

**LAPORAN KINERJA INSTANSI
PEMERINTAH
LKjIP**

**RSUD TENRIAWARU
BONE
TAHUN 2018**

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kita panjatkan kehadiran Allah SWT atas segala limpahan Rahmat dan Karunia-Nya, sehingga penyusunan Laporan Kinerja (LKj) RSUD Tenriawaru Bone Tahun 2018 dapat diselesaikan, sebagai bentuk akuntabilitas penyelenggaraan pemerintahan selama Tahun 2018.

Laporan Kinerja RSUD Tenriawaru Bone Tahun 2018 merupakan capaian akuntabilitas kinerja pada tahun (kelima) dalam masa Perubahan RENSTRA Tahun 2013-2018. LKj Tahun 2018 disusun berdasarkan Rencana Kerja (RENJA) Tahun 2018 yang dijabarkan dari Perubahan Rencana Strategis (RENSTRA Tahun 2013-2018).

LKj RSUD Tenriawaru Bone disusun berdasarkan pada *Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah dan berpedoman pada Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2018*.

Penyusunan LKj RSUD Tenriawaru Bone Tahun 2018 merupakan bentuk komitmen terhadap aspek transparansi dan akuntabilitas serta pertanggungjawaban atas kinerja RSUD Tenriawaru Bone. Komitmen dalam penyusunan LKj RSUD Tenriawaru Bone, bertujuan memberikan informasi kinerja yang terukur, sekaligus sebagai upaya perbaikan berkesinambungan bagi RSUD Tenriawaru Bone untuk senantiasa meningkatkan kinerjanya.

Laporan Kinerja RSUD Tenriawaru Bone Tahun 2018 terdiri atas: Pendahuluan, Perencanaan & Perjanjian Kinerja, Akuntabilitas Kinerja dan inovasi dalam skema reformasi birokrasi. Pendahuluan memiliki muatan uraian singkat organisasi, seperti: latar belakang, maksud tujuan, isu strategis, dan struktur serta keragaman sumberdaya manusia di RSUD Tenriawaru Bone. Adapun aspek Perencanaan dan Perjanjian Kinerja menggambarkan visi, misi, tujuan, sasaran, IKU dan PK. Sedangkan aspek akuntabilitas kinerja, memberikan gambaran capaian, analisa dan evaluasi terhadap indikator kinerja utama RSUD Tenriawaru Bone pada tahun 2018, termasuk atas analisa efisiensi penggunaan sumberdaya.

Secara keseluruhan penyelenggaraan tugas-tugas RSUD Tenriawaru Bone Tahun 2018 telah banyak membuahkan hasil yang positif. Dari 17 (*Tujuh Belas*) indikator kinerja yang di perjanjikan pada tahun 2018, terdapat 12 (*Dua Belas*) indikator yang telah memenuhi target yang ditetapkan. Namun disadari, masih terdapat beberapa indikator kinerja yang belum tercapai. Analisa dan evaluasi atas capaian kinerja secara komprehensif digunakan sebagai pijakan untuk melakukan perbaikan pelayanan dan mendukung tercapainya good governance pada masa

mendatang. Berkenaan dengan itu, LKj RSUD Tenriawaru Bone Tahun 2018 ini, dapat menjadi masukan dan saran evaluasi agar kinerja kedepan menjadi lebih produktif, efektif dan efisien, baik dari aspek perencanaan, pengorganisasian, manajemen keuangan maupun koordinasi pelaksanaannya.

Watampone, 6 Februari 2019

DIREKTUR,
RSUD TENRIAWARU KAB. BONE



dr. Hj. NURMINAH A. YUSUF, MARS
NIP. 19641206199903 2 002

DAFTAR ISI

	Halaman
KATA PENGANTAR	2
DAFTAR ISI	4
DAFTAR GAMBAR DAN TABEL	5
BAB I PENDAHULUAN	6
Latar Belakang	6
Maksud dan Tujuan	7
Gambaran Umum Organisasi	7
Isu-Isu Strategis Organisasi	15
Inovasi Dalam Reformasi Sistem AKIP	16
BAB II PERENCANAAN KINERJA	17
Rencana Strategis	17
Visi dan Misi	17
Misi, Tujuan dan Sasaran	18
Program Untuk Pencapaian Sasaran	19
Indikator Kinerja Utama	19
Perjanjian Kinerja	20
Rencana Anggaran	21
BAB III AKUNTABILITAS KINERJA	23
Capaian Kinerja Organisasi	23
Capaian Indikator Kinerja Utama	24
Perbandingan Capaian Kinerja	26
Realisasi Anggaran	58
Gambaran Umum Anggaran Organisasi	58
Realisasi Keuangan	59
Pemanfaatan Anggaran	59
Hal-Hal Lain Yang Perlu Dilaporkan	67
BAB IV PENUTUP	69
LAMPIRAN-LAMPIRAN	71

DAFTAR GAMBAR DAN TABEL

	Halaman
Tabel 1 Fasilitas Ruang Perawatan RSUD Tenriawaru Bone	9
Gambar 1 Struktur Organisasi RSUD Tenriawaru Bone	12
Tabel 2 Data Pegawai RSUD Tenriawaru Bone Tahun 2018.....	14
Tabel 2.1 Hubungan Antara Misi, Tujuan & Sasaran RSUD Tenriawaru Bone.....	18
Tabel 2.2 Program Strategis Untuk Pencapaian Sasaran RSUD Tenriawaru Bone	19
Tabel 2.3 Indikator Kinerja Utama RSUD Tenriawaru Bone.....	20
Tabel 2.4 Ikhtisar Perjanjian Kinerja RSUD Tenriawaru Bone Tahun 2018.....	21
Tabel 2.5 Anggaran Belanja RSUD Tenriawaru Bone Tahun 2018.....	21
Tabel 2.6 Alokasi Anggaran Per Sasaran RSUD Tenriawaru Bone Tahun 2018.....	22
Tabel 3.1 Skala Pengukuran Ordinal Kinerja.....	23
Tabel 3.2 Capaian Indikator Kinerja RSUD Tenriawaru Bone Tahun 2018..	24
Tabel 3.3 Capaian Kinerja Indikator Kinerja Utama (IKU) Tahun 2018.....	25
Tabel 3.4 Capaian Kinerja Tahun 2018 terhadap Target Indikator Kinerja Dari Sasaran Strategis RPJMD Tahun 2013-2018.....	26
Tabel 3.5 Capaian Kinerja Sasaran 1 s.d. Sasaran 5 Tahun 2018	27, 29, 32, 34, 36
Tabel 3.6 Perkembangan Capaian Kinerja Sasaran 1 s.d. Sasaran 5 Tahun 2014-2018.....	27, 30, 32, 35, 37
Tabel 3.7 Capaian Kinerja Sasaran 1 s.d. Sasaran 5 Tahun 2018 Terhadap Target Akhir Renstra Tahun 2013-2018.....	27, 30, 32, 35, 37
Tabel 3.8 Program dan Kegiatan Penunjang Capaian Kinerja Sasaran 1 s.d. Sasaran 5	28, 31, 34, 36
Tabel 3.9 Efisiensi Penggunaan Sumber Daya pada Capaian Kinerja Sasaran 1 s.d. Sasaran 5	29, 32, 34, 36
Tabel 3.10 Pagu Anggaran RSUD Tenriawaru Bone Tahun 2017&2018.....	58
Tabel 3.11 Alokasi Anggaran Belanja RSUD Tenriawaru Bone terhadap APBD Kab. Bone Tahun Anggaran 2014-2018	59
Tabel 3.12 Realisasi Keuangan RSUD Tenriawaru Bone Tahun 2018.....	59
Tabel 3.13 Ikhtisar Realisasi Capaian Kinerja Indikator Kinerja Sasaran dan Realisasi Keuangan Program/Kegiatan sesuai Perjanjian Kinerja RSUD Tenriawaru Bone Tahun Anggaran 2018.....	65

BAB I PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Penilaian dan pelaporan kinerja pemerintah daerah menjadi salah satu kunci untuk menjamin penyelenggaraan pemerintahan yang demokratis, transparan, akuntabel, efisien dan efektif. Upaya ini juga selaras dengan tujuan perbaikan pelayanan publik sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2017 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah. Untuk itu, pelaksanaan otonomi daerah perlu mendapatkan dorongan yang lebih besar dari berbagai elemen masyarakat, termasuk dalam pengembangan akuntabilitas melalui penyusunan dan pelaporan kinerja pemerintah daerah.

Penyusunan Laporan Kinerja (LKj) merupakan amanat Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah dan Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah. Penyusunan LKj dilakukan dengan berdasarkan Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 tahun 2016 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Review Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah, di mana pelaporan capaian kinerja organisasi secara transparan dan akuntabel merupakan bentuk pertanggungjawaban atas kinerja RSUD Tenriawaru Bone.

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 Tenriawaru Bone. LKj menjadi dokumen laporan kinerja tahunan yang berisi pertanggung-jawaban kinerja suatu instansi dalam mencapai tujuan/sasaran strategis instansi. Disinilah esensi dari prinsip akuntabilitas sebagai pijakan bagi instansi pemerintah ditegakkan dan diwujudkan.

Mengacu kepada Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2017, LKj tingkat RSUD Tenriawaru Bone disampaikan kepada Bupati selambat-lambatnya dua bulan setelah tahun anggaran berakhir.

1.2 MAKSUD DAN TUJUAN

LKj RSUD Tenriawaru Bone merupakan salah satu bentuk pertanggungjawaban pelaksanaan tugas dan fungsi pemerintah daerah selama kurun waktu 1 (satu) tahun secara sistematis dalam mencapai tujuan/sasaran strategis instansi. Penyusunan LKj juga menjadi alat kendali untuk mendorong peningkatan kinerja setiap unit organisasi.

LKj RSUD Tenriawaru Bone merupakan proses untuk menilai pencapaian setiap indikator kinerja guna memberikan gambaran tentang keberhasilan dan kegagalan pencapaian tujuan dan sasaran yang selanjutnya dianalisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja serta alternative solusi yang telah dilakukan. Identifikasi keberhasilan, permasalahan dan solusi yang tertuang dalam LKj, menjadi sumber untuk perbaikan perencanaan dan pelaksanaan program dan kegiatan yang akan datang. Dengan pendekatan ini, LKj sebagai proses evaluasi menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari perbaikan yang berkelanjutan di pemerintah untuk meningkatkan kinerja pemerintahan melalui perbaikan pelayanan publik.

1.3 GAMBARAN UMUM ORGANISASI

Sesuai Undang- undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Undang- undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, berdasarkan Peraturan Daerah Kabupaten Bone Nomor 31 Tahun 2010 tentang Tata Kelola RSUD Tenriawaru Kabupaten Bone adalah Satuan Kerja Perangkat Daerah yang melaksanakan tugas bidang kesehatan. Dalam melaksanakan tugas pelayanan kesehatan masyarakat, RSUD Tenriawaru bertanggung jawab langsung pada Bupati Bone melalui Sekertaris Daerah. RSUD Tenriawaru, merupakan rumah sakit rujukan berstatus rumah sakit tipe B Non Pendidikan. Menjadi Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) berdasarkan SK Bupati Bone Nomor 33 Tahun 2010, telah Terakreditasi Versi 2012 lulus predikat Paripurna, dengan harapan rumah sakit dapat memberikan pelayanan lebih baik, berkualitas dan mewujudkan pelayanan Paripurna.

