	5 Tim	5 Tim	5 Tim	5 Tim	5 Tim	5 Tim	5 Tim	5 Tim	5 Tim	5 Tim	5 Tim	5 Tim	
3.	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan Operasi	Dokter SpOG, Dokter SPA, Dokter Sp.An	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	
4.	Kemampuan menangani BBLR 1500gr–2500gr	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
5.	Kemampuan menangani bayi lahir dengan asfiksia	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
6.	Pertolongan persalinan melalui <i>sectio caesaria</i>	≤ 20 %	20%	21,18%	16,49%	23,07%	18,00%	18,68%	12,96%	15,38%	17,51%	06,74%	08,83%	09,74%	06,43%	14,58%	
7.	Pelayanan Kontrasepsi Mantap Dilakukan oleh SpOG atau SpB, atau SpU, atau dokter umum terlatih	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
8	Pelayanan Konseling pada akseptor Kontrasepsi Mantap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
9.	Kejadian Kematian ibu karena Persalinan																
a.	Perdarahan	≤ 1%	0,5%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	6,25%	0%	0%	1,6%	
b.	Pre-Eklampsia	≤ 30%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
c.	Sepsis	≤ 0,2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
10.	Kepuasan pelanggan	> 80%	83%	84,90%	85,49%	85,64%	84,98%	86,38%	86,31%	86,31%	86,09%	85,57%	85,72%	85,13%	85,42%	85,62%	

6. Pelayanan Intensif

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian s/d TW IV	Capaian Tahun 2024
				JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES		
1.	Pemberi pelayanan intensif	Sesuai dengan Ketentuan Kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	85,7%
2.	Ketersediaan peralatan dan perlengkapan di ruang ICU	Sesuai dengan Ketentuan Kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
3.	Ketersediaan tempat tidur dengan monitor dan ventilator	Sesuai dengan Ketentuan Kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
4.	Kepatuhan terhadap hand hygiene	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
5.	Kejadian infeksi nasokomial di Ruang ICU	≤ 21 %	0,01%	8,93%	10,20%	15,2%	8,5%	3,4%	7,14%	5,77%	5,76%	4,23%	8,07%	12,97%	8,1%	8,18%	
6.	Rata-rata pasien yang kembali dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3 %	0,01%	1,79%	4,08%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0%	0%	1,39%	4,84%	1,85%	0%	1,16%	
7.	Kepuasan pelanggan	≥ 70 %	78%	83,43%	83,28%	83,57%	83,43%	83,72%	83,87%	84,02%	84,02%	84,31%	84,61%	84,90%	85,05%	84,01%	

8. Pelayanan Farmasi

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian s/d TW IV	Capaian Tahun 2024
				JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES		
1.	Pemberi pelayanan Farmasi																75,0%
	a. Apoteker	Sesuai dengan ketentuan kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	b. Teknik kefarmasian		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
2.	Ketersediaan Fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi	Sesuai dengan ketentuan kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
3.	Ketersediaan formularium	Tersedia dan update paling lama 3 Thn.	Tersedia	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
4	Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 menit	15 Menit	19,35	18,3	21,5	20	20,41	20,03	18,1	18,3	18,97	16,52	16,69		18,92	
5	Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit	35 Menit	29,25	31,60	26,63	24,14	20,70	21,88	20,20	27,64	27,34	28,63	29,46		26,13	
6	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
7	Kepuasan pelanggan	≥80%	90%	87,27	88,01	87,71	86,36	87,12	86,83	85,64	86,53	87,12	88,01	88,01		87,15%	

9. Gizi

No	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian sd TW IV	Capaian Tahun 2024
				JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES		
1.	Pemberi Pelayanan gizi	Sesuai dengan ketentuan kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100,0%
2.	Ketersediaan pelayanan konsultasi gizi	Sesuai dengan ketentuan kelas RS	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	
3.	Ketepatan pemberian makanan kepada pasien	≥ 90%	98%	90%	94%	96%	92%	96%	94%	96%	98%	98%	96%	96%	98%	95%	
4.	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
5.	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤20 %	10%	10%	8%	10%	12%	8%	10%	12%	8%	8%	10%	10%	8%	8,8%	
6.	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	85%	88,5%	88,8%	88,8%	89,1%	89,1%	89,4%	89,8%	89,2%	89,1%	89,4%	89,5%	89,6%	89,1%	

10. Rehabilitasi Medik

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian s/d TW IV	Capaian Tahun 2024
				JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES		
1.	Pemberi Pelayanan Rehabilitasi medik	Sesuai dengan ketentuan kelas RS (Dokter Spesialis)	Sesuai	Tidak Sesuai	Tidak Sesuai	Tidak Sesuai	Tidak Sesuai	Tidak Sesuai	Tidak Sesuai	Tidak Sesuai	Tidak Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	80,0%
2.	Ketersediaan Fasilitas dan peralatan rehabilitasi medik	Sesuai dengan ketentuan kelas RS Aplikasi Aspak	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	
3.	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi Medik	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	
4	Kejadian Drop Out Pasien terhadap Pelayanan Rehabilitasi yang direncanakan	≤ 50%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
5	Kepuasan pelanggan	≥80%	85%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	86,09%	90,53%	88,31%	88,31%	84,46%	

11. Pengolahan Limbah

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian sd TW IV	Capaian Tahun 2024
				JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES		
1.	Adanya Penanggung jawab pengelolaan limbah Rumah Sakt	Adanya SK Direktur sesuai kelas RS (Permenkes No 1204 thn 2004)	100%	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	
2.	Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pengelolaan pengelolaan limbah rumah sakit	Sesuai peraturan perundangan	100%	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	
3.	Pengelolaan limbah cair	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100,0%
4.	Pengelolaan limbah padat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
5.	Baku mutu limba cair	1a. BOD<30 mg/l 1b. COD<80 mg/l 1c. TSS<30 mg/l 1d. PH 6-9	1a. BOD < 20,55 mg/l 1b. COD <32,05 mg/l 1c. TSS<7 mg/l 1d. PH 7,24							1a. 3.98 mg/l 1b. 9.84 mg/l 1c. 7.25 mg/l 1d. 6.67 mg/l	1a. 9.92 mg/l 1b. 18.01 mg/l 1c. 13.01 mg/l 1d. 7.14 mg/l	1a. 22.71 mg/l 1b. 56.41 mg/l 1c. 12.01 mg/l 1d. 7.72 mg/l	1a. 13.21 mg/l 1b. 62.81 mg/l 1c. 6.01 mg/l 1d. 7.72 mg/l	1a. 6.52 mg/l 1b. 13.61 mg/l 1c. 6.01 mg/l 1d. 7.72 mg/l	1a. 10.4 mg/l 1b. 25.4 mg/l 1c. 12 mg/l 1d. 6.02 mg/l		

12. Pemulasaraan Jenazah

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian sd TW IV	Capaian Tahun 2024
				JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES		
1.	Ketersediaan pelayanan pemulasaran jenazah	24 jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	85,7%
2.	Ketersediaan fasilitas kamar jenazah	Sesuai kelas RS	75%	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	
3.	Ketersediaan tenaga di instalasi perawatan jenazah	Ada SK Direktur	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	
4.	Waktu tanggap (respon time) pelayanan pemulasaran jenazah	≤ 15 Menit	15 Menit	15 Menit	15 Menit	15 Menit	15 Menit	15 Menit	15 Menit	15 Menit	15 Menit	15 Menit	15 Menit	15 Menit	15 Menit	15 Menit	
5.	Perawatan jenazah sesuai dengan standar <i>universal precaution</i>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
6.	Tidak terjadinya kesalahan identifikasi jenazah	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
7.	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	85%	85%	85%	85%	84%	84%	84%	84%	84%	84%	84%	84%	84%	84.1%	

15. Pelayanan Radiologi

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian sd TW VI	Capaian Tahun 2024
				JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES		
1.	Pemberi Pelayanan Radiologi	Dr.Sp.Rad, Radiografer	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
2.	Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiografi	Sesuai dengan kelas RS	100%	62,50%	68,75%	68,75%	68,75%	68,75%	68,75%	62,50%	62,50%	62,50%	62,50%	62,50%	62,50%	59,90%	
3.	Waktu Tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam	60 Menit	35,2	34,36	34,58	34,44	34,84	32,88	34,78	34,42	32,26	34,8	34,56	33,5	34,64	
4.	Kerusakan foto	≤ 2 %	0,1%	0,06%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,02%	71,4%
5.	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian label	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
6.	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan Rontgen	100%	100%	100%	100%	85,04%	100%	99,82	99,24	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
7.	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	85%	77,21	82,24	83,72	81,35	81,35	81,50	78,40	79,73	83,28	84,16	85,94	82,98	81,13	

16. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian sd TW IV	Capaiann Tahun 2024
				JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES		
1.	Pemberi Pelayanan Patologi Klinik	Dokter Spesialis Patologi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	90,0%
2.	Ketersediaan Fasilitas dan peralatan Laboratorium Patologi Klinik	100 % (Aplikasi Aspak)	100%	74%	74%	74%	74%	74%	74%	74%	74%	74%	74%	74%	74%	74%	
3.	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 120 Menit	60 menit	51,55	50,23	51,25	51,05	52,86	51,08	51,12	52,40	51,1	50,12	51,25	52,1	51,33	
4.	Tidak adanya kejadian tertukar spesimen pemeriksaan Laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
5.	Kemampuan memeriksa HIV/AIDS	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	
6.	Kemampuan memeriksa microscopi TB paru	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	
7.	Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan Laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
8.	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
9.	Kesuaian hasil pemeriksaan baku mutu eksternal	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
10.	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	85%	86,53	85,21	87,02	86,23	88,31	87,36	86,83	86,24	86,09	96,29	96,59	88,90	88,47	

17. Transfusi Darah

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian sd TW IV	Capaian Tahun 2024
				JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES		
1.	Tenaga Penyedia Pelayanan Bank Darah	Sesuai dengan ketentuan Pedoman Bank Darah RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	80,0%
2.	Ketersediaan fasilitas dan peralatan Bank Darah	Sesuai dengan ketentuan Pedoman Bank Darah RS (Aplikasi Aspak)	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	
3.	Kejadian reaksi transfusi	≤ 0,01 %	0,05%	0,98%	2,22%	1,77%	2,79%	1,15%	3,07%	0,62%	1,52%	3,78%	3,30%	0,78%	1,06%	2%	
4.	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
5.	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	85%	85,64%	85,79%	85,64%	86,24%	86,38%	85,94%	85,79%	85,50%	86,38%	86,09%	86,38%	86,09	86%	

18. Rekam Medik

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian sd TW IV	Capaian Tahun 2024
				JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES		
1.	Pemberi Pelayanan rekam medik	Sesuai persyaratan (SIM RS Online Permenkes 24 Tahun)	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	
2.	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 Menit	2 Menit	3 Menit	3 Menit	5 Menit	3 Menit	2 Menit	5 Menit	3 Menit	2,19 Menit	3 Menit	2,65 Menit	2,5 Menit	2,31 Menit	3 Menit	83,3%
3.	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 Menit	5 Menit	11 Menit	10,75 Menit	10,6 Menit	10,85 Menit	17,25 Menit	17,4 Menit	17 Menit	17,45 Menit	15,85 Menit	17,4 Menit	17,5 Menit	15,9 Menit	14,9 Menit	
4.	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	100%	26%	32%	40%	44%	50%	56%	66%	70%	78%	86%	80%	100%	61%	
5.	Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100 %	100%	74%	86%	100%	92%	96%	98%	74%	100%	100%	85%	98%	94%	100%	
6.	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	81,55%	78,61%	81,72%	82,46%	92,06%	94,57%	78,61%	88,51%	95,31%	91,47%	92,80%	92,36%	91,47%	88%	

19. Administrasi dan Manajemen

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian s/d TW IV	Capaian Tahun 2024
				JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES		
1.	Kelengkapan pengisian jabatan	≥ 90 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100,0%
2.	Adanya peraturan internal rumah sakit	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	
3.	Adanya peraturan karyawan rumah sakit	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	
4.	Adanya daftar urutan kepengkatan rumah sakit	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	
5.	Adanya perencanaan strategi bisnis rumah sakit	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	
6.	Adanya perencanaan pengembangan SDM	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	
7.	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
8.	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
9.	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
10.	Pelaksanaan rencana pengembangan SDM	≥ 90 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
11.	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	≥ 90 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
12.	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam	30 menit	30 menit	30 menit	30 menit	30 menit	30 menit	30 menit	30 menit	30 menit	30 menit	30 menit	30 menit	30 menit	30 menit	
13.	Cost Recovery	≥ 60 %	≥ 60%	73%	73%	73%	117%	117%	117%	117%	117%	117%	117%	117%	88%	88%	

[illegible]

20. Ambulans

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian sd TW IV	Capaian Tahun 2024
				JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	100,0%	
1.	Tersedianya pelayanan ambulance dan mobil	24 jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	
2.	Penyedia pelayanan ambulance dan mobil jenazah	Supir ambulance terlatih	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	
3.	Ketersedian mobil ambulance dan mobil jenazah	Mobil ambulance ambulans dan jenazah terpisah	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	
4.	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/mobil jenazah di rumah sakit	≤ 30 Menit	25 Menit	15 menit	20 menit	20 menit	20 menit	20 menit	20 menit	15 menit	15 menit	15 menit	15 menit	15 menit	15 menit	17 menit	
5.	Waktu tanggap pelayanan ambulance kepada masyarakat yang membutuhkan	≤ 30 Menit	15 Menit	15 menit	20 menit	20 menit	20 menit	20 menit	20 menit	15 menit	15 menit	15 menit	15 menit	15 menit	15 menit	17 menit	
6.	Tidak terjadinya kecelakaan ambulance/mobil jenazah yang menyebabkan kecelakaan atau kematian	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
7.	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	85 %	85 %	85 %	85 %	85 %	85 %	85 %	90 %	90 %	90 %	97 %	97 %	97 %	89,25 %	

21. Pelayanan Keamanan

No.	Indikator	Standar	Target	Pencapaian												Capaian sd TW IV	Capaian Tahun 2024
				JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES		
1.	Petugas keamanan bersertifikat	100%	98%	91,66%	91,66%	91,66%	91,66%	91,66%	91,66%	91,66%	91,66%	91,66%	91,66%	91,66%	91,66%	91,66%	
2.	Sistem pengamanan	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	
3.	Petugas keamanan melakukan keliling	Setiap Jam	75%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	
4.	Evaluasi terhadap system pengamanan	Setiap 3 bulan	Setiap 3 bulan	Triwulan	Triwulan	Triwulan	Triwulan	Triwulan	Triwulan	Triwulan	Triwulan	Triwulan	Triwulan	Triwulan	Triwulan	Triwulan	66,7%
5.	Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang	100 %	90%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
6.	Kepuasan Pelanggan	≥ 90 %	92%	90%	85%	90%	85%	90%	90%	85%	85%	90%	90%	90%	90%	87,91	



LAMPIRAN 2 :

Data Kunjungan Pasien RSUD I Lagaligo Tahun 2024
(Kunjungan Rawat Jalan)

NO	RUANGAN	BULAN												JUMLAH	
		JAN	FEB	MART	APRIL	MEI	JUNI	JULI	AGUST	SEPT	OKT	NOV	DES		
1	KLINIK UMUM	507	77	122	225	153	153	224	414	268	153	143	79	2518	
2	PENYAKIT DALAM	1011	789	888	808	904	811	960	906	847	978	936	1061	10899	
3	BEDAH	616	477	441	355	531	438	624	519	489	541	458	444	5933	
4	ANAK	452	414	453	424	463	429	480	486	513	597	533	499	5743	
5	PERIODONTI	10	229	153	193	243	218	282	332	292	292	208	236	2688	
6	OBGYN	1006	860	894	826	910	801	818	776	835	889	804	842	10261	
7	NEURO	699	570	478	451	500	416	539	485	507	682	548	580	6455	
8	THT	220	230	188	210	234	194	332	216	275	222	272	165	2758	
9	MATA	543	400	477	362	515	260	429	540	451	756	560	419	5712	
10	KULIT DAN KELAMIN	132	116	85	111	111	113	116	150	119	108	154	133	1448	
11	KLINIK GIZI	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
12	REHAB MEDIK	0	0	0	0	0	0	0	0	108	383	451	289	1231	
13	PENYAKIT MULUT	27	11	23	10	19	17	11	7	5	0	13	0	143	
14	ORTHODONTI	54	30	58	30	41	32	73	45	30				393	
15	KONSERVASI GIGI	798	594	485	293	493	464	538	604	509	493	545	451	6267	
16	JANTUNG	273	239	243	272	275	269	347	276	267	311	283	300	3355	
17	PROSTODONSIA	41	15	14	9	21	4	17	13	10	18	16	12	190	
18	BEDAH MULUT	136	159	186	107	119	200	247	207	155	224	241	169	2150	
19	KLINIK PARU									101	109	146	0	356	
20	KLINIK JIWA									11	11	47	69	138	
JUMLAH		6526	5211	5188	4686	5532	4819	6037	5976	5792	6767	6358	5748	68640	

Data Kunjungan Pasien RSUD I Lagaligo Tahun 2024
(Rawat Inap)