Untuk melaksanakan program dan kegiatan pelayanan kesehatan, RSUD Tenriawaru, mempunyai fasilitas pelayanan kesehatan sebagai berikut :

Fasilitas Pelayanan Medis

1. Rawat Jalan terdiri dari Poliklinik :
 - Poliklinik Penyakit Dalam
 - Poliklinik Bedah

- Poliklinik Orthopedi
 - Poliklinik Anak
 - Poliklinik Kebidanan/ Kandungan
 - Poliklinik Saraf
 - Poliklinik Jiwa
 - Poliklinik THT
 - Poliklinik Mata
 - Poliklinik Kulit & Kelamin
 - Poliklinik Gigi & Mulut
 - Poliklinik TB
 - Poliklinik Konsultasi Gizi
 - Poliklinik MCU
 - Poliklinik HIV AIDS
2. IGD (Instalasi Gawat Darurat) Umum
Pelayanan 24 Jam, Ruang Tindakan, Ruang Triage, Ruang Observasi.
 3. IGD (Instalasi Gawat Darurat) Kandungan
Pelayanan 24 Jam, Ruang Tindakan, Ruang Triage, Ruang Observasi.
 4. Rawat Inap : Terdiri dari Kelas VIP Utama, VIP, I, II dan III.
 5. Intensive Care : Ruang Perina dan ICU (Intensive Care Unit).
 6. IBS (Instalasi Bedah Sentral): 6 Kamar.
 7. Hemodialisa : 5 Unit.

Fasilitas Penunjang Medis dan Non Medis

1. Instalasi Laboratorium
2. Bank Darah Rumah Sakit (BDRS)
3. Instalasi Radiologi
4. Instalasi Farmasi
5. Instalasi Fisiotherapi
6. Instalasi Gizi
7. Instalasi Laundry
8. Central Sterile Suplay Departement (CSSD)
9. Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana (IPS-RS)
10. Instalasi Sanitasi
11. Instalasi Pemulasaran Jenazah
12. Ambulance

Tabel. 1
Fasilitas Ruang Perawatan RSUD Tenriawaru Bone Tahun 2018

NO	KELAS PERAWATAN	KETERANGAN
1	VIP UTAMA ASALEA	Lokasi di lantai I, 1 Kamar untuk 1 (satu) orang penderita
		Kamar mandi didalam Ruangan.
		1 Sofa penjaga pasien, 1 set kursi tamu.
		AC, TV, Kulkas, Lemari pakaian, meja dorong makanan sampiran handuk
2	VIP ANGGREK	Lokasi di lantai I, 1 Kamar untuk 1 (satu) orang penderita.
		Kamar mandi didalam Ruangan.
		AC, TV, Kulkas, Lemari pakaian, 1 set kursi tamu, bed side locker.
	VIP BOUGENVILE	Lokasi di lantai I, 1 Kamar untuk 1 (satu) orang penderita.
		Kamar mandi didalam Ruangan.
		AC, TV, Kulkas, Lemari pakaian, 1 set kursi tamu, bed side locker.
	V IP MAWAR	Lokasi di lantai I, 1 Kamar untuk 1 (satu) orang penderita.
		Kamar mandi didalam Ruangan.
		AC, TV, Kulkas, Bed Side Table, Kursi Pengunjung.
3	KELAS I ASOKA	Lokasi di lantai I, 1 Kamar untuk 2 (Dua) orang penderita
		Kamar mandi didalam Ruangan.
		AC, TV, Kulkas, Lemari pakaian, 1 set kursi tamu, bed side locker.
	KELAS I MELATI	Lokasi di lantai I, 1 Kamar untuk 2 (Dua) orang penderita
		Kamar mandi didalam Ruangan.
		AC, TV, Kulkas, Lemari pakaian, 1 set kursi tamu, bed side locker.
	KELAS I	Lokasi di lantai I dan II, 1 Kamar untuk 2 (dua) orang penderita.
		Kamar mandi didalam Ruangan.
		AC, TV, Bed Side Table, Kursi Pengunjung.
4	KELAS II	Lokasi di lantai I dan II, 1 Kamar untuk 4 (empat)orang penderita.
		Kamar mandi bersama.
		Kipas Angin, Bed Side Table, Kursi Penjaga.
5	KELAS III	Lokasi di lantai I dan II, 1 Kamar untuk 6 (enam) orang penderita.
		Kamar mandi bersama.
		Kipas Angin, Bed Side Table, Kursi Penjaga.

1. **Gedung Administrasi, dalam kondisi baik.**
RSUD Tenriawaru menyediakan ruangan untuk setiap Kepala Bagian dan Kepala Bidang, Kasubag dan Kasie berada satu ruangan dengan Kabag dan Kabidnya, hal ini untuk mempermudah koordinasi.
2. **Bangunan ruang tunggu pasien, dalam kondisi baik**
RSUD Tenriawaru membuat bangunan Ruang Tunggu untuk menampung keluarga pasien berasal dari luar kota yang butuh penginapan, bangunan ini dilengkapi dengan toilet.
3. **Perumahan Dinas.**
RSUD Tenriawaru menyediakan perumahan dinas untuk dokter spesialis. Hal ini untuk memperlancar pemberian pelayanan kepada pasien. Perumahan

dinas dalam kondisi baik.

4. Taman/ Halaman/ Parkir/ Jalan

Sarana ini disediakan untuk menunjang pelayanan yang lebih baik kepada pasien. Rumah sakit menata halaman dan taman untuk memberikan kesan asri dan nyaman bagi pasien dan keluarganya/ pengunjung. Selain itu, rumah sakit menyediakan parkir dan jalan untuk memudahkan akses bagi pasien dan pengunjung. Taman/ Halaman/ Parkir dan Jalan dalam kondisi baik.

5. Listrik dalam kondisi baik.

- Jaringan PLN
- Genzet (500) KVA

Bila terjadi pemadaman listrik, maka genzet menyala dalam waktu 5 detik menggantikan fungsi jaringan PLN. Pada tahun 2016 rumah sakit melakukan pengadaan travo 630 KVA plus asesorisnya.

6. Komunikasi

- Telepon
- Airphone
- HT.
- Billing System

Jaringan telepon dan Airphone dalam kondisi baik. Jaringan telepon digunakan untuk keperluan komunikasi internal dan eksternal. Airphone digunakan untuk menunjang komunikasi internal rumah sakit, HT digunakan untuk komunikasi petugas keamanan. Sedangkan billing system dimanfaatkan untuk memudahkan dalam perhitungan klaim/ tagihan pasien, menggantikan perhitungan manual. Billing system ini sudah terintegrasi dengan pelayanan rawat jalan, rawat inap dan instalasi penunjang.

7. Sumber Air Bersih

- PDAM
- Sumur Bor

Untuk memenuhi kebutuhan air bersih RSUD Tenriawaru menyediakan penampungan air dengan kapasitas 160 m³ bersumber dari PDAM dan Sumur Bor Artesis, selain sumber air utama RS memiliki 4 sumur bor dan 2 sumur gali sebagai cagangan. Untuk memenuhi kebutuhan air 24 jam/ hari, terdapat Penampungan air utama, 16 tanki penampungan di tiap gedung dan ruang perawatan.

8. Sarana Pengolahan Limbah

- Incinerator
- IPAL (Instalasi Pengolahan Air Limbah)

Limbah padat berbahaya RSUD Tenriawaru dikelola sendiri oleh rumah sakit melalui incinerator dan ada yang dipihak ketigakan, seperti pembuangan abu sisa pembakaran dari incinerator, pengolahan balon lampu (Lampu TL bekas) dan limbah padat lainnya yang tidak dapat dikelola sendiri di incinerator rumah sakit. Indikator baku mutu limbah cair (BOD, COD dan pH) Pemeriksaan kualitas air dilakukan setiap bulan dengan mengambil sampel air pada outlet IPAL. Incenerator rumah sakit dalam kondisi baik dan IPAL serta Jaringannya butuh Pemeliharaan.

9. Sarana Pencegahan Kebakaran

- Alat Pemadam Api Ringan (APAR)
- Pompa Hydrant

Untuk mencegah kebakaran RSUD Tenriawaru menyediakan pompa Hydrant dan APAR di setiap unit dan bagian, pencegahan terbatas pada penggunaan APAR karena Hydrant dalam kondisi Rusak, sampai saat ini telah tersedia 67 tabung APAR dalam kondisi baik dan siap pakai.

Untuk kondisi alat kesehatan terkalibrasi setiap tahunnya dan non kesehatan terpelihara rutin sesuai jadwal pemeliharaan petugas yang ada di RSUD Tenriawaru.

TUGAS POKOK DAN FUNGSI RSUD TENRIAWARU BONE

Struktur organisasi RSUD Tenriawaru Bone tertuang dalam Peraturan Daerah Kabupaten Bone Nomor 01 Tahun 2010 tentang Pembentukan Organisasi lembaga teknis Daerah Kabupaten Bone dan untuk melaksanakan tugas pokok dan fungsi RSUD Tenriawaru Bone diatur dalam Peraturan Bupati Bone Nomor 31 Tahun 2010 tentang Tugas Pokok, fungsi dan Tata Kerja RSUD Tenriawaru Kelas B Kabupaten Bone yaitu sebagai berikut:

a. Tugas Pokok RSUD Tenriawaru Bone

Membantu Bupati dalam melaksanakan penyusunan dan pelaksanaan kebijakan daerah di bidang pelayanan kesehatan sebagai berikut :

- Merumuskan pelayanan kesehatan secara berdayaguna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilakukan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit serta melaksanakan pelayanan rujukan.
- Melaksanakan pelayanan kesehatan secara menyeluruh, bermutu dan terjangkau sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.

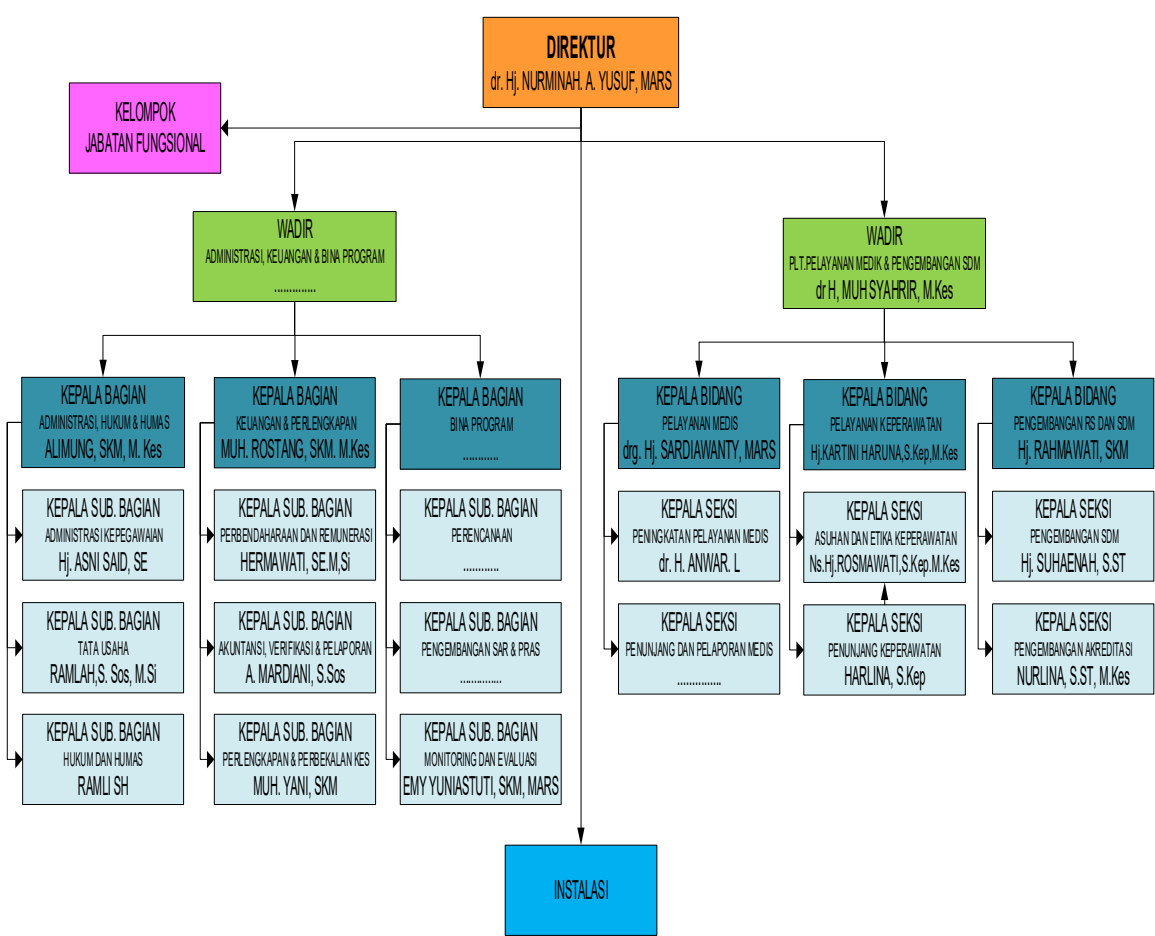
b. Fungsi RSUD Tenriawaru Bone

- Menyelenggarakan pelayanan medis.