NO	RUANGAN	BULAN												JUMLAH
		JAN	FEB	MART	APRIL	MEI	JUNI	JULI	AGUST	SEPT	OKT	NOV	DES	
1.	MAHALONA 1B INTERNA	236	213	218	228	233	215	129	133	119	124	121	125	2094
2.	MAHALONA 1A INTERNA													696
3.	MAHALONA 2 BEDAH	247	206	174	149	211	190	191	187	187	204	164	184	2294
4.	MAHALONA 3 ANAK	147	115	113	114	108	92	116	96	95	86	92	63	1237
5.	MAHALONA 4 NIFAS	244	232	231	242	293	235	233	143	171	140	153	151	2468
6.	KELAS 2 (TOWUTI 2)								110	108	127	87	90	522
7.	KELAS 1 (MATANO 2)	140	113	124	126	124	127	138	92	59	80	65	48	1236
8.	VIP A	82	78	72	67	70	75	82						526
9.	VIP B (MATANO 3)	63	68	67	59	82	86	66	57	61	65	51	56	781
10.	PERINATOLOGI	112	102	92	99	118	109	102	75	85	82	79	60	1115
11.	ICU	56	49	46	47	58	42	52	50	71	62	54	61	648
12.	NICU	15	21	15	19	13	16	17	16	27	15	10	13	197
13.	VIP UTAMA	58	57	69	51	53	70	74						432
14.	ISOLASI	28	26	17	22	21	25	26	17	26	26	30	18	282
15.	KELAS 3 (MAHALONA 5 OBGYN)								88	136	138	112	109	583
16.	KELAS 3 (TOWUTI 1 NEURO)	103	98	77	87	99	81	113	97	129	126	70	83	1163
17.	KELAS 1 (MATANO 1)								80	63	71	57	60	331
	JUMLAH	1531	1378	1315	1310	1483	1363	1451	1355	1462	1465	1257	1235	16605

Data Kunjungan Pasien RSUD I Lagaligo Tahun 2024
(Kunjungan IGD)

NO	RUANGAN	BULAN												JUMLAH
		JANUARI	FEBRUARI	MARET	APRIL	MEI	JUNI	JULI	AGUST	SEPT	OKT	NOV	DES	
1.	IGD UMUM	1084	986	1044	1048	1175	1021	1095	984	1022	1070	1021	1043	12593
2.	KAMAR BERSALIN	142	156	133	147	172	158	150	110	130	136	119	126	1679
	JUMLAH	1226	1142	1177	1195	1347	1179	1245	1094	1152	1206	1140	1169	14272

DATA PELAYANAN PENUNJANG DI RSUD I LAGALIGO TAHUN 2024

1. Laboratorium		BULAN												TOTAL
		JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
I PEMERIKSAAN														
HEMATOLOGI		3.569	2.564	2.468	2.406	2.576	2.369	2.641	2.235	2.371	2.560	2.425	2.066	30.248
1	Hematologi Rutin	2384	1783	1702	1689	1750	1610	1835	1548	1626	1779	1525	1407	20638
2	Hemoglobin	0	1	2	2	5	1	0	3	0	1	1	0	16
3	Hematokrit	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
4	Leukosit	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
5	Eritrosit	0	1	17	0	0	1	0	0	0	0	0	0	19
6	Trombosit	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
7	Laju Endap Darah	1	36	0	6	19	8	17	17	12	0	85	13	214
8	Reaksi Bekuan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
9	TIBC	0	0	0	0	0	0	1	0	0	7	0	0	8
10	Fibrinogen	116		0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	117
11	Ferritin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
12	Fe (Besi)	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
13	Waktu Pembekuan	4	1	0	1	2	7	0	1	5	0	1	0	22

14	Waktu Perdarahan	4	1	0	1	2	9	0	1	5	0	1	0	24
15	Waktu Protrombin	67	48	56	46	61	47	49	59	66	49	51	51	650
16	APTT	68	48	56	47	62	46	49	59	66	51	51	50	653
17	Golongan Darah ABO	515	363	369	360	395	372	386	297	318	355	365	281	4376
18	Rhesus	399	274	255	247	274	260	297	241	262	302	332	255	3398
19	Gambaran Darah Tepi	11	8	11	7	6	5	6	9	10	15	12	9	109
II	KIMIA DARAH	4.362	2.954	2.655	2.334	2.979	2.326	3.094	2.741	2.905	2.960	3.143	2.633	35.085
1	Glukosa Darah Sewaktu	1645	1369	1178	1130	1438	1252	1475	1300	1423	1404	1214	1196	16024
2	Glukosa Darah Puasa	274	159	162	129	114	140	197	171	128	142	173	152	1941
3	Glukosa 2 Jam PP	138	66	42	11	16	13	64	55	28	21	95	17	566
4	Glukosa Toleransi	0		4	1	1	0	0	0	0	0	0	0	6
5	Bilirubin Total	3	20	11	13	18	9	21	28	21	5	18	17	184
6	Bilirubin Direk	26	19	10	13	15	9	20	26	21	21	14	9	203
7	SGOT	22	81	73	53	87	48	72	76	63	59	143	65	842
8	SGPT	204	88	80	62	96	54	93	86	68	65	144	79	1119
9	Protein Total	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
10	Albumin	215	133	102	92	106	61	85	88	120	122	71	84	1279
11	Cholesterol Total	151	58	65	64	83	49	51	60	78	71	150	70	950
12	Cholesterol HDL	167	20	16	18	25	10	21	16	20	21	19	16	369
13	Cholesterol LDL	18	39	33	50	50	25	34	28	32	27	21	26	383
14	Trigiserida	36	32	32	31	38	14	24	18	26	23	102	37	413
15	Ureum (BUN)	130	130	99	68	158	65	189	121	135	182	219	188	1684
16	Creatinin	289	266	272	224	311	247	330	247	304	355	358	336	3539
17	Asam Urat	507	90	107	88	87	78	74	76	80	78	89	56	1410
18	Elektrolit	128	384	369	286	334	252	344	345	357	364	313	285	3761
19	Analisa Gas Darah	409	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	410
20	LDH	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
III	IMMUNOSEROLOGI	968	758	678	733	815	800	804	658	714	792	699	700	9.117
1	Troponim I	40	45	18	24	45	42	67	48	40	54	45	53	521
2	HbA1c	151	49	45	33	45	43	44	48	38	35	122	59	712
3	FT4	110	86	76	86	80	51	84	66	69	77	68	70	923

4	TSHS	116	92	78	94	95	87	116	90	90	97	84	99	1138
5	HBsAg (Rapid)	415	337	334	346	386	368	361	279	331	401	286	281	4125
6	Anti HBS (Rapid)	1	1	2	0	4	3	2	0	0	2	0	0	15
7	Anti HCV	7	11	10	9	8	42	19	16	27	12	13	43	217
8	Anti HIV 1/2	22	25	16	29	26	61	17	24	29	26	12	26	313
9	VDRL	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2
10	Widal (Rapid)	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
11	ASTO (Kuantitatif)	10	2	6	4	4	5	6	5	1	3	1	7	54
12	Malaria (Rapid)	3	6	1	6	3	5	2	4	2	1	2	1	36
13	Sypilis (Rapid)	7	11	3	18	25	14	7	8	11	14	6	11	135
14	DHF IgG/IgM	9	7	8	10	6	9	6	8	9	11	8	12	103
15	Myoglobin	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2
16	Jamur	3	3	1	0	0	3	4	0	2	1	0	0	17
17	HbSag titer	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
18	Rapid Antigen Sars-Cov 2	8	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	12
19	AFP (Alfa Feto Protein)	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
20	Hbe Ag	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2
21	PSA (Prostat Spesifik Antigen)	1		0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
22	Salmonella-Thypi IgM (TUBEX)	44	45	51	41	47	39	42	37	44	45	38	33	506
23	B-HCG	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
24	TB-ICT (mycotec)	0	1	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0	6
25	SARS-COV-2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
26	Infeksi CRP	19	30	26	29	32	24	23	23	20	10	14	3	253
27	Infeksi Rheumatoid Factors (RF)	0	2	1	1	0	1	2	0	0	0	0	1	8
28	Infeksi Tubex	1	2	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	10
29	Culture Sputum+Jamur	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
IV	PARASITOLOGI	229	161	116	141	161	136	171	132	167	127	129	94	9.196
1	Sputum BTA 1x	4	1	2	0		0	0	2	0	0	0	0	50
2	BTA Leprae	6	2	4	0	4	7	5	4	8	4	4	2	64