- Menyelenggarakan, melaksanakan koordinasi dan fasilitasi pelayanan penunjang medis, non medis dan pelayanan rujukan.
- Menyelenggarakan pelayanan administrasi umum, keuangan dan perlengkapan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- Melaksanakan pelayanan asuhan keperawatan.
- Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan peningkatan pengetahuan dan keterampilan profesi di bidang kesehatan.
- Menyelenggarakan penelitian dan pengembangan, pemantauan dan evaluasi, pelaporan dan pembinaan terkait pelayanan kesehatan.

c. Struktur Organisasi

Gambar 1.
Struktur Organisasi RSUD Tenriawaru Bone



Struktur Organisasi RSUD Kabupaten Bone berdasarkan Peraturan Bupati Bone Nomor 01 Tahun 2010 tentang Organisasi Perangkat Daerah Rumah Sakit Umum Daerah diatur dan ditetapkan sebagai berikut :

1. Direktur Utama, bertanggung jawab Kepada Bupati Bone melalui Sekretaris Daerah.

2. Wakil Direktur, berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Utama,

Wakil Direktur Pelayanan Medik dan Pengembangan SDM

- a) Bidang Pelayanan Medis, berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Wakil Direktur Pelayanan Medik dan Pengembangan SDM.
 - Seksi Peningkatan Pelayanan Medis
 - Seksi Penunjang dan Pelaporan Medis
- b) Bidang Pelayanan Keperawatan, berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Wakil Direktur Pelayanan Medik dan Pengembangan SDM
 - Seksi Asuhan dan Etika Keperawatan
 - Seksi Penunjang Keperawatan
- c) Bidang Pengembangan Rumah Sakit dan SDM, berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Wakil Direktur Pelayanan Medik dan Pengembangan SDM
 - Seksi Pengembangan SDM
 - Seksi Pengembangan Akreditasi

Wakil Direktur Administrasi, Keuangan dan Bina Program

- a) Bagian Administrasi, Hukum dan Humas, berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Wakil Direktur Administrasi, Keuangan dan Bina Program
 - Sub Bagian Tata Usaha
 - Sub Bagian Administrasi kepegawaian
 - Sub Bagian Humas, Pemasaran dan Hukum
- b) Bagian Keuangan dan Perlengkapan, berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Wakil Direktur Administrasi, Keuangan dan bina Program
 - Sub Bagian Perbendaharaan dan Remunerasi
 - Sub Bagian Akuntansi, Verifikasi dan Pelaporan
 - Sub Bagian Perlengkapan dan Perbekalan Kesehatan
- c) Bagian Bina Program, berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Wakil Direktur Administrasi, Keuangan dan Bina Program
 - Sub Bagian Perencanaan
 - Sub Bagian Pengembangan Sarana dan Prasarana
 - Sub Bagian Monitoring dan Evaluasi Program

Unit-unit Non Struktural

- 1) Komite, berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
 - Komite Medik;
 - Komite Keperawatan;
 - Komite Etik dan Hukum;
 - Komite Farmasi dan Terapi;
 - Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI);
 - Komite peningkatan Mutu dan keselamatan pasien; dan
 - Komite Rekam medik.
- 2) Instalasi, berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur sesuai dengan tugas pokok dan fungsi masing-masing penyelenggaraan kegiatan.
- 3) Satuan Pengawas Internal (SPI), berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- 4) Kelompok Jabatan Fungsional
 - a) Terdiri dari sejumlah tenaga fungsional yang terbagi atas berbagai kelompok jabatan fungsional sesuai dengan bidang keahliannya, dalam unit kegiatan sesuai dengan kompetensinya, berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
 - b) Unit-unit Pelayanan dan Panitia-panitia tersebut dibentuk dengan SK Direktur, berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur, dengan struktur organisasi menyesuaikan/ menyelaraskan dengan organisasi fungsi Rumah Sakit serta peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Untuk melaksanakan tugas pokok dan fungsi RSUD Tenriawaru didukung oleh 812 orang pegawai terdiri 268 orang PNS dan 544 orang pegawai Honorer dengan rincian sebagai berikut :

Tabel. 2
Data Pegawai RSUD Tenriawaru Bone Tahun 2018

NO	GOLONGAN		JENIS KELAMIN		JML
			L	P	
1	I	a	0	0	0
2		b	0	0	0
3		c	0	0	0
4		d	0	0	0
5	II	a	1	1	2

NO	GOLONGAN		JENIS KELAMIN		JML
			L	P	
6		b	0	0	0
7		c	0	8	8
8		d	1	9	10
9	III	a	2	51	53
10		b	7	49	56
11		c	10	31	41
12		d	13	33	46
13	IV	a	4	15	19
14		b	7	19	26
15		c	3	1	4
16		d	2	1	3
17	HONORER		94	450	544
	TOTAL		114	798	812

Sumber Data : Data Kepegawaian Tahun 2018

1.4 ISU STRATEGIS

Dengan melihat aspek-aspek strategis yang berpengaruh baik secara internal maupun secara eksternal, termasuk tantangan dan permasalahan yang dihadapi dan juga hasil analisis pencapaian kinerja setiap tahunnya, maka dapat diketahui isu-isu penting yang perlu menjadi perhatian RSUD Tenriawaru Kab. Bone dalam pelaksanaan tugas dan fungsinya ke depan, yaitu sebagai berikut :

1. RSUD Tenriawaru Terakreditasi dengan predikat Paripurna (Bintang 5) Akreditasi Versi 2012 tahun 2017 hasil penilaian akreditasi yang sangat memuaskan sehingga ada jaminan kepastian hukum atas layanan-layanan Rumah Sakit dan masyarakat semakin percaya akan mutu pelayanan RS.
2. Masih adanya Indikator pelayanan Rawat Inap yang hasil perhitungannya berada di bawah standar, yaitu ALOS (Average Length Of Stay) rata-rata 3 hari/ pasien. menyebabkan BTO (Bed Turn Over) menjadi sering kali dalam satu tahun. RSUD Tenriawaru mengupayakan penambahan Clinical Pathway, terutama untuk penyakit-penyakit yang banyak dirawat di RS dan berpotensi menimbulkan cost yang tinggi. Dengan adanya clinical pathway, petugas kesehatan akan memiliki pedoman dalam perawatan pasien, mulai pasien masuk sampai keluar. Pedoman ini akan menjadi jaminan mutu pelayanan rumah sakit, memastikan pasien dirawat sesuai dengan hari rawat yang dibutuhkan hingga pasien sembuh.

3. Untuk meningkatkan Kualitas Mutu Pelayanan sangat dibutuhkan SDM terdidik dan terlatih. Rumah Sakit harus melakukan perencanaan pelatihan bagi karyawan rumah sakit untuk percepatan pencapaian target kinerja dalam kurun waktu lima tahun. Hal ini dapat dicapai dengan memberikan prioritas anggaran untuk sumber daya manusia di rumah sakit, mengingat jumlah SDM yang besar dan keterbatasan anggaran yang dimiliki rumah sakit.
4. Target Program Pengadaan, Peningkatan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit/ Rumah Sakit Jiwa/ Rumah Sakit Paru-paru/ Rumah Sakit Mata. Sebagai program pendukung tercapainya standar peralatan sesuai kelas B. Untuk mencapai target yang telah ada fihak rumah sakit membuat usulan pengadaan alat kesehatan melalui dana DAU, DAK, DBH-CHT atau melakukan kerja sama dengan fihak lain, karena mahalnya biaya investasi alat kesehatan dan terbatasnya anggaran rumah sakit yang hanya mampu untuk menanggulangi biaya operasional rumah sakit.
5. Sebagai kegiatan pendukung kegiatan utama, kegiatan pemeliharaan sarana rumah sakit ketepatan waktu pemeliharaannya masih berada di bawah target diharapkan. Manajemen akan melakukan evaluasi terhadap ketepatan jadwal pemeliharaan yang telah dibuat dengan pelaksanaan jadwalnya. Selain itu, perlu pemberian prioritas anggaran untuk pemeliharaan alat kesehatan karena anggaran pemeliharaan yang dibutuhkan tidak sedikit.
6. Meningkatnya kemandirian keuangan Rumah Sakit dapat didukung oleh capaian CRR rumah sakit. Target CRR adalah $\geq 40\%$ untuk mencapai target tersebut rumah sakit melakukan perbaikan pengelolaan manajemen obat, pengelolaan keuangan BLUD, mengoptimalkan SIM RS yang belum terintegrasi dengan semua unit kerja maupun unit pelayanan dan menyusun Tarif baru berdasar pada Unit Cost.

1.5 INOVASI PELAYANAN PUBLIK

Inovasi menjadi kunci dalam reformasi birokrasi dan perbaikan kinerja pelayanan publik, oleh karena itu berbagai inovasi juga telah dikembangkan oleh RSUD Tenriawaru Bone. Salah satu inovasi yang dikembangkan adalah Pengadaan Aplikasi antrian pasien Rawat Jalan dengan harapan tidak ada lagi komplain masalah antrian pasien di Poliklinik.

BAB II

PERENCANAAN KINERJA

2.1 RENCANA STRATEGIS

Rencana Strategis (Renstra) RSUD Tenriawaru Bone Kabupaten Bone Tahun 2013-2018 merupakan penjabaran dari Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Kabupaten Bone 2013-2018. Rencana Strategis (RENSTRA) sebagai dokumen perencanaan yang memuat penjabaran visi, misi, tujuan, sasaran dan program RSUD Tenriawaru Bone selama 5 tahun yang berpedoman kepada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD).

Sinkronisasi dokumen perencanaan ini diarahkan untuk mendukung pencapaian Visi pembangunan oleh Bupati Bone terpilih sebagaimana telah ditetapkan dalam Dokumen RPJMD Kab Bone Periode Tahun 2013-2018 yaitu:

MASYARAKAT BONE YANG SEHAT, CERDAS DAN SEJAHTERA

Sejalan dengan Visi Bupati tersebut diatas dan mengacu pada tugas dan fungsi RSUD Tenriawaru Bone, maka didalam Perubahan Renstra Tahun 2013-2018 ditetapkan Visi dan Misi serta tujuan RSUD Tenriawaru Bone.

VISI :

“Menjadi Rumah Sakit Pendidikan yang Berkualitas dan Mandiri Untuk Mewujudkan Pelayanan Kesehatan Paripurna Menuju Masyarakat Bone yang Sehat.”

MISI:

1. Meningkatkan kualitas dan ketersediaan sarana dan prasarana.
2. Meningkatkan kualitas dan ketersediaan tenaga medis professional.
3. Meningkatkan kualitas manajemen pelayanan melalui peningkatan pengaturan dan penegakannya.
4. Meningkatkan profesionalisme manajemen keuangan dan operasional yang efektif dan efisien.
5. Meningkatkan fungsi rumah sakit dalam pelayanan preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif.