3	DDR (Mikroskopik)	8	7	9	5	10	1	5	7	6	3	2	1	456
4	Feces Rutin	65	54	31	40	40	35	45	39	27	31	31	18	546
5	TCM GANEXPRT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	80	73	
6	MTB GANEXPERT	78	53	37	51	56	48	61	40	71	45	6	0	486
7	Rifampisin Resisten Ganexpert	68	44	33	45	51	45	55	40	55	44	6	0	7594
V	URINALISA	1.537	641	525	463	560	452	616	695	534	449	573	549	7.593
1	Urin Rutin	734	289	212	182	234	178	260	217	225	204	261	200	3196
2	PH	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
3	Sedimen Urin	390	277	194	168	219	168	239	208	209	178	250	193	2693
4	Protein Urin	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	5
5	Reduksi Urin	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	3
6	Tes Kehamilan	35	35	47	36	34	27	39	30	14	39	42	30	408
7	Tes Narkoba (5 Parameter)	376	40	71	75	73	78	78	240	84	27	20	126	1288
TOTAL		10.665	7.078	6.442	6.077	7.091	6.083	7.326	6.461	6.691	6.888	6.969	6.042	91.239

2. Instalasi Farmasi (Pelayanan Resep)

No	Jenis Pelayanan	BULAN												TOTAL	
		JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES		
1	Obat Generik	46.219	41.072	31.294	31.268	35.037	30818	51666	37376	42760	39.221	34750		421.481	
2	Obat Non Generik Formularium	13.341	10.942	8.645	8.645	8.566	7622	8058	7833	8641	12279	8510		103.082	
3	Obat Non Generik	59560	52014	39939	39913	43603	38440	59724	45209	51371	51500	43260		524.533	
Total		119.120	104.028	79.878	79.826	87.206	76.880	119.448	90.418	102.772	103.000	86.520	-	1.049.096	

3. Instalasi Radiologi

No	NAMA	BULAN												TOTAL
		JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUNI	JULI	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1	Foto Tanpa Bahan Kontras (thorax)	175	172	252	258	249	232	288	218	280	281	313	251	2969
2	Foto Tanpa Bahan Kontras (umum)	145	201	228	212	271	280	412	293	370	372	253	370	3407
3	Dengan Kontras	0	0	0	0	5	0	12	6	0	0	0	0	23
4	Foto Gigi	394	288	230	216	281	272	401	335	318	298	323	241	3597
5	TMJ	4	4	2	6	8	0	0	6	2	8	4	2	46
6	USG	0	22	161	157	170	154	241	231	212	247	123	175	1893
7	C.T.Scan	708	289	212	212	344	132	0	0	0	3	0	0	1900
8	C.T.Scan dengan bahan kontras	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	Chefalografi	20	2	10	12	12	8	14	8	0	0	0	0	86
Total		1446	978	1095	1073	1340	1078	1368	1097	1182	1209	1016	1039	13921

4. Pelayanan Transfusi Darah

No	Jenis Permintaan Gol. Darah	BULAN												TOTAL
		JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1	A	51	56	77	52	84	74	59	64	69	70	75	46	777
2	B	127	68	80	49	80	69	93	35	76	48	68	49	842
3	AB	12	17	15	7	5	10	12	9	14	14	21	11	147
4	O	115	84	110	107	91	107	157	155	105	79	91	81	1282
Total		305	225	282	215	260	260	321	263	264	211	255	187	3048

No	Jenis Pemakaian Darah	BULAN												TOTAL
		JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1	Whole Blood	1	0	3	2	0	0	0	4	1	1	5	0	17
2	Packed Red Cell	264	213	269	197	248	254	272	228	255	198	202	182	2782
3	Trombo	40	12	10	16	12	6	49	31	8	13	48	5	250
4	Lain-lain	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total		305	225	282	215	260	260	321	263	264	212	255	187	3049

5. Pelayanan Kamar Operasi

No	Jenis Operasi	JUMLAH KASUS												TOTAL
		JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1	BEDAH UMUM	158	126	98	133	133	110	156	136	141	150	92	97	1530
2	OBGYN	148	124	135	147	147	144	132	95	134	138	121	91	1556
3	BEDAH SYARAF	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	THT	14	14	14	11	11	6	16	16	15	12	14	15	158
5	MATA	58	59	88	59	59	18	4	80	81	134	54	39	733
6	KULIT - KELAMIN	5	3	3	10	10	8	5	13	8	10	6	6	87
7	GIGI - MULUT	11	2	2	6	6	22	10	13	17	14	25	12	140
8	BEDAH ANAK	20	14	14	23	23	15	27	22	10	13	1	8	190
9	KARDIOVASKULER	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	BEDAH ORTHOPEDI	23	16	10	12	12	25	22	16	20	31	25	30	242
11	THORAK	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	DIGESTIVE	33	33	31	36	36	36	27	27	24	20	29	23	355
13	UROLOGI	3	6	7	10	10	6	5	5	7	1	3	6	69
14	LAIN-LAIN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL		473	397	402	447	447	390	404	423	457	523	370	327	5060

6. Pelayanan Kamar Jenazah

No.	JENIS PELAYANAN	BULAN												TOTAL
		JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1	JUMLAH JENAZAH	72	47	50	42	49	33	35	40	37	34	47	52	538
2	RINCIAN KEGIATAN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
	A. KONSERVASI JENAZAH	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
	B. PENYIMPANAN JENAZAH	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	C. PENGANTARAN JENAZAH	72	47	50	42	49	33	35	40	37	34	47	50	536
	D. VISUM LUAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	E. MAMANDIKAN JENAZAH	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	F. OUTOPSI FORENSIK	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	G. TRANSIT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	72	47	50	42	49	33	35	40	37	34	47	51	1075

7. Pelayanan Hemodialisa

No.	JENIS PELAYANAN	BULAN												TOTAL
		JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	
1	HEMODIALISA	42	42	41	42	36	36	36	38	44	45	46	51	499
2	CAPD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	CRRT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	TRANSPLANTASI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	42	42	41	42	36	36	36	38	44	45	46	51	499

10 BESAR PENYAKIT RAWAT JALAN TAHUN 2024

NO	KODE ICD	NAMA DIAGNOSA	KASUS BARU MENURUT JENIS KELAMIN LK	KASUS BARU MENURUT JENIS KELAMIN PR	JUMLAH KASUS BARU	JUMLAH KUNJUNGAN
1	K04.0	PULPITIS	167	357	524	4460
2	K05.3	CHRONIC PERIODONTITIS	76	86	162	1451
3	K01.1	IMPACTED TEETH	61	78	139	733
4	H25.9	SENIIL CATARACT, UNSPECIFIED	56	75	131	1332
5	K04.1	NECROSIS OF PULP	41	51	92	1250
6	K30	DYSPEPSIA	21	52	73	512
7	H11.0	PTERYGIUM	14	31	45	359
8	H52.1	MYOPIA	12	21	33	131
9	D24	BENIGN NEOPLASM OF BREAST	1	29	30	199
10	E11.9	NON INSULIN DEPENDENT DIABETES MELLITUS , WITHOUT COMPLICATIONS	12	10	22	433

10 BESAR PENYAKIT RAWAT INAP TAHUN 2024

NO	KODE ICD	NAMA PENYAKIT	PASIENT KELUAR HIDUP MENURUT JENIS KELAMIN LK	PASIENT KELUAR HIDUP MENURUT JENIS KELAMIN PR	PASIENT KELUAR MATI MENURUT JENIS KELAMIN LK	PASIENT KELUAR MATI MENURUT JENIS KELAMIN PR	TOTAL
1	K30	DYSPEPSIA	146	341	1	2	490
2	O62.1	SECONDARY UTERINE INERTIA	0	428	0	0	428
3	A09.0	OTHER AND UNSPECIFIED GASTROENTERITIS AND COLITIS OF INFECTION ORIGIN	157	176	3	2	338
4	O20.0	THREATENED ABORTION	143	169	0	0	312
5	E11.5	NON INSULIN DEPENDENT DIABETES MELLITUS WITH PERIPHERAL CIRCULATORY COMPLICATIONS	74	105	8	16	203
6	I64	STROKE	85	74	20	13	192
7	A49.9	BACTERIAL INFECTION, UNSPECIFIED	91	81	0	0	172
8	O75.7	VAGINAL DELIVERY FOLLOWING PREVIOUS CAESAREAN SECTION	0	132	0	0	132
9	J40	BRONCHITIS	78	50	0	0	128
10	D36.7	BENIGN NEOP;ASM OF OYHRT SPECIFIED SITES	61	65	0	0	126

LAMPIRAN 3 :

DATA CAPAIAN SURVEI KEPUASAN MASYARAKAT TAHUN 2024

- Capaian Survei Kepuasan Masyarakat Triwulan I

NILAI PERSEPSI	NILAI UNSUR PELAYANAN									JLH
	U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U8	U9	
1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	50	19	22	17	27	17	12	19	12	195
4	100	131	128	133	122	133	138	131	138	1154
JUMLAH	150	150	150	150	150	150	150	150	150	1350
NILAI/ UNSUR	550	581	578	583	570	583	588	581	588	5201
NRR/ UNSUR	3,67	3,87	3,85	3,89	3,80	3,89	3,92	3,87	3,92	3,85
NRR TERTIMBANG/ UNSUR	0,41	0,43	0,43	0,43	0,42	0,43	0,44	0,43	0,44	3,85
KATEGORI	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
Rata-rata IKM Unit Layanan									96,24 (Sangat Baik)	

- Capaian Survei Kepuasan Masyarakat Triwulan II

NILAI PERSEPSI	NILAI UNSUR PELAYANAN									JUMLAH
	U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U8	U9	
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	12	17	13	5	21	19	17	45	31	180
4	138	133	137	145	129	131	133	105	119	1.170
JUMLAH	150	150	150	150	150	150	150	150	150	1.350
NILAI/ UNSUR	588	583	587	595	579	581	583	555	569	5220
NRR/ UNSUR	3,92	3,89	3,91	3,97	3,86	3,87	3,89	3,70	3,79	3,87
NRR TERTIMBANG/ UNSUR	0,44	0,43	0,43	0,44	0,43	0,43	0,43	0,41	0,42	3,86
Kategori	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
Rata-rata IKM Unit Layanan									96,57 (Sangat Baik)	

- Capaian Survei Kepuasan Masyarakat Triwulan III

NILAI PERSEPSI	NILAI UNSUR PELAYANAN									JUMLAH
	U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U8	U9	
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
3	20	24	18	6	17	14	11	57	8	175
4	130	126	132	144	133	136	139	92	142	1174
JUMLAH	150	150	150	150	150	150	150	150	150	1350
NILAI/ UNSUR	580	575	582	594	583	586	589	539	592	5221
NRR/ UNSUR	3,87	3,84	3,88	3,96	3,89	3,91	3,93	3,59	3,95	3,87
NRR TERTIMBANG/ UNSUR	0,43	0,43	0,43	0,44	0,43	0,43	0,44	0,40	0,44	3,86
Kategori	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
Rata-rata IKM Unit Layanan									96,59 (Sangat Baik)	

• Capaian Survei Kepuasan Masyarakat Triwulan IV

NILAI PERSEPSI	NILAI UNSUR PELAYANAN									JUMLAH
	U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U8	U9	
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	1	0	0	2	0	1	4
3	19	14	19	6	24	22	15	28	18	165
4	131	136	131	143	126	128	133	122	131	1181
JUMLAH	150	150	150	150	150	150	150	150	150	1.350
NILAI/ UNSUR	581	5	581	590	576	578	577	572	578	5219
NRR/ UNSUR	3,87	3,91	3,87	3,93	3,84	3,85	3,85	3,81	3,85	3,87
NRR TERTIMBANG/ UNSUR	0,43	0,43	0,43	0,44	0,43	0,43	0,43	0,42	0,43	3,86
Kategori	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
Rata-rata IKM Unit Layanan									96,55 (Sangat Baik)	