Tabel. 2.1
HUBUNGAN ANTARA MISI, TUJUAN DAN SASARAN
RSUD TRNRIAWARU KELAS B
TAHUN 2013-2018

NO	MISI	TUJUAN	SASARAN
1	Meningkatkan kualitas dan ketersediaan sarana dan prasarana	Mewujudkan Sarana dan Prasarana sesuai standar RS Kelas B	Meningkatnya sarana dan prasarana sesuai standar Rumah Sakit Kelas B
2	Meningkatkan kualitas dan ketersediaan tenaga medis professional.	Mewujudkan peningkatan kualitas dan ketersediaan SDM RS	Meningkatnya kualitas dan ketersediaan SDM RS
3	Meningkatkan kualitas manajemen pelayanan melalui peningkatan pengaturan dan penegakannya.	Mewujudkan Akreditasi RS Versi 2012	Terlaksananya Akreditasi RS Versi 2012
4	Meningkatkan profesionalisme manajemen keuangan dan operasional yang efektif dan efisien.	Mewujudkan kemandirian Rumah Sakit	Meningkatnya kemandirian keungan Rumah Sakit.
5	Meningkatkan fungsi rumah sakit dalam pelayanan preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif.	Mewujudkan pelayanan kesehatan yang berkualitas	Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan pada masyarakat.

MISI, TUJUAN DAN SASARAN

Mengacu kepada misi yang telah ditetapkan, maka ditetapkan tujuan dan sasaran yang hendak dicapai atau dihasilkan dalam kurun waktu 5 tahun.

Misi 1 : Meningkatkan kualitas dan ketersediaan sarana dan prasarana.

Tujuan : Mewujudkan sarana Prasarana sesuai standar Rumah sakit Kelas B.

Sasaran : Meningkatnya sarana & prasarana sesuai standar Rumah Sakit Kelas B

Misi 2 : Meningkatkan kualitas dan ketersediaan tenaga medis professional.

Tujuan : Mewujudkan peningkatan kualitas dan ketersediaan SDM Rumah Sakit.

Sasaran : Meningkatnya kualitas dan ketersediaan SDM RS

Misi 3 : Meningkatkan kualitas manajemen pelayanan melalui peningkatan pengaturan dan penegakannya.

Tujuan : Mewujudkan Akreditasi Rumah SakitVersi 2012

Sasaran : Terakreditasinya RS Versi 2012

Misi 4 : Meningkatkan profesionalisme manajemen keuangan dan operasional yang efektif dan efisien.

Tujuan : Mewujudkan kemandirian keuangan Rumah Sakit

Sasaran : Meningkatnya kemandirian keungan Rumah Sakit.

Misi 5 : Meningkatkan fungsi rumah sakit dalam pelayanan preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif.

Tujuan : Mewujudkan pelayanan kesehatan yang berkualitas kepada masyarakat.

Sasaran : Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan pada masyarakat

PROGRAM UNTUK PENCAPAIAN SASARAN

Berdasarkan visi, misi, tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam Perubahan RENSTRA, maka upaya pencapaiannya kemudian dijabarkan secara lebih sistematis melalui perumusan program-program. Adapun program-program untuk mendukung masing-masing sasaran tahun 2018 sebagai berikut:

Tabel 2.2
Program Untuk Pencapaian Sasaran Tahun 2018

SASARAN	PROGRAM PENDUKUNG
Meningkatnya sarana dan prasarana sesuai standar Rumah Sakit Kelas B Meningkatnya kualitas SDM rumah sakit.	Program Pengadaan, Peningkatan Sarana dan Prasarana RS/ RS Jiwa/ RS Paru-paru/ RS Mata
Terakreditasinya RS Versi 2012	Program Pelayanan Kesehatan BLUD
Meningkatnya kualitas SDM rumah sakit.	Program Pelayanan Kesehatan BLUD
Mewujudkan kemandirian Rumah Sakit	Program Pelayanan Kesehatan BLUD
Mewujudkan pelayanan kesehatan yang berkualitas	Program Pelayanan Kesehatan BLUD

2.2 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 Tenriawaru Bone telah menetapkan IKU sebagai berikut:

Tabel 2.3
Indikator Kinerja Utama RSUD Tenriawaru Bone Tahun 2018

SASARAN	INDIKATOR KINERJA UTAMA	SATUAN	FORMULASI PERHITUNGAN	SUMBER DATA
Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan pada masyarakat.	- Bed Occupancy Rate (BOR) 60-85%	%	<u>Formulasi Perhitungan:</u> Jumlah Hari Perawatan Rumah Sakit dibagi Jumlah Tempat Tidur dikali Jumlah Hari dalam satu periode dikali 100%.	Data Kegiatan Pelayanan (Bag. Pelayanan)
	- Average Lenght of Stay (ALOS) 6-9Hari	Hari	<u>Formulasi Perhitungan:</u> Jumlah Lama dirawat dibagi dibagi Jumlah Pasien Keluar (Hidup+Mati)	
	- Bed Turn Over (BTO) 40-50 Kali	Kali	<u>Formulasi Perhitungan:</u> Jumlah Pasien Keluar (Hidup+Mati) dibagi Jumlah Tempat Tidur.	
	- Turn Over Interval (TOI) 1-3 Hari	Hari	<u>Formulasi Perhitungan:</u> (Jumlah Tempat Tidur dikali periode)dikurangi Hari Perawatan dibagi Jumlah Pasien Keluar (Hidup+Mati)	
	- Net Death Rate (NDR) ≤25%	‰	<u>Formulasi Perhitungan:</u> Jumlah Pasien Mati Seluruhnya dibagi Jumlah Pasien Keluar (Hidup+Mati) dikali 1000	
	- Gross Date Rate (GDR) ≤45%	‰	<u>Formulasi Perhitungan:</u> Jumlah Pasien Mati >48 Jam dirawat dibagi Jumlah Pasien Keluar (Hidup+Mati) dikali 1000	
	- Indeks Kepuasan Masyarakat 90%	%	<u>Formulasi Perhitungan:</u> Jumlah Total dari Nilai Persepsi Per Unsur dibagi Total Unsur yang terisi dikali Nilai Penimbang	Data Survey (Bag. Diklat)

2.3 PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2018

Perjanjian Kinerja (PK) merupakan dokumen pernyataan/ kesepakatan antara atasan dan bawahan untuk mencapai target kinerja yang ditetapkan satu instansi. Dokumen ini memuat sasaran strategis, indikator kinerja dan target kinerja beserta program dan anggaran. Penyusunan PK 2018 dilakukan dengan mengacu kepada Perubahan RENSTRA, RENCANA KERJA (RENJA) 2018, IKU dan APBD.

Sebagai wujud komitmen RSUD Tenriawaru Bone dalam pencapaian target kinerja tahunan yang telah tercantum dalam Renja/ RKT Tahun 2018 maka telah ditetapkan PK tahun 2018 yang ditandatangani bersama oleh Direktur dengan Bapak Bupati Bone (tersaji dalam Lampiran). Ringkasan PK RSUD Tenriawaru Bone tersaji dalam tabel berikut ini:

Tabel 2.4
Perjanjian Kinerja RSUD Tenriawaru Bone Tahun 2018

SASARAN	INDIKATOR	SATUAN	TARGET TAHUN 2018
Meningkatnya sarana dan prasarana sesuai standar Rumah Sakit Kelas B Meningkatnya kualitas SDM rumah sakit.	- Pengadaan Gedung pada Th berjalan - Pengadaan IPAL - Pengadaan Alat Kesehatan Th berjalan - Pengadaan Ambulance/ Mobil Jenazah - Pemeliharaan Alkes (Kalibrasi Alat)	- Paket - Paket - Paket - Unit - %	- 2 Paket - 1 Paket - 4 Paket - 2 Unit - 100%
Meningkatnya kualitas SDM rumah sakit	- Jumlah karyawan terlatih sesuai standar SDM RS - Rata- rata Pelatihan Karyawan, 20Jam/Org/ Thn >60%.	- Org - %	- 350 Org - 60%
Terakreditasinya RS Versi 2012	- Elemen- elemen Penilaian akreditasi Versi 2012	- Predikat Paripurna	- Predikat Paripurna
Mewujudkan kemandirian Rumah Sakit	- Cost Recovery Rate (CRR)≥40% - Tingkat Kemandirian Keuangan RS.	- % - %	- 80% - 100%
Mewujudkan pelayanan kesehatan yang berkualitas	- Bed Occupancy Rate (BOR) 60-85% - Average Lenght of Stay (ALOS) 6-9Hari - Bed Turn Over (BTO) 40-50 Kali - Turn Over Interval (TOI) 1-3 Hari - Net Death Rate (NDR) ≤25‰ - Gross Date Rate (GDR) ≤45‰ - Indeks Kepuasan Pelanggan 90%	- % - Hari - Kali - Hari - ‰ - ‰ - %	- 70% - 3Hari - 40Kali - 2Hari - 15‰ - 35‰ - 90%

2.4 RENCANA ANGGARAN TAHUN 2018

Berdasarkan Dokumen Perubahan Pelaksanaan Anggaran (DPPA) RSUD Tenriawaru Bone maka jumlah pendanaan yang dimungkinkan untuk dibelanjakan pada Tahun Anggaran 2018 adalah sebesar Rp.114.821.749.482,- yang digunakan untuk membiayai Belanja Tidak Langsung dan Belanja Langsung. Secara rinci rencana anggaran Belanja Tidak Langsung dan Belanja Langsung dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 2.5
Rencana Belanja RSUD Tenriawaru Bone Tahun 2018

No	Uraian	Pagu Anggaran Sebelum & Sesudah Perubahan	
		DPA No. 49 Tahun 2017 Tanggal 28 Desember 2017	DPPA No. 22 Tahun 2017 Tanggal 11 Oktober 2018
1	Belanja Tidak Langsung	19.336.217.600	18.523.595.800
2	Belanja Langsung	92.344.682.000	96.298.153.682
Jumlah		111.681.079.600	114.821.749.482

Alokasi anggaran belanja langsung tahun 2018 setelah mengalami perubahan sebesar Rp. 96.298.153.682 (Sembilan puluh enam milyar Dua ratus sembilan puluh delapan juta seratus lima puluh tiga ribu enam ratus delapan

puluh dua rupiah) yang dialokasikan untuk membiayai program-program yang langsung mendukung pencapaian sasaran adalah sebagai berikut :

Tabel 2.6
Alokasi per Sasaran Tahun Anggaran 2018

SASARAN	INDIKATOR	PROGRAM	KEGIATAN	ANGGARAN (Rp)	% ANGGARAN
Meningkatnya sarana dan prasarana sesuai standar Rumah Sakit Kelas B	<ul style="list-style-type: none">- Peningkatan Persentase Cakupan Ketersediaan Sarana dan Prasarana Sesuai Standar RS Kelas B- Peningkatan Persentase Cakupan Ketersediaan Alat- alat Kesehatan RS Sesuai Standar RS Kelas B- Peningkatan Persentase Cakupan Pemeliharaan Gedung dan Alat- alat Kesehatan RS	Pengadaan, Peningkatan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit/ Rumah Sakit Jiwa/ Rumah Sakit Paru-paru/ Rumah Sakit Mata.	<ul style="list-style-type: none">- Penambahan Ruang Rawat Inap Rumah Sakit (VVIP, VIP, Kelas I, II, III)- Pengembangan Ruang Laboratorium RS- Pengadaan Alat-alat Kesehatan Rumah Sakit.- Pengadaan Alat-alat Kesehatan RS (Lanjutan)	20.416.555.000 753.300.000 200.000.000 3.753.291.682	26,09
Meningkatnya kualitas SDM rumah sakit.	<ul style="list-style-type: none">- Persentase Peningkatan Kualitas & Kuantitas SDM RS sesuai Standar RS Kelas B	Pelayanan Kesehatan BLUD	Pelayanan Kesehatan BLUD RSUD		73,91
Terakreditasinya RS Versi 2012	<ul style="list-style-type: none">- Elemen- elemen Penilaian akreditasi Versi 2012	Pelayanan Kesehatan BLUD	Pelayanan Kesehatan BLUD RSUD		
Meningkatnya kemandirian keungan Rumah Sakit.	<ul style="list-style-type: none">- Cost Recovery Rate (CRR).≥40%- Tingkat Kemandirian Keuangan RS.	Pelayanan Kesehatan BLUD	Pelayanan Kesehatan BLUD RSUD		
Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan pada masyarakat.	<ul style="list-style-type: none">- Bed Occupancy Rate (BOR) 60-85%- Average Lenght of Stay (ALOS) 6-9Hari- Bed Turn Over (BTO) 40-50 Kali- Turn Over Interval (TOI) 1-3 Hari- Net Death Rate (NDR) ≤25%- Gross Date Rate (GDR) ≤45%- Indeks Kepuasan Masyarakat 90%	Pelayanan Kesehatan BLUD	Pelayanan Kesehatan BLUD RSUD	71.175.007.000	

Pada tabel di atas jumlah anggaran untuk melaksanakan program/ kegiatan sebesar Rp.114.821.749.482,- (Seratus Empat Belas Milyar Delapan Ratus Dua Puluh Satu Juta Tujuh Ratus Empat Puluh Sembilan Ribu Empat Ratus Delapan Puluh Dua Rupiah) dengan prosentase terbesar anggaran yang mendukung tiga sasaran yaitu Meningkatnya kualitas SDM rumah sakit, Terakreditasinya RS Versi 2012, Meningkatnya kemandirian keungan Rumah Sakit dan Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan pada masyarakat sebesar Rp.71.175.007.000,- (Tujuh Puluh Satu Milyar Seratus Tujuh Puluh Lima Juta Tujuh Ribu Rupiah), 73,91%. Sasaran lain dengan anggaran yang juga relatif besar adalah sasaran Meningkatnya sarana dan prasarana sesuai standar Rumah Sakit Kelas B sebesar Rp.24.982.539.783,- (Dua Puluh Empat Milyar Sembilan Ratus Delapan Puluh Dua Juta Lima Ratus Tiga Puluh Sembilan Ribu Tujuh Ratus Delapan Puluh Tiga Rupiah) atau 26,09 %.

BAB III
AKUNTABILITAS KINERJA

Akuntabilitas RSUD Tenriawaru Bone tahun 2018 diukur berdasarkan capaian kinerja organisasi sesuai dengan Perjanjian KinerjaRSUD Tenriawaru Bone pada tahun 2018. Akuntabilitas Kinerja ini menyajikan hasil pengukuran kinerja terhadap target capaian kinerja organisasi untuk setiap pernyataan kinerja dari sasaran-sasaran strategis yang telah ditetapkan beserta realisasi anggaran yang telah digunakan untuk mewujudkan kinerja organisasi berdasarkan dokumen Perjanjian Kinerja Tahun 2018 dan Perubahan Rencana Strategis (RENSTRA) Tahun 2013-2018.

Untuk mempermudah interpretasi atas pencapaian sasaran dan indikator kinerja sasaran digunakan skala pengukuran ordinal dengan pendekatan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 86 Tahun 2017 Tata Cara Perencanaan, Pengendalian Dan Evaluasi Pembangunan Daerah, Tata Cara Evaluasi Rancangan Peraturan Daerah Tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah Dan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah, Serta Tata Cara Perubahan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah, dan Rencana Kerja Pemerintah Daerah, sebagai berikut :

Tabel 3.1
Skala Pengukuran Ordinal Kinerja

NO	INTERVAL NILAI REALISASI KINERJA	KRITERIA PENILAIAN REALISASI KINERJA
1	>100 %	Baik Sekali
2	76 % ≤ 100%	Baik
3	66 % ≤ 75 %	Cukup
4	51 % ≤ 65 %	Kurang
5	≤ 50%	Sangat Kurang

Berdasarkan tabel tersebut di atas, setiap indikator kinerja dari sasaran yang diperjanjikan dalam perjanjian kinerja tahun 2018, dapat dinilai kriteria realisasi kinerjanya berdasarkan persentase capaian kinerja yang diperoleh dari perbandingan antararealisasi kinerja dengan target kinerja yang telah ditetapkan.

3.1 CAPAIAN KINERJA ORGANISASI

Laporan Kinerja RSUD Tenriawaru Bone Tahun 2018 pada intinya mencakup data realisasi dan evaluasi hasil capaian kinerja organisasi pada tahun 2018. Hal ini diperoleh melalui analisis dan perbandingan capaian kinerja untuk

setiap pernyataan kinerja dari sasaran strategis dalam perjanjian kinerja tahun 2018. Tahapan evaluasi capaian kinerja dari tiap sasaran strategis, meliputi :

1. Perbandingan antara target dengan realisasi capaian kinerja tahun 2018;
2. Perbandingan antara realisasi capaian kinerja tahun 2018 dengan realisasi capaian kinerja tahun sebelumnya;
3. Perbandingan antara realisasi capaian kinerja hingga tahun 2018 dengan target jangka menengah yang telah ditetapkan dalam dokumen perubahan perencanaan strategis (Renstra) tahun 2013-2018;
4. Perbandingan realisasi capaian kinerja tahun 2018 dengan standar nasional (jika ada);
5. Analisis penyebab keberhasilan/ kegagalan atau peningkatan/ penurunan kinerja serta alternatif solusi yang telah dilakukan;
6. Analisis program/ kegiatan yang menunjang keberhasilan/ kegagalan pencapaian target kinerja;
7. Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya.

Hasil evaluasi capaian kinerja untuk setiap pernyataan kinerja dari setiap sasaran strategis dalam Perjanjian Kinerja RSUD Tenriawaru Bone tahun 2018, selanjutnya akan diuraikan berdasarkan ketujuh tahapan evaluasi capaian kinerja tersebut.

CAPAIAN INDIKATOR KINERJA TAHUN 2018

Secara umum, *realisasi capaian kinerja RSUD Tenriawaru Bone bisa masuk kategori Baik (76 % ≤ 100%), berdasarkan indikator sasaran yang terdiri dari 5 (lima) sasaran dengan beberapa indikatornya masing-masing sebagaimana telah ditetapkan dalam Perjanjian Kinerja Tahun 2018.* Realisasi capaian indikator kinerja RSUD Tenriawaru Bone dibandingkan dengan target dari setiap sasaran strategis, dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 3.2
Capaian Indikator Kinerja RSUD Tenriawaru Bone Tahun 2018

N O	SASARAN	INDIKATOR KINERJA	TARGET 2018	REALISASI 2018	CAPAIAN (%)	KRITERIA KINERJA
1.	Meningkatnya sarana dan prasarana sesuai standar Rumah Sakit Kelas B	- Pengadaan Gedung pada Th berjalan - Pengadaan IPAL - Pengadaan Alat Kesehatan Th berjalan - Pengadaan Ambulance/ Mobil Jenazah - Pemeliharaan Alkes (Kalibrasi Alat)	- 2 Paket - 1 Paket - 4 Paket - 2 Unit - 100%	- 2 Paket - 0 Paket - 1 Paket - 0 Paket - 82,89%	- 100% - 0% - 25% - 0% - 83%	- Baik - Sangat Kurang - Sangat Kurang - Sangat Kurang - Baik
2.	Meningkatnya kualitas SDM rumah sakit.	- Jumlah karyawan terlatih sesuai standar SDM RS - Rata- rata Pelatihan	- 350 Org - 60%	- 451 Org - 16,49%	- 129% (Bersertifikat Pelatihan) - 24,41%	- Sangat Baik - Sangat Kurang

		Karyawan, 20Jam/Org/ Thn >60%.				
3.	Terakreditasinya RS Versi 2012	- Elemen- elemen Penilaian akreditasi Versi 2012	- Predikat Paripurna	- Verifikasi (Predikat Paripurna)	- 100%	- Baik
4.	Meningkatnya kemandirian keuangan Rumah Sakit.	- Cost Recovery Rate (CRR) ≥40% - Tingkat Kemandirian Keuangan RS.	- 80% - 100%	- 97,08 % - 168,7 %	- 121,35 % - 168,7 %	- Sangat Baik - Sangat Baik
5.	Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan pada masyarakat.	- Bed Occupancy Rate (BOR) 60-85% - Average Lenght of Stay (ALOS) 6-9Hari - Bed Turn Over (BTO) 40-50 Kali - Turn Over Interval (TOI) 1-3 Hari - Net Death Rate (NDR) ≤25% - Gross Date Rate (GDR) ≤45% - Indeks Kepuasan Pelanggan 90%	- 70% - 3Hari - 40Kali - 2Hari - 15% - 35% - 90%	- 51% - 4Hari - 52Kali - 3Hari - 23% - 45% - 91,29%	- Belum sesuai Standar - Belum sesuai Standar - Belum sesuai Standar - Sesuai Standar - Sesuai Standar - Sesuai Standar	- Kurang - Sangat kurang - Kurang - Cukup - Cukup - Cukup - Baik

Indikator Kinerja Utama merupakan ukuran keberhasilan dari suatu tujuan dan sasaran strategis organisasi. Pemilihan dan Penetapan Indikator Kinerja Utama harus memenuhi karakteristik yang spesifik, dapat dicapai, relevan, menggambarkan keberhasilan sesuatu yang diukur dan dapat dikuantifikasi. Capaian Indikator Kinerja Utama RSUD Tenriawaru Bone Tahun 2018 terhadap target kinerja Tahun 2018 dan sasaran strategis RPJMD Tahun 2013-2018, dapat digambarkan melalui tabel di bawah ini:

Tabel 3.3.
Capaian Indikator Kinerja Utama RSUD Tenriawaru Bone
Tahun 2018

NO	INDIKATOR KINERJA UTAMA	TARGET 2018	REALISASI 2018	CAPAIAN (%)
1.	Bed Occupancy Rate (BOR) 60-85%	- 70%	- 51%	- Belum sesuai Standar
2.	Average Lenght of Stay (ALOS) 6-9Hari	- 3Hari	- 4Hari	- Belum sesuai Standar
3.	Bed Turn Over (BTO) 40-50 Kali	- 40Kali	- 52Kali	- Belum sesuai Standar
4.	Turn Over Interval (TOI) 1-3 Hari	- 2Hari	- 3Hari	- Sesuai Standar
5.	Net Death Rate (NDR) ≤25%	- 15%	- 23%	- Sesuai Standar
6.	Gross Date Rate (GDR) ≤45%	- 35%	- 45%	- Sesuai Standar
7.	Indeks Kepuasan Pelanggan 90%	- 90%	- 91,29%	- Sesuai Standar

Tabel 3.4
Capaian Kinerja RSUD Tenriawaru Bone Tahun 2018
Terhadap Target Indikator Kinerja dari Sasaran Strategis RPJMD
Tahun 2013-2018

SASARAN RPJMD	INDIKATOR KINERJA	TARGET RPJMD	REALISASI 2018	CAPAIAN (%)
Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan pada masyarakat.	Bed Occupancy Rate (BOR) 60-85%	- 70%	- 51%	- Belum sesuai Standar
	Average Lenght of Stay (ALOS) 6-9Hari	- 3Hari	- 4Hari	- Belum sesuai Standar
	Bed Turn Over (BTO) 40-50 Kali	- 40Kali	- 52Kali	- Belum sesuai Standar
	Turn Over Interval (TOI) 1-3 Hari	- 2Hari	- 3Hari	- Sesuai Standar
	Net Death Rate (NDR) ≤25%	- 15%	- 23%	- Sesuai Standar
	Gross Date Rate (GDR) ≤45%	- 35%	- 45%	- Sesuai Standar
	Indeks Kepuasan Pelanggan 90%	- 90%	- 91,29%	- Sesuai Standar

PERBANDINGAN CAPAIAN KINERJA

Dari hasil pelaksanaan program/ kegiatan RSUD Tenriawaru Bone pada tahun 2018 sesuai dengan pernyataan kinerja yang telah diperjanjikan, maka untuk mengevaluasi capaian kinerjanya dapat diketahui dengan melihat indikator- indikator yang terkait dengan sasaran, program dan kegiatan yang telah ditetapkan.