RSUD I LAGALIGO DALAM GAMBAR



RSUD I Lagaligo





Administrasi dan Manajemen



Administrasi dan Manajemen





Instalasi Rawat Inap



Instalasi Rawat Jalan



Hemodialisa



Kebidanan & Perinatologi



Rekam Medik



Penunjang Medik



Penunjang Non Medik Gizi



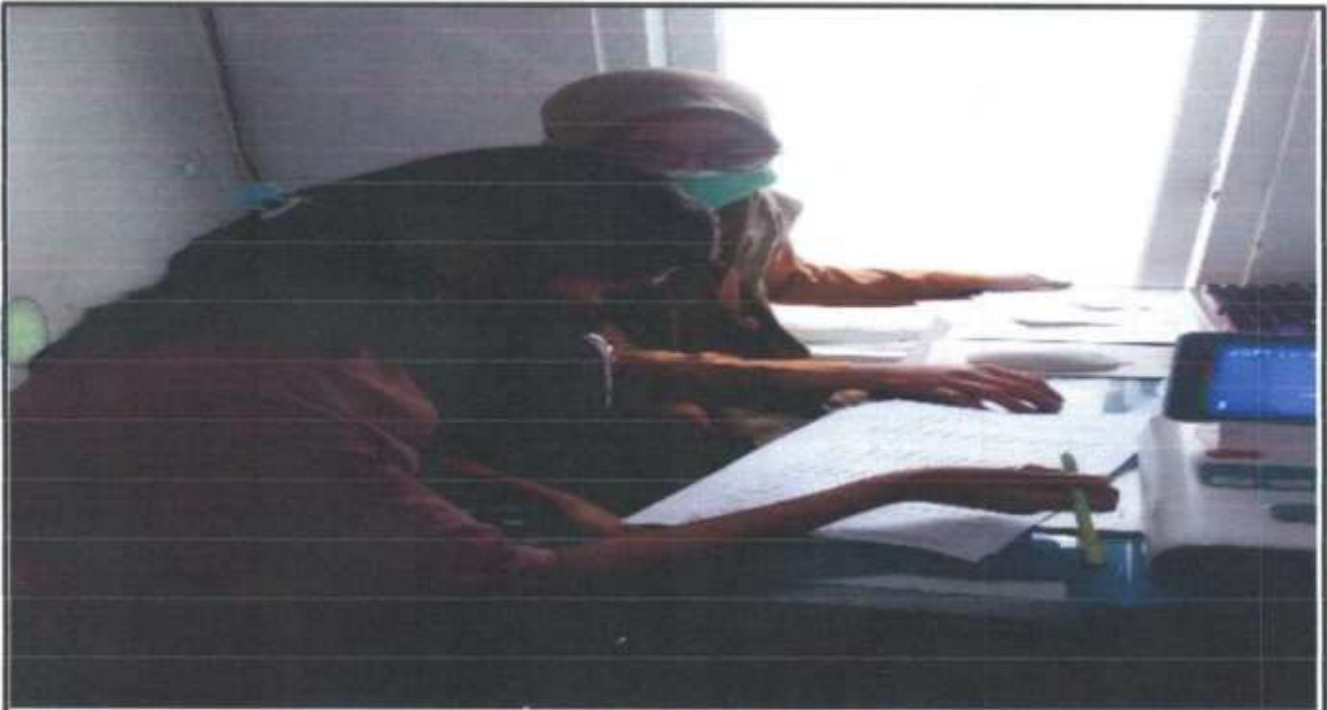
Kegiatan Penyuluhan



Kegiatan Penyuluhan

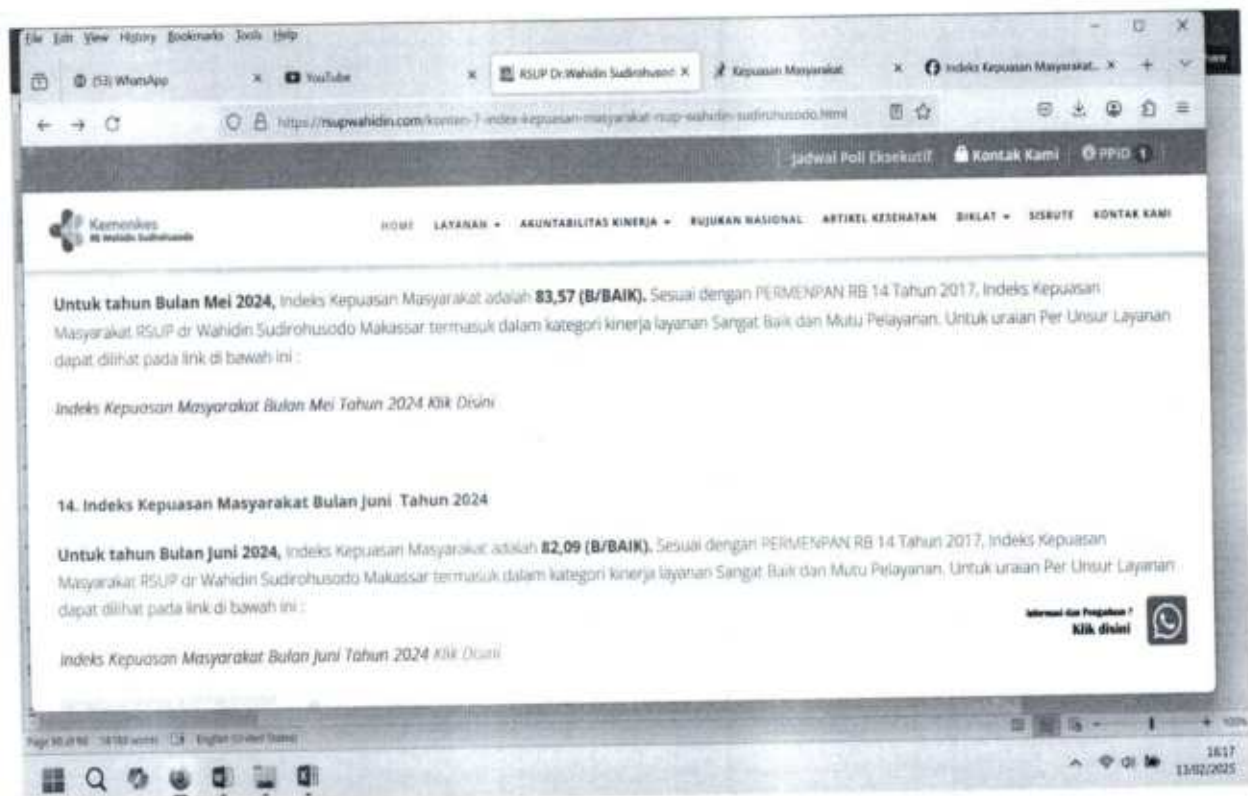
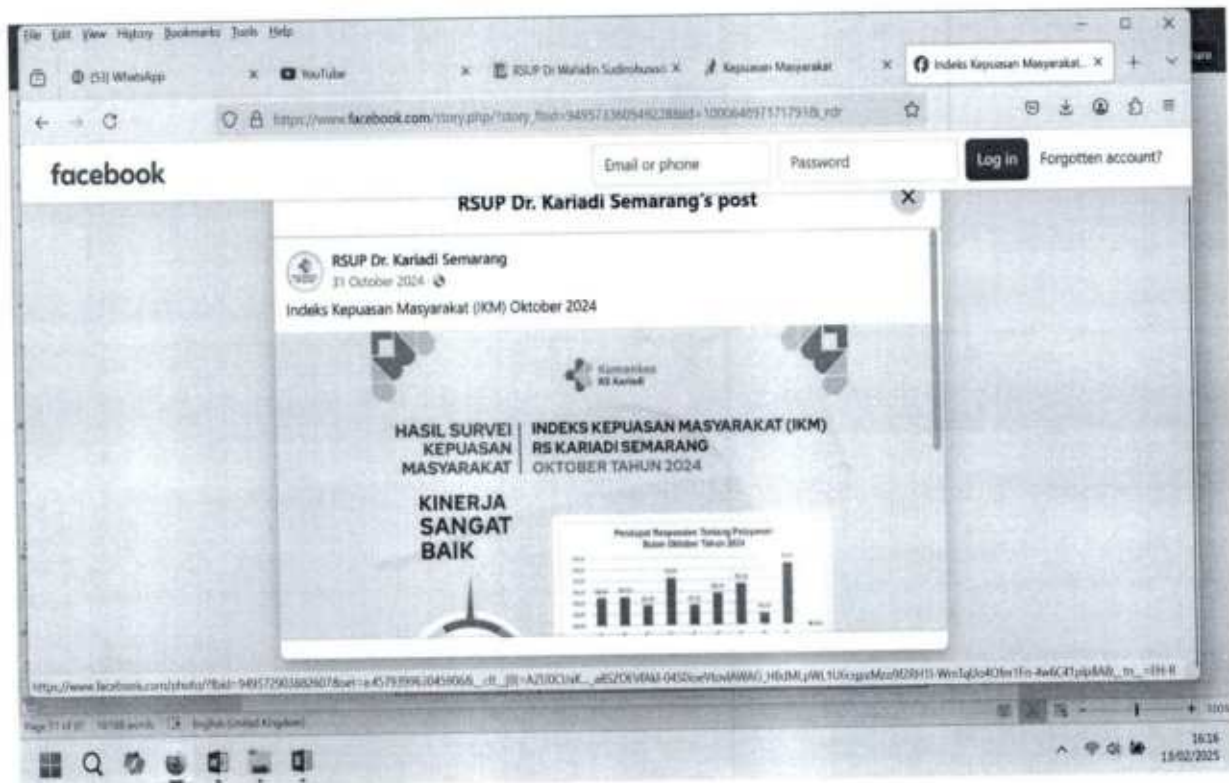


Survei Kepuasan Masyarakat



Survei Kepuasan Masyarakat





LAMPIRAN 5 :

LEMBAR TAMBAHAN : PENJELASAN PADA BAB IV RENSTRA RSUD I LAGALIGO KAB. LUWU TIMUR

BAB IV

TUJUAN DAN SASARAN

1.1. Tujuan dan Sasaran Jangka Menengah Perangkat Daerah

Tujuan dalam RPJMD diartikan sebagai pernyataan tentang hal-hal yang perlu dilakukan untuk mencapai visi dan melaksanakan misi dengan menjawab isu strategis daerah dan permasalahan pembangunan. Rumusan tujuan diturunkan secara operasional dari masing-masing misi pembangunan yang telah ditetapkan dengan memperhatikan visi.

Sasaran sebagai hasil-hasil pembangunan yang hendak dicapai dalam mewujudkan tujuan pembangunan berdasarkan visi-misi. Sasaran dijabarkan dari setiap tujuan dimana sebuah tujuan dapat dijabarkan dalam lebih dari satu sasaran sesuai kompleksitas tujuan tersebut.

RSUD I Lagaligo sebagai salah satu Organisasi Perangkat Daerah ikut berkontribusi pada Tujuan dan Sasaran Pemerintah Daerah. RSUD I Lagaligo berkontribusi pada Tujuan ke-1 yaitu "***Meningkatkan Kualitas Hidup Manusia***" dengan sasaran Daerah "***Meningkatnya Kualitas Sumberdaya Manusia***" Serta Tujuan ke-4 yaitu "***Mewujudkan Tata Kelola Pemerintahan yang Baik, Bersih dan Melayani***" dengan sasaran Daerah "***Meningkatnya Akuntabilitas Kinerja dan Keuangan***" yang selanjutnya dijabarkan oleh RSUD I Lagaligo sebagai sebuah organisasi perangkat daerah (OPD) pengelola manajemen dan administrasi.

RSUD I Lagaligo sebagai Perangkat Daerah dalam mewujudkan Tujuan dan sasaran Pemerintah Daerah telah merumuskan Tujuan dan Sasaran OPD. Tujuan RSUD I Lagaligo ada 2 (dua) yaitu **1) Mewujudkan Kualitas Pelayanan**

Rumah Sakit dan 2) Meningkatkan akuntabilitas Penyelenggaraan layanan Urusan Perangkat Daerah". Sasaran yang telah ditetapkan oleh RSUD I Lagaligo adalah **1) Meningkatnya Mutu Pelayanan Rumah Sakit"** dan **2) Meningkatnya Kualitas dan Pencapaian Kinerja Penyelenggaraan Urusan Perangkat Daerah**

RSUD I Lagaligo menetapkan *indicator sasaran* sebagai berikut :

1. Elemen Penilaian Akreditasi Rumah Sakit yang memenuhi target (Nilai)
2. Indicator SPM rumah sakit yang memenuhi target (Presentase)
3. Kinerja Mutu Pelayanan sesuai target (Presentase)
 - Bed Occupancy Rate (BOR)
 - Length of Stay (LOS)
 - Turn of Interval (TOI)
 - Bed Turn Over (BTO)
 - Net Death Rate (NDR)
 - Gross Death Rate (GDR)
4. Persentase capaian kinerja program penunjang urusan pemerintah daerah (Presentase)

Sesuai hasil pendampingan dari Kemenpan di Jakarta, berdasarkan PermenPAN-RB Nomor 80 Tahun 2021 tentang Penjenjangan Kinerja Instansi Pemerintah bahwa dalam penyusunan kinerja harus dimulai dengan penetapan sasaran kinerja yang ingin di capai OPD (Outcome) dan selanjutnya mengidentifikasi factor kunci keberhasilan CSF (*Critical success factor*) dan selanjutnya menguraikan faktor kunci yang mendukung (CSF) tersebut kepada kondisi antara sampai kondisi paling operasional dan membuat indicator kinerja.