Realisasi kinerja dari setiap indikator sasaran selanjutnya menjadi bahan evaluasi capaian kinerja organisasi. Evaluasi capaian kinerja dilakukan berdasarkan tujuh tahapan sebagaimana telah dijelaskan sebelumnya yang secara umum meliputi perbandingan dan analisis terkait realisasi kinerja dari setiap indikator kinerja sasaran strategis pada tahun 2018.

Berdasarkan format Pengukuran Kinerja yang telah dibuat dengan merujuk pada Indikator Kinerja Utama (IKU), RENSTRA dan RPJMD tahun 2013-2018, maka tingkat capaian Pengukuran Kinerja Kegiatan Tahun 2018 dari RSUD Tenriawaru Bone dapat dijelaskan melalui uraian tiap sasaran strategis berikut ini:

A. Sasaran 1:

Meningkatnya sarana dan prasarana sesuai standar Rumah Sakit Kelas B

1. Perbandingan Antara Target dan Realisasi Kinerja dari Sasaran 1

Tabel 3.5.1
Capaian Kinerja Sasaran 1- Tahun 2018

No	Indikator Kinerja	Target 2018	Realisasi 2018	Capaian Kinerja
1.	Pengadaan Gedung pada Th berjalan	1 Paket	2 Paket	100% (Baik)
2.	Pengadaan IPAL	1 Paket	0 Paket	0% (Sangat Kurang)
3.	Pengadaan Alat Kesehatan Th berjalan	4 Paket	1 Paket	25% (Sangat Kurang)
4.	Pengadaan Ambulance/ Mobil Jenazah	2 Unit	0 Paket	0% (Sangat Kurang)
5.	Pemeliharaan Alkes (Kalibrasi Alat)	100%	82,89%	83% (Baik)

2. Perbandingan Antara Realisasi Kinerja Tahun 2018 dengan Realisasi Kinerja Tahun Sebelumnya dari Sasaran 1

Tabel 3.6.1
Perkembangan Capaian Kinerja Sasaran 1- Tahun 2014-2018

Indikator Kinerja	Realisasi Capaian Kinerja				
	2014	2015	2016	2017	2018
Pengadaan Gedung pada Th berjalan	- 0 Pkt	- 3 Pkt	- 7 Pkt	- 4 Pkt	- 2 Pkt
Pengadaan IPAL	-	-	-	-	-
Pengadaan Alat Kesehatan Th berjalan	- 32 Unit/Bh (2Pkt)	- 141 Unit/Bh (3Pkt)	- 396 Unit/Bh (4Pkt)	- 192 Unit/Bh (6Pkt)	- 14 Unit/Bh (1Pkt)
Pengadaan Ambulance/ Mobil Jenazah	-	-	- 1Unit	- 2 Unit	-
Pemeliharaan Alkes (Kalibrasi Alat)	- 85%	- 85%	- 73,91%	- 97,45%	- 82,89%

3. Perbandingan Antara Realisasi Kinerja Tahun 2018 dengan Target Jangka Menengah (RENSTRA) Tahun 2013-2018 dari Sasaran 1

Tabel 3.7.1
Capaian Kinerja Sasaran 1 - Tahun 2018 Terhadap Target Akhir Renstra 2013-2018

No.	Indikator Kinerja	Target Akhir RENSTRA	Realisasi 2018	Capaian Kinerja
1.	Pengadaan Gedung pada Th berjalan	- 2 Paket	- 2 Paket	- 100% (Baik)
2.	Pengadaan IPAL	-	- 0 Paket	- 0% (Sangat Kurang)
3.	Pengadaan Alat Kesehatan Th berjalan	- 17 Paket	- 1 Paket	- 25% (Sangat Kurang)
4.	Pengadaan Ambulance/ Mobil Jenazah	- 6 Unit	- 0 Paket	- 0% (Sangat Kurang)
5.	Pemeliharaan Alkes (Kalibrasi Alat)	- 100%	- 82,89%	- 83% (Baik)

4. Perbandingan Antara Realisasi Kinerja Tahun 2018 dengan Standar Nasional dari Sasaran 1

Sampai tahun 2018 Capaian Kinerja terkait dengan sarana dan prasarana sesuai standar Rumah Sakit Kelas B antara lain adalah ketersediaan alat kesehatan, berdasar Permenkes 56 Tahun 2014 ketersediaan alat kesehatan di RSUD Tenriawaru Bone baru mencapai 69,3%.

5. Analisis Penyebab Keberhasilan/ Kegagalan Atau Peningkatan/ Penurunan Kinerja serta Alternatif Solusi yang telah dilakukan dari Sasaran 1

Dari Tabel 3.5.1.diatas dapat dilihat bahwa realisasi capaian kinerja sasaran 1 didukung oleh beberapa Indikator yaitu: Pengadaan Bangunan, Pengadaan Alat Kesehatan, Pemeliharaan Alkes (Kalibrasi Alat). Terkait dengan sarana dan prasarana sesuai standar Rumah Sakit Kelas B, Penambahan gedung, alat-alat kesehatan dan biaya pemeliharaan rutin untuk tiap tahunnya dapat di penuhi dengan menggunakan beberapa sumber dana antara lain biaya operasional Rumah Sakit dan dana bantuan pemerintah pusat.

Target pemenuhan sarana dan prasarana sesuai standar Rumah Sakit Kelas B tercapai dengan cara membuat usulan bantuan melalui anggaran DAK, DAU, APBN juga melakukan kerja sama dengan pihak ketiga. Selain indikator kegiatan yang ada di tahun 2018 pencapaian indikator program juga didukung oleh kegiatan pemeliharaan gedung, Alkes dan pengadaan Ambulance/ Mobil Jenazah. RSUD Tenriawaru optimis dapat memenuhi target ketersediaan sarana Rumah Sakit sesuai standar RS kelas B. Status RSUD Tenriawaru sebagai rumah sakit Region, diharapkan dapat menerima pasien Rujukan kabupaten sekitarnya. Kondisi ini memberi kesempatan RSUD Tenriawaru mendapat bantuan anggaran dari Pemerintah Pusat untuk pengembangannya.

6. Analisis Program dan Kegiatan yang Menunjang Pencapaian Kinerja dari Sasaran 1

Tabel 3.8.1
Program dan Kegiatan Penunjang Capaian Kinerja Sasaran 1

N O	INDIKATOR	PROGRAM	KEGIATAN	ANGGARAN (Rp)	REALISASI (Rp)	%
1	Peningkatan Persentase Cakupan Ketersediaan Sarana dan Prasarana Sesuai Standar RS Kelas B	Pengadaan, Peningkatan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit/ Rumah Sakit Jiwa/ Rumah Sakit Paru- paru/ Rumah Sakit Mata.	- Penambahan Ruang Rawat Inap Rumah Sakit (VVIP, VIP, Kelas I, II, III)	20.416.555.000	20.319.137.385	99,52
			- Pengembangan Ruang Laboratorium RS	753.300.000	734.115.443	97,45
			- Pengadaan Alat-alat Kesehatan Rumah Sakit.	200.000.000	175.995.273	88,00
			- Pengadaan Alat-alat Kesehatan RS (Lanjutan)	3.753.291.682	3.753.291.682	100

Program strategis yang dilaksanakan untuk pencapaian kinerja indikator sasaran ini adalah Program Pengadaan, Peningkatan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit/ Rumah Sakit Jiwa/ Rumah Sakit Paru-paru/ Rumah Sakit Mata. Tujuan dari program dan kegiatan ini adalah mendorong Peningkatan Persentase Cakupan Ketersediaan Sarana dan Prasarana Sesuai Standar RS

Kelas B. Hal ini dilaksanakan melalui beberapa Kegiatan yaitu Penambahan Ruang Rawat Inap Rumah Sakit (VVIP, VIP, Kelas I, II, III) Target capaiannya yaitu Pembangunan Tahap II Gedung Perawatan 5 LT (Pekerjaan Arsitek, Mekanikal dan Elektrikal). Pengembangan Ruang Laboratorium RS capaiannya adalah penambahan 2 Ruangan Laboratorium dan Pengadaan Alat-alat Kesehatan untuk memenuhi kebutuhan Alat kesehatan RS untuk seluruh pasien, berupa Alat Kesehatan Kedokteran Umum Tensimeter Digital Stand (11 Unit) dan Tensimeter Digital Desktop (3 Unit). Seluruh kegiatan yang terlaksana pada program Pengadaan, Peningkatan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit/ Rumah Sakit Jiwa/ Rumah Sakit Paru-paru/ Rumah Sakit Mata, terealisasi 100%

7. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya dari Sasaran 1

Tabel 3.9.1
Efisiensi Penggunaan Sumber Daya pada Capaian Kinerja Sasaran 1

No	Indikator Kinerja	%Capaian Kinerja	%Realisasi Anggaran	Efisiensi (3-4)
1	2	3	4	5
1	Penambahan Ruang Rawat Inap Rumah Sakit (VVIP, VIP, Kelas I, II, III)	100	99,52	0,48
2	Pengembangan Ruang Laboratorium RS	100	97,45	2,55
3	Pengadaan Alat-alat Kesehatan Rumah Sakit.	100	88,00	12,00
4	Pengadaan Alat-alat Kesehatan RS (Lanjutan)	100	100	0

Efisiensi penggunaan sumber daya anggaran untuk pencapaian kinerja sasaran ini cukup baik dengan nilai efisiensi sebesar 3,76%, dimana realisasi penggunaan anggarannya (sebesar 96,24%) lebih kecil nilainya dibandingkan dengan persentase realisasi capaian kinerjanya (sebesar 100%).

B. Sasaran 2:

Meningkatnya Kualitas SDM Rumah Sakit

1. Perbandingan Antara Target dan Realisasi Kinerja dari Sasaran 2

Tabel 3.5.2
Capaian Kinerja Sasaran 2- Tahun 2018

No	Indikator Kinerja	Target 2018	Realisasi 2018	Capaian Kinerja
1.	Jumlah karyawan terlatih sesuai standar SDM RS	350 Org	451 Org (Bersertifikat Pelatihan)	129% (Sangat Baik)
2.	Rata- rata Pelatihan Karyawan, 20Jam/Org/ Thn >60%.	60%	16,49%	24,41% (Sangat Kurang)

2. *Perbandingan Antara Realisasi Kinerja Tahun 2018 dengan Realisasi Kinerja Tahun Sebelumnya dari Sasaran 2*

Tabel 3.6.2
Perkembangan Capaian Kinerja Sasaran 2- Tahun 2014-2018

Indikator Kinerja	Realisasi Capaian Kinerja				
	2014	2015	2016	2017	2018
Jumlah karyawan terlatih sesuai standar SDM RS	- 622 Org (Bersertifikat Pelatihan)	- 550 Org (Bersertifikat Pelatihan)	- 834 Org (Bersertifikat Pelatihan)	- 255 Org (Bersertifikat Pelatihan)	- 451 Org (Bersertifikat Pelatihan)
Rata- rata Pelatihan Karyawan, 20Jam/Org/ Thn >60%.	- 8%	- 20%	- 87%	- 14,65%	- 16,49%

3. *Perbandingan Antara Realisasi Kinerja Tahun 2018 dengan Target Jangka Menengah (RENSTRA) Tahun 2013-2018 dari Sasaran 2*

Tabel 3.7.2
Capaian Kinerja Sasaran 2 - Tahun 2018 Terhadap Target Akhir Renstra 2013-2018

No	Indikator Kinerja	Target Akhir RENSTRA	Realisasi 2018	Capaian Kinerja
1.	Jumlah karyawan terlatih sesuai standar SDM RS	-	- 451 Org (Bersertifikat Pelatihan)	-
2.	Rata- rata Pelatihan Karyawan, 20Jam/Org/ Thn >60%.	-	- 16,49%	-

4. *Perbandingan Antara Realisasi Kinerja Tahun 2018 dengan Standar Nasional dari Sasaran 2*

Sampai tahun 2018 Capaian Kinerja terkait dengan peningkatan kualitas SDM RS belum dapat memenuhi standar yaitu Rata- rata Pelatihan Karyawan, 20Jam/Org/ Thn >60%, Perhitungan Indikator Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit berdasarkan Peraturan Bupati Bone Nomor 32 Tahun 2010. Namun, pengukuran capaian SPM di RSUD Tenriawaru juga berpedoman kepada Peraturan Gubernur Propinsi Sulawesi Selatan No. 139 Tahun 2009 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit di Provinsi Sulawesi Selatan dan Peraturan Menteri Kesehatan No. 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Hingga saat ini pencapaian SPM rumah sakit yang harus dipenuhi untuk mewujudkan peningkatan kualitas SDM capaiannya masih yaitu 16,49% yang seharusnya lebih besar dari 60%.

5. *Analisis Penyebab Keberhasilan/ Kegagalan Atau Peningkatan/ Penurunan Kinerja serta Alternatif Solusi yang telah dilakukan dari Sasaran 2*

Dari Tabel 3.5.2.diatas dapat dilihat bahwa realisasi capaian kinerja sasaran 2 didukung oleh beberapa Indikator yaitu: Jumlah karyawan

terlatih sesuai standar SDM RS dan Rata- rata Pelatihan Karyawan, 20Jam/Org/ Thn >60%. Pencapaian target sasaran pada tahun 2018 tidak tercapai karena tidak adanya bantuan dana dari pusat untuk pendidikan dan pelatihan serta minimnya biaya pendidikan dan pelatihan ada kegiatan Pelayanan Kesehatan BLUD RSUD yang rata-rata hanya pada kisaran 4%, dari anggaran kegiatan tersebut. Indikator karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per orang per tahun menunjukkan angka yang belum memenuhi target yaitu hanya 14,59% selama tahun 2018. Sangat dibutuhkan Perencanaan peningkatan kualitas SDM RS yang dibuat berdasar persyaratan rumah sakit kelas B. Pencapaian target sasaran dibutuhkan komitmen yang besar terhadap penyediaan anggaran oleh pihak manajemen.

Untuk menangani masalah ini, Bagian yang menangani pendidikan dan pelatihan pegawai di RSUD Tenriawaru akan melakukan Training Need Assessment (TNA). Kegiatan itu bertujuan untuk memetakan kebutuhan pendidikan dan pelatihan bagi SDM rumah sakit. Hasil pemetaan dapat digunakan untuk mengadvokasi bagian perencanaan dan keuangan untuk menyiapkan anggaran yang memadai dalam rangka peningkatan kapasitas SDM rumah sakit sehingga dapat mencapai target yang telah ditetapkan.

6. Analisis Program dan Kegiatan yang Menunjang Pencapaian Kinerja dari Sasaran 2

Tabel 3.8.2
Program dan Kegiatan Penunjang Capaian Kinerja Sasaran 2

NO	INDIKATOR	PROGRAM	KEGIATAN	ANGGARAN (Rp)	REALISASI (Rp)	%
1.	Jumlah karyawan terlatih sesuai standar SDM RS	Pelayanan Kesehatan BLUD	Pelayanan Kesehatan BLUD RSUD	452.875.182	452.875.182	100
2.	Rata- rata Pelatihan Karyawan, 20Jam/Org/ Thn >60%.					

Tidak terdapat Program khusus yang digunakan untuk pelaksanaan pencapaian kinerja indikator sasaran ini. Program yang mendukung pencapaian sasaran adalah Program Pelayanan Kesehatan BLUD. Untuk mencapai target Indikator kinerja kegiatan ini menggunakan dana Pelayanan Kesehatan BLUD RSUD.

7. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya dari Sasaran 2

Tabel 3.9.2
Efisiensi Penggunaan Sumber Daya pada Capaian Kinerja Sasaran 2

No.	Indikator Kinerja	%Capaian Kinerja	%Realisasi Anggaran	Efisiensi (3-4)
1	2	3	4	5
1	Jumlah karyawan terlatih sesuai standar SDM RS	129% (Sangat Baik)	452.875.182 (100%)	
2	Rata- rata Pelatihan Karyawan, 20Jam/Org/ Thn >60%.	24,41% (Sangat Kurang)		

Efisiensi penggunaan sumber daya anggaran untuk pencapaian kinerja sasaran ini tidak ada dimana realisasi penggunaan anggarannya (sebesar 100%) yang dianggap sangat kecil nilainya dibandingkan dengan jumlah SDM rumah sakit sebanyak 812 orang yang harus selalu di tingkatkan kapasitasnya dalam pemberian pelayanan pada masyarakat.

C. Sasaran 3:

Terakreditasinya RS Versi 2012

1. Perbandingan Antara Target dan Realisasi Kinerja dari Sasaran 3

Tabel 3.5.3
Capaian Kinerja Sasaran 3- Tahun 2018

No	Indikator Kinerja	Target 2018	Realisasi 2018	Capaian Kinerja
1	Elemen- elemen Penilaian Akreditasi Versi 2012	Predikat Paripurna	Verifikasi (Predikat Paripurna)	100%

2. Perbandingan Antara Realisasi Kinerja Tahun 2018 dengan Realisasi Kinerja Tahun Sebelumnya dari Sasaran 3

Tabel 3.6.3
Perkembangan Capaian Kinerja Sasaran 3- Tahun 2014-2018

Indikator Kinerja	Realisasi Capaian Kinerja				
	2014	2015	2016	2017	2018
Elemen- elemen Penilaian Akreditasi Versi 2012	WorkShop, Pembimbingan	Diklat, Survey Simulasi	Penilaian (Predikat Utama)	Verifikasi I (Predikat Paripurna)	Verifikasi II (Predikat Paripurna)

3. Perbandingan Antara Realisasi Kinerja Tahun 2018 dengan Target Jangka Menengah (RENSTRA) Tahun 2013-2018 dari Sasaran 3

Tabel 3.7.3
Capaian Kinerja Sasaran 3 - Tahun 2018 Terhadap Target Akhir
Renstra 2013-2018

No	Indikator Kinerja	Target Akhir RENSTRA	Realisasi 2018	Capaian Kinerja
1.	Elemen- elemen Penilaian Akreditasi Versi 2012	Terakreditasi (Predikat Paripurna)	Visitasi II (Predikat Paripurna)	Baik

4. Perbandingan Antara Realisasi Kinerja Tahun 2018 dengan Standar Nasional dari Sasaran 3

Sampai tahun 2018 Capaian Kinerja terkait dengan Program Kegiatan Akreditasi rumah Sakit antara lain adalah terlaksananya beberapa kegiatan Elemen-elemen penilaian untuk Akreditasi Rumah Sakit dengan hasil baik sehingga menetapkan RSUD Tenriawaru sebagai salah satu RS yang dapat Terakreditasi Paripurna (Bintang 5).

5. Analisis Penyebab Keberhasilan/ Kegagalan Atau Peningkatan/ Penurunan Kinerja serta Alternatif Solusi yang telah dilakukan dari Sasaran 3

Dari Tabel 3.5.3.diatas dapat dilihat bahwa realisasi capaian kinerja sasaran 3 didukung oleh sumber dana PAD dari biaya operasional Rumah Sakit. Melalui Kegiatan Pelayanan Kesehatan BLUD RSUD. Predikat Paripurna dapat diperoleh mulai dari Persiapan, WorkShop, Pembimbingan, Diklat, Survey Simulasi hingga Penilaian Akreditasi oleh KARS. Indikator Capaian kinerja kegiatan Terakreditasi dengan **Predikat Paripurna** (Bintang 5.) RSUD Tenriawaru akan menjaga kepercayaan masyarakat pada kualitas pelayanan rumah sakit. Untuk menjaga Eksistensinya dibutuhkan adanya keberadaan, pelaksanaan, monitor, pengawasan dan evaluasi terhadap petunjuk teknis ataupun prosedur operasional. Program Standarisasi Pelayanan Kesehatan melaksanakan Kegiatan Evaluasi dan Pengembangan Standar Pelayanan Kesehatan sangat diharapkan mendukung tersedianya dokumen yang dapat digunakan sebagai panduan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan pada Masyarakat. Akan tetapi Program Standarisasi Pelayanan Kesehatan tidak dapat dilaksanakan di rumah sakit apabila tidak tersedia dana bantuan. Kegiatan keberadaan, pelaksanaan, monitor, pengawasan dan evaluasi terhadap petunjuk teknis ataupun prosedur operasional rumah sakit menggunakan sumber dana PAD.

6. Analisis Program dan Kegiatan yang Menunjang Pencapaian Kinerja dari Sasaran 3

Tabel 3.8.3
Program dan Kegiatan Penunjang Capaian Kinerja Sasaran 3

N O	INDIKATOR	PROGRAM	KEGIATAN	ANGGARAN (Rp)	REALISASI (Rp)	%
1	Elemen- elemen Penilaian akreditasi Versi 2012	Pelayanan Kesehatan BLUD	Pelayanan Kesehatan BLUD RSUD	28.400.000	28.400.000	100

Program strategis yang dilaksanakan untuk pencapaian kinerja indikator sasaran ini adalah Program Pelayanan Kesehatan BLUD yang mendukung Kegiatan Pelayanan Kesehatan BLUD RSUD. Target kegiatannya adalah pemenuhan Elemen-elemen Penilaian Akreditasi Versi 2012 oleh KARS dengan capaian Indikator Kegiatan Pelaksanaan adalah terAkreditasi RS Versi 2012, untuk mencapai *Predikat Paripurna* (Bintang 5) RSUD Tenriawaru telah melakukan *Visitasi* Ke 2 pada bulan Desember Tahun 2018 dengan memgggunakan dana pada Kegiatan Pelayanan Kesehatan BLUD RSUD dengan realisasi 100%

7. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya dari Sasaran 3

Tabel 3.9.3
Efisiensi Penggunaan Sumber Daya pada Capaian Kinerja Sasaran 3

No	Indikator Kinerja	%Capaian Kinerja	%Realisasi Anggaran	Efisiensi (3-4)
1	2	3	4	5
1	Elemen- elemen Penilaian akreditasi Versi 2012	100	100	0

Efisiensi penggunaan sumber daya anggaran untuk pencapaian kinerja sasaran ini tidak ada karena dana telah terencana sesuai peruntukannya dengan persentase realisasi capaian kinerjanya (sebesar 100%).

D. Sasaran 4:

Meningkatnya Kemandirian Keuangan Rumah Sakit

1. Perbandingan Antara Target dan Realisasi Kinerja dari Sasaran 4

Tabel 3.5.4
Capaian Kinerja Sasaran 4- Tahun 2018

No	Indikator Kinerja	Target 2018	Realisasi 2018	Capaian Kinerja
1.	Cost Recovery Rate (CRR).≥40%	80%	97,08 %	121,35 % (Sangat Baik)
2.	Tingkat Kemandirian Keuangan RS.	100%	168,7 %	168,7 % (Sangat Baik)

2. *Perbandingan Antara Realisasi Kinerja Tahun 2018 dengan Realisasi Kinerja Tahun Sebelumnya dari Sasaran 4*

Tabel 3.6.4
Perkembangan Capaian Kinerja Sasaran 4- Tahun 2014-2018

Indikator Kinerja	Realisasi Capaian Kinerja				
	2014	2015	2016	2017	2018
Cost Recovery Rate (CRR).≥40%	100,6 %	100,6 %	86,81 %	98 %	97,08 %
Tingkat Kemandirian Keuangan RS.	147,8 %	147,8 %	168,8 %	93,9 %	168,7 %

3. *Perbandingan Antara Realisasi Kinerja Tahun 2018 dengan Target Jangka Menengah (RENSTRA) Tahun 2013-2018 dari Sasaran 4*

Tabel 3.7.4
Capaian Kinerja Sasaran 4 - Tahun 2018 Terhadap Target Akhir Renstra 2013-2018

No	Indikator Kinerja	Target Akhir RENSTRA	Realisasi 2018	Capaian Kinerja
1.	Cost Recovery Rate (CRR).≥40%		121,35 %	(Sangat Baik)
2.	Tingkat Kemandirian Keuangan RS.		168,7 %	(Sangat Baik)

4. *Perbandingan Antara Realisasi Kinerja Tahun 2018 dengan Standar Nasional dari Sasaran 4*

5. *Analisis Penyebab Keberhasilan/ Kegagalan Atau Peningkatan/ Penurunan Kinerja serta Alternatif Solusi yang telah dilakukan dari Sasaran 4*

Dari Tabel 3.5.4.diatas dapat dilihat bahwa realisasi capaian kinerja sasaran 4 didukung oleh sumber dana PAD dari biaya operasional Rumah Sakit. Melalui Kegiatan Pelayanan Kesehatan BLUD RSUD. Seluruh Biaya operasional rumah sakit menggunakan sumber dana PAD. Meningkatnya kemandirian keuangan Rumah Sakit dapat diukur dengan menghitung Cost Recovery Rate (CRR). Rumah sakit yang baik bila capaian CRRnya adalah ≥40% kenyataan pada RSUD Tenriawaru CRR sebesar 97,08% bisa dikatakan rumah sakit telah bisa memenuhi kebutuhan operasionalnya. Tingkat kemandirian keuangan dilihat dari angka capaian Rasio kemandirian keuangan (168,7%). Keuangan RSUD Tenriawaru dikatakan mandiri karena rasio kemandirian keuangannya ≥100%. Rasio kemandirian keuangan dengan kategori tinggi dan termasuk dalam pola Delegatif karena berada diantara 75% s/d 100%, maksud pola delegatif adalah campur tangan pemerintah pusat hampir tidak ada.