Berdasarkan hal tersebut, selanjutnya RSUD I Lagaligo melakukan revisi pada sasaran strategis dan indicator kinerja , menjadi sebagai berikut :

Sebelum Perubahan :

Tabel 4.1 (Sebelum Penyesuaian)
Tujuan dan Sasaran Jangka Menengah RSUD I Lagaligo

NO	TUJUAN	INDIKATOR TUJUAN	SASARAN	INDIKATOR SASARAN	RENCANA CAPAIAN	TARGET KINERJA SASARAN PADA TAHUN KE-					
						2021	2022	2023	2024	2025	2026
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	
1	Mewujudkan kualitas pelayanan rumah sakit	1. indeks kepuasan masyarakat 2. Tingkat akreditasi rumah sakit	Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit	1. Elemen Penilaian standar akreditasi yang mencapai target	82	83	83	84	85	85	
				2. indikator SPM yang memenuhi target	90%	93%	95%	95%	100%	100%	100%
				3. Kinerja mutu pelayanan sesuai target :	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
				➤ Bed Occupancy Rate (BOR)	60%	75%	75%	80%	80%	80%	80%
				➤ Length of Stay (LOS)	2,6 hr	2,2 hr	2,2 hr	2,5 hr	2,5 hr	2,5 hr	2,5 hr
				➤ Turn of Interval (TOI)	4,1 hr	2,5hr	2,5 hr	2 hr	2 hr	2 hr	2 hr
				➤ Bed Turn Over (BTO)	50 kl	50 kl	50 kl	50 kl	50 kl	50 kl	50 kl
				➤ Net Death Rate (NDR)	25‰	25‰	21‰	21‰	20‰	20‰	

Tabel 4.1 (Setelah Penyesuaian)

Tujuan, Sasaran Tujuan dan Target RSUD I Lagaligo

NO	TUJUAN	INDIKATOR TUJUAN	RENCANA CAPAIAN	TARGET KINERJA SASARAN PADA TAHUN KE-					
				2021	2022	2023	2024	2025	2026
(1)	(2)	(3)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	
1	Mewujudkan kualitas pelayanan rumah sakit	1. Indeks kepuasan masyarakat 2. Tingkat akreditasi rumah sakit	92 Peripurna	93 Paripurna	95 Paripurna	96 Paripurna	96,5 Paripurna	97 Paripurna	
2.	Meningkatkan akuntabilitas penyelenggaraan layanan urusan perangkat daerah	Opini Audit Akuntan Publik	WTP	WTP	WTP	WTP	WTP	WTP	

Tabel 4.2
Tujuan dan Sasaran Jangka Menengah RSUD I Lagaligo

Tujuan dan Sasaran Jangka Menengah RSUD 1 Lagang											
NO	TUJUAN	INDIKATOR TUJUAN	SASARAN	INDIKATOR SASARAN	RENCANA CAPAIAN	TARGET KINERJA SASARAN PADA TAHUN KE-					
						2021	2022	2023	2024	2025	2026
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	
1	Mewujudkan kualitas pelayanan rumah sakit	1. Indeks kepuasan masyarakat 2. Tingkat akreditasi rumah sakit	Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit	Indeks kepuasan masyarakat	92	93	95	96	96,5	97	
2.	Meningkatkan akuntabilitas penyelenggaraan layanan urusan perangkat daerah	Opini Audit Akuntan Publik	Meningkatnya kualitas dan pencapaian kinerja penyelenggaraan urusan PD	Nilai SAKIP hasil evaluasi internal inspektorat	67,72	70	73	74	75	76	

Mengacu pada Tujuan dan Misi Pemerintah Daerah dan sesuai dokumen renstra RSUD I Lagaligo periode 2021-2026 yang telah disusun, telah ditetapkan perubahan Rumusan Tujuan dan Sasaran yang ingin dicapai dalam kurun waktu 5 (lima) tahun kedepan.

Berikut penjelasan Tujuan dan Sasaran RSUD I Lagaligo Kab. Luwu Timur :

Tujuan 1 : Mewujudkan Kualitas Pelayanan Rumah Sakit

Tujuan	Penjelasan
1. Mewujudkan Kualitas Pelayanan Rumah Sakit	Tujuan ini sejalan dengan tujuan pembangunan Ke-1 (Pertama) pemerintaj daerah yaitu Mewujudkan Peningkatan dan Pemerataan Kesejahteraan Masyarakat. RSUD I Lagaligo menetapkan Tujuan yang ingin dicapai yaitu Mewujudkan Kualitas Pelayanan Rumah Sakit yang memiliki makna bahwa dalam menjalankan peran dan fungsi sebagai OPD pelayanan public dibidang kesehatan, rumah sakit selalu mengupayakan pemenuhan segala sesuatu yang berhubungan dengan produksi, jasa, manusia, proses, lingkungan, dan yang menjadi kebutuhan serta keinginan konsumen baik itu berupa barang dan jasa yang diharapkan dapat memenuhi harapan dan kepuasan masyarakat. <i>Kualitas</i> atau mutu adalah tingkat baik atau buruknya sesuatu; derajat atau taraf. Berkualitas diartikan bahwa sesuatu mempunyai kualitas atau mutu yang baik.
Indikator Tujuan	Penjelasan
1) Indeks kepuasan	Pelayanan yang bermutu/ berkualitas merupakan salah satu tolak ukurnya adalah kepuasan yang berefek terhadap keinginan pasien untuk kembali datang ke rumah sakit. Semakin baik kualitas pelayanan yang diberikan maka semakin tinggi pula tingkat kepuasan yang diterima

	masyarakat. Kualitas pelayanan menjadi faktor kepuasan pelanggan karena, dengan memberikan pelayanan yang baik maka pelanggan pun akan merasa nyaman. Tingkat kepuasan masyarakat diperoleh dari hasil pengukuran secara kuantitatif pendapat masyarakat dalam memperoleh pelayanan dari aparaturnya penyelenggara pelayanan public (rumah sakit) dengan pengisian kuesioner
2) Tingkat akreditasi rumah sakit	Akreditasi Rumah Sakit merupakan salah satu cara untuk menilai mutu pelayanan rumah sakit. Peningkatan mutu pelayanan rumah sakit merupakan hal yang sangat penting karena rumah sakit memberikan pelayanan yang paling kritis dan berbahaya dalam sistem pelayanan dan sasaran kegiatan adalah jiwa manusia. Akreditasi Rumah Sakit sebagai pengakuan terhadap mutu pelayanan rumah sakit setelah dilakukan penilaian oleh lembaga independen penyelenggara Akreditasi yang ditetapkan oleh Pemerintah, pengakuan bahwa rumah sakit telah memenuhi standar yang ditetapkan pemerintah. Akreditasi rumah sakit merupakan sebuah proses penilaian dan penetapan kelayakan rumah sakit berdasarkan standar pelayanan yang telah ditetapkan.
Indikator Tujuan	Penjelasan
Tahun 2022 = 93 Tahun 2023 = 95 Tahun 2024 = 96 Tahun 2025 = 96,5 Tahun 2026 = 97	Target ini ditetapkan dengan memperhatikan data awal capaian indeks kepuasan masyarakat di rumah sakit yaitu 92, dan setiap tahun diharapkan ada peningkatan capaian kepuasan masyarakat.

Tujuan 2 : Meningkatkan Akuntabilitas Penyelenggaraan Layanan Urusan Perangkat Daerah.

Tujuan	Penjelasan
2. Meningkatkan Akuntabilitas Penyelenggaraan Layanan Urusan Perangkat Daerah	Tujuan ini sejalan dengan tujuan Pembangunan Ke-4 (Empat) pemerintah daerah yaitu Mewujudkan Tata Kelola Pemerintahan yang baik, bersih dan melayani. Memperhatikan tujuan tersebut RSUD I Lagaligo menetapkan Tujuan ke-2 yang ingin dicapai yaitu Meningkatkan Akuntabilitas Penyelenggaraan Layanan Urusan Perangkat Daerah yang memiliki makna bahwa RSUD I Lagaligo sebagai Perangkat Daerah dalam penyelenggaraan tugas pelayanannya dapat dipertanggung jawabkan, baik kepada publik maupun kepada atasan/pimpinan unit pelayanan instansi pemerintah, baik mengenai proses pelayanan, biaya pelayanan maupun produk pelayanan. Laporan Akuntabilitas adalah perwujudan kewajiban suatu instansi pemerintah untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan / kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan-tujuan dan sasaran-sasaran yang telah ditetapkan melalui alat pertanggungjawaban secara periodic untuk mendorong terciptanya pemerintahan yang bersih dan terpercaya.
Indikator Tujuan	Penjelasan
3) Opini Audit Akuntan Publik	RSUD I Lagaligo telah menerapkan PPK-BLUD sehingga secara rutin dilakukan pemeriksaan/ audit oleh audit eksternal, berdasarkan hal itu maka rumah sakit menetapkan indikator tujuan untuk mengukur tujuan

	Meningkatkan Akuntabilitas Penyelenggaraan Layanan Urusan PD adalah Opini audit Akuntan Publik
Indikator Tujuan	Penjelasan
WTP (Wajar Tanpa Pengecualian)	Target ditetapkan adalah WTP karena sebagai instansi pemerintah yang menerapkan PPK-BLUD diharapkan rumah sakit tetap dapat mendukung pemerintah daerah dalam penyelenggaraan keuangan meraih WTP.

Sasaran 1 : Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit

sasaran	Penjelasan
Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit	Sasaran ini sejalan dengan sasaran pembangunan daerah nomor ke-1 yaitu Meningkatnya kualitas manusia yang berdaya saing. Mengacu sasaran tersebut RSUD I Lagaligo menetapkan sasaran yang ingin dicapai yaitu Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit, yang dimaksud dalam sasaran kinerja ini adalah derajat kesempurnaan pelayanan Rumah Sakit untuk memenuhi kebutuhan masyarakat konsumen akan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di Rumah Sakit secara wajar, efisien dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai dengan norma, etika, hukum dan sosial budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah dan masyarakat. Dengan diberikannya layanan yang berkualitas sesuai standar

	diharapkan akan dapat membantu meningkatkan kualitas sumber daya manusia di kabupaten luwu timur khususnya.
Indikator Sasaran	Penjelasan
Indeks Kepuasan Masyarakat	Pelayanan yang bermutu/ berkualitas merupakan salah satu tolak ukurnya kepuasan yang berefek terhadap keinginan pasien untuk kembali datang ke rumah sakit. Semakin baik kualitas pelayanan yang diberikan maka semakin tinggi pula tingkat kepuasan yang diterima masyarakat. Kualitas pelayanan menjadi faktor kepuasan pelanggan karena, dengan memberikan pelayanan yang baik maka pelanggan pun akan merasa nyaman. Tingkat kepuasan masyarakat diperoleh dari hasil pengukuran secara kuantitatif pendapat masyarakat dalam memperoleh pelayanan dari aparaturnya penyelenggara pelayanan public (rumah sakit) dengan pengisian kuesioner
Target	Penjelasan
Tahun 2022 = 93 Tahun 2023 = 95 Tahun 2024 = 96 Tahun 2025 = 96,5 Tahun 2026 = 97	Target ditetapkan setiap tahunnya ada peningkatan, namun dasar penetapan target lima tahun adalah mempertimbangkan kondisi awal saat penyusunan target dan setiap tahunnya target yang ditetapkan akan mempertimbangkan realisasi yang diperoleh setiap tahunnya.

Sasaran 2 : Meningkatnya kualitas dan pencapaian kinerja penyelenggaraan urusan PD

Sasaran	Penjelasan
Meningkatnya kualitas dan pencapaian kinerja penyelenggaraan urusan PD	Yang dimaksud dalam sasaran kinerja ini adalah rumah sakit dalam menjalankan peran dan fungsinya untuk mencapai tujuan organisasi dan upaya mendukung program pembangunan daerah, dalam pencapaian kinerja melakukan rangkaian sistematis dari berbagai aktivitas, alat, dan prosedur yang dirancang untuk tujuan penetapan kinerja dan pengukuran pengumpulan data, pengklasifikasian, pengikhisaran, dan pelaporan kinerja pada instansi pemerintah, dalam rangka pertanggung jawaban dan peningkatan kinerja instansi pemerintah. Implementasi SAKIP merupakan bagian dari transformasi cara dan budaya kerja melalui penerapan manajemen kinerja sektor publik dan anggaran berbasis kinerja.
Indikator Sasaran	Penjelasan
Nilai Sakip Hasil Evaluasi Internal Inspektorat	Inspektorat merupakan salah satu tim sakip kabupaten, dimana hasil penilaian akuntabilitas kinerja instansi pemerintah yang disampaikan (LHE Lakip) merupakan bentuk evaluasi atas penilaian akuntabilitas pada OPD sehingga LHE inspektorat merupakan tolak ukur bahwa laporan kinerja OPD yang disusun apakah sudah sesuai standar, selaras dengan dokumen perencanaan daerah dan OPD atau butuh perbaikan agar Tujuan yang telah ditetapkan bisa tercapai.

Target	Penjelasan
Tahun 2022 = 70 Tahun 2023 = 73 Tahun 2024 = 74 Tahun 2025 = 75 Tahun 2026 = 76	Target ditetapkan setiap tahunnya meningkat, dan dasar penetapan target lima tahun ini adalah mempertimbangkan kondisi awal saat penyusunan target yaitu 67,72 namun setiap tahunnya target yang ditetapkan akan mempertimbangkannya realisasi yang diperoleh tahun sebelumnya.

BAB VII

KINERJA PENYELENGGARAAN BIDANG URUSAN

Penetapan indikator kinerja atau ukuran kinerja akan digunakan untuk mengukur kinerja atau keberhasilan organisasi. Pengukuran kinerja organisasi akan dapat dilakukan dengan mudah, cepat, tepat dan akurat jika terlebih dahulu ditetapkan indikator kinerja yang telah disepakati bersama. Penetapan indikator kinerja merupakan syarat penting untuk menetapkan rencana kinerja sebagai penjabaran dari Rencana Pembangunan Jangka Menengah atau Rencana Strategi Organisasi. Hal ini mengingat rencana kinerja akan merupakan gambaran sosok tampilan organisasi di masa yang akan datang. Indikator kinerja akan dapat dijadikan sebagai media perantara untuk memberi gambaran tentang prestasi organisasi yang diharapkan di masa mendatang.

Kinerja organisasi pada dasarnya dapat digambarkan melalui tingkat capaian sasaran organisasi dan tingkat efisiensi dan efektivitas pencapaian sasaran dimaksud. Dengan demikian, indikator kinerja yang diharapkan dapat menggambarkan tingkat pencapaian kinerja organisasi, haruslah ditetapkan dengan hati-hati sehingga benar-benar dapat menggambarkan keadaan untuk kerja organisasi secara riil.

Berdasarkan uraian makna penetapan kinerja organisasi tersebut maka guna dapat mengukur tingkat capaian kinerja pelaksanaan pembangunan SKPD, diperlukan penetapan indikator kinerja dalam bentuk penetapan indikator kinerja program pembangunan daerah ditetapkan dengan memenuhi kriteria sebagai berikut : (1) terkait dengan upaya pencapaian sasaran pembangunan daerah, (2) menggambarkan hasil pencapaian program pembangunan yang diharapkan , (3) memfokuskan pada hal-hal utama, penting dan merupakan prioritas program pembangunan daerah, dan (4) terkait dengan pertanggungjawaban pelaksanaan pembangunan daerah.

1. Indikator Kinerja Utama (IKU)

Indikator Kinerja Utama (IKU) RSUD IILagaligo Kabupaten Tahun 2021-2026 yang mengacu pada tujuan dan sasaran RPJMD Kabupaten Luwu Timur Tahun 2021-2026 adalah indikator kinerja yang secara langsung menunjukkan kinerja yang akan

dicapai rumah sakit dalam lima tahun mendatang sebagai komitmen untuk mendukung pencapaian tujuan dan sasaran RPJMD Kabupaten Luwu Timur Tahun 2021-2026.

Indikator Kinerja Utama (IKU) RSUD I Lagaligo ini menjadi tolak ukur kinerja dalam evaluasi kinerja penyelenggaraan pemerintah dan pembangunan di RSUD I Lagaligo Kabupaten Luwu Timur. Indikator yang termuat juga akan menjadi bahan dalam pelaporan kinerja, sehingga perlu dipedomani oleh seluruh aparatur di RSUD I Lagaligo Kabupaten Luwu Timur, yang diuraikan pada tabel T-C 28.

Berikut table T-C 28 sebelum perubahan (Penyesuaian)

Tabel T-C 28 (Sebelum penyesuaian)
Indikator Kinerja SKPD Yang Mengacu Tujuan dan Sasaran RPJMD

No	indikator	Kondisi Awal	Target Capaian Setiap Tahun						Kondisi Kinerja pada Akhir Periode
			2021	2022	2023	2024	2025	2026	
1.	Elemen Penilaian AkreditasiRu mah Sakit yang memenuhi target	-	80	82	83	83	84	85	85
2.	Presentase indicator SPM rumah sakit yang memenuhi target	-	89.43%	90%	93%	95%	95%	100%	100%
3.	Kinerja Mutu Pelayanan : - BOR - LOS - TOI - BTO - NDR - GDR	-	100% 75% 2,2 hari 3,2 hari 50 kali 25% 45%	100% 75% 2,2 hari 2,5 hari 50 kali 25% 43%	100% 75% 2,2 hari 2,5 hari 50 kali 21% 43%	100% 80% 2,5 hari 2 hari 50 kali 21% 40%	100% 80% 2,5 hari 2 hari 50 kali 20% 40%	100% 80% 2,5 hari 2 hari 50 kali 20% 40%	100% 80% 2,5 hari 2 hari 50 kali 20% 40%
4	Nilai SAKIP	-	70	71,05	71,50	72	72,85	72,85	72,85

Tabel T-C 28 (Setelah penyesuaian)
Indikator Kinerja SKPD Yang Mengacu Tujuan dan Sasaran RPJMD

No	indikator	Kondisi Awal	Target Capaian Setiap Tahun						Kondisi Kinerja pada Akhir Periode
			2021	2022	2023	2024	2025	2026	
1.	Indeks Kepuasan Masyarakat	-	82	93	95	96	96,5	97	97
2.	Nilai Sakip Hasil Evaluasi Internal Inspektorat	-	63	70,5	73	75	75	76	76

2024