6. Analisis Program dan Kegiatan yang Menunjang Pencapaian Kinerja dari Sasaran 4

Tabel 3.8.4
Program dan Kegiatan Penunjang Capaian Kinerja Sasaran 4

N O	INDIKATOR	PROGRAM	KEGIATAN	ANGGARAN (Rp)	REALISASI (Rp)	%
1	Cost Recovery Rate (CRR) ≥40%	Pelayanan Kesehatan BLUD	Pelayanan Kesehatan BLUD RSUD			
2.	Tingkat Kemandirian Keuangan RS.					

Program strategis yang dilaksanakan untuk pencapaian kinerja indikator sasaran ini adalah Program Pelayanan Kesehatan BLUD yang didukung Kegiatan Pelayanan Kesehatan BLUD RSUD, dengan indikator kinerja kegiatan tersedianya biaya operasional RS.

7. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya dari Sasaran 4

Tabel 3.9.4
Efisiensi Penggunaan Sumber Daya pada Capaian Kinerja Sasaran 4

No	Indikator Kinerja	%Capaian Kinerja	%Realisasi Anggaran	Efisiensi (3-4)
1	2	3	4	5
1	Cost Recovery Rate (CRR) ≥40%	121,35 % (SB)		
2.	Tingkat Kemandirian Keuangan RS.	168,7 % (SB)		

Efisiensi penggunaan sumber daya anggaran untuk pencapaian kinerja sasaran ini tidak dapat dilihat secara langsung karena dana untuk pelaksanaan kegiatan menyatu pada anggaran biaya operasional rumah sakit.

E. Sasaran 5:
Meningkatnya Kualitas Pelayanan Kesehatan Pada Masyarakat

1. Perbandingan Antara Target dan Realisasi Kinerja dari Sasaran 5

Tabel 3.5.5
Capaian Kinerja Sasaran 5- Tahun 2018

No	Indikator Kinerja	Target 2018	Realisasi 2018	Capaian Kinerja
1	Bed Occupancy Rate (BOR) 60-85%	70%	51%	Belum sesuai Standar
2	Average Lenght of Stay (ALOS) 6-9Hari	3Hari	4Hari	Belum sesuai Standar
3	Bed Turn Over (BTO) 40-50 Kali	40Kali	52Kali	Belum sesuai Standar
4	Turn Over Interval (TOI) 1-3 Hari	2Hari	3Hari	Sesuai Standar
5	Net Death Rate (NDR) ≤25‰	15‰	23‰	Sesuai Standar
6	Gross Date Rate (GDR) ≤45‰	35‰	45‰	Sesuai Standar
7	Indeks Kepuasan Pelanggan 90%	90%	91,29%	Sesuai Standar

2. Perbandingan Antara Realisasi Kinerja Tahun 2018 dengan Realisasi Kinerja Tahun Sebelumnya dari Sasaran 5

Tabel 3.6.5
Perkembangan Capaian Kinerja Sasaran 5- Tahun 2014-2018

Indikator Kinerja	Realisasi Capaian Kinerja				
	2014	2015	2016	2017	2018
Bed Occupancy Rate (BOR) 60-85%	75%	75%	61%	50%	51%
Average Lenght of Stay (ALOS) 6-9Hari	3Hari	3Hari	3Hari	4 Hari	4Hari
Bed Turn Over (BTO) 40-50 Kali	83Kali	83Kali	64Kali	52 Kali	52Kali
Turn Over Interval (TOI) 1-3 Hari	1Hari	1Hari	2Hari	3 Hari	3Hari
Net Death Rate (NDR) ≤25‰	16‰	16‰	14‰	19‰	23‰
Gross Date Rate (GDR) ≤45‰	37‰	37‰	35‰	42‰	45‰
Indeks Kepuasan Pelanggan 90%	77,5%	77,5%	91%	95,6%	91,29%

3. Perbandingan Antara Realisasi Kinerja Tahun 2018 dengan Target Jangka Menengah (RENSTRA) Tahun 2013-2018 dari Sasaran 5

Tabel 3.7.5
Capaian Kinerja Sasaran 5 - Tahun 2018 Terhadap Target Akhir Renstra 2013-2018

No.	Indikator Kinerja	Target Akhir RENSTRA	Realisasi 2018	Capaian Kinerja
1	Bed Occupancy Rate (BOR) 60-85%	55%	51%	Kurang
2	Average Lenght of Stay (ALOS) 6-9Hari	3Hari	4Hari	Sangat Kurang
3	Bed Turn Over (BTO) 40-50 Kali	52Kali	52Kali	Kurang
4	Turn Over Interval (TOI) 1-3 Hari	3Hari	3Hari	Cukup
5	Net Death Rate (NDR) ≤25‰	23‰	23‰	Cukup
6	Gross Date Rate (GDR) ≤45‰	45‰	45‰	Cukup
7	Indeks Kepuasan Pelanggan 90%	91%	91,29%	Baik

4. Perbandingan Antara Realisasi Kinerja Tahun 2018 dengan Standar Nasional dari Sasaran 5

- a. BOR (Bed Occupancy Rate) adalah persentase pemakaian tempat tidur (TT) pada satuan waktu tertentu. Indikator ini memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan TT Rumah Sakit, berdasarkan tabel BOR sebesar 51% menjelaskan bahwa BOR Rumah sakit belum berada dalam batas Ideal (60-85%).
- b. ALOS (Average Length of stay) adalah Rata-rata lamanya pasien dirawat, pada tahun 2018 sebanyak 4 hari berada di bawah standar ALOS (6-9 hari). ALOS memberikan gambaran tingkat efisiensi, tapi juga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan rumah sakit. Rendahnya Rata-rata lama pasien dirawat akan berakibat dengan angka BTO (Bed Turn Over) menjadi besar.
- c. TOI (Turn Over Interval) adalah rata-rata hari dimana TT tidak ditempati dari telah diisi kesaat terisi berikutnya. Tahun ini jarak pemakaian TT sampai terisi kembali adalah 3 hari dengan standar normal TOI (1-3) hari. Indikator ini memberikan gambaran tingkat efisiensi penggunaan TT.

- d. BTO (Bed Turn Over) adalah Frekuensi pemakaian TT pada satu periode, berapa kali TT dipakai dalam satu satuan waktu (biasanya dalam periode 1 tahun), Standar idealnya adalah 40-50 kali per tahun, pada tahun 2018 BTO sebanyak yaitu 52 kali yang bisa dikatakan mendekati standar Ideal.
- e. GDR (Gross Death Rate) adalah angka kematian umum untuk setiap 1000 penderita keluar. Tahun 2018 yaitu 45% GDR RSUD Tenriawaru masih berada pada batas wajar yaitu $\leq 45\%$ pasien keluar.
- f. NDR (Net Death Rate) adalah angka kematian 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar. NDR Tahun 2018 adalah 23% masih berada pada batas wajar yaitu $\leq 25\%$ pasien keluar.
- g. Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) adalah data dan informasi tentang tingkat kepuasan masyarakat yang diperoleh dari hasil pengukuran secara kuantitatif atas pendapat masyarakat dalam memperoleh pelayanan dari RSUD Tenriawaru dengan membandingkan antara harapan dan kebutuhannya, berguna sebagai tolok ukur terhadap optimalisasi kinerja pelayanan publik aparatur pemerintah kepada masyarakat, hasil survey IKM 76,6 (berada pada kategori Baik) dan Hasil survei IKP RSUD Tenriawaru 91,29% menjawab puas dengan pelayanan rumah sakit atau bisa dikatakan Kinerja pelayanan RSUD Tenriawaru masuk dalam kategori Baik.
- h. Capaian Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) Tahun 2018 ditetapkan berdasarkan Peraturan Bupati Bone Nomor 8 Tahun 2015 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) RSUD Tenriawaru. Berikut Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan dan capaiannya di RSUD Tenriawaru tahun 2018 yang terdiri dari 21 kegiatan/ jenis pelayanan yang mengacu pada Peraturan Gubernur dan Permenkes, Kegiatan/ jenis pelayanan tersebut meliputi :

1. Pelayanan Gawat Darurat

Capaian indikator pelayanan gawat darurat dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

No	Indikator	Standar	Capaian Tahun 2018		Capaian Tahun 2017
			Semester 1	Semester 2	
1	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100%	100%	100%	100%
2	Jam buka pelayanan gawat darurat	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam
3	Pemberi pelayanan gawat darurat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS	100%	75,00%	75,00%	75,00%

4	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim
5	Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat	≤ 5 menit	4,38 menit	4,45 menit	3,81 menit
6	Kepuasan pelanggan pada gawat darurat	> 70%	95,00%	90,00%	99,28%
7	Kematian pasien < 24 jam di gawat darurat	≤ 2 ‰	8 ‰	5‰	6 ‰
8	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	100%	100%	100%

Tabel di atas menunjukkan masih terdapat 2 indikator pelayanan gawat darurat yang belum mencapai target yang diharapkan, yaitu indikator pemberi pelayanan gawat darurat yang masih berlaku (BLS/PPGD/GELS/ALS) dan kematian pasien < 24 jam di gawat darurat.

- 1) Capaian indikator pemberi pelayanan gawat darurat yang masih berlaku (BLS/PPGD/GELS/ALS) menunjukkan angka 75,00% baik di semester I maupun semester II. Capaian ini disebabkan sertifikat petugas sudah kadaluarsa dan belum mengikuti pelatihan kembali. Salah satu kendala bagi petugas, terutama yang berstatus non PNS adalah biaya pelatihan yang relatif mahal. Umumnya biaya pelatihan BTCLS (Basic Trauma Cardiac Life Support) misalnya berkisar 1,7 juta sampai dengan 1,9 juta per orang di luar biaya akomodasi.
- 2) Kematian pasien < 24 jam di gawat darurat masih berada di bawah target yang diharapkan yaitu 0,002 atau 2 ‰. Selama semester I tahun 2018, angka kematian pasien < 24 jam di gawat darurat masih menunjukkan 0,008 atau 8 ‰. Angka ini kemudian mengalami perbaikan pada semester II menjadi 0,005 atau 5 ‰. Namun demikian angka ini masih belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan yaitu < 2 ‰. Situasi ini dipengaruhi oleh faktor :
- Jarak RSUD Tenriawaru Bone yang relatif jauh dengan RS dengan kelas yang lebih tinggi (di makassar) kurang lebih 175 km dengan jarak tempuh ± 4 jam. Kondisi ini terkadang membuat keluarga pasien ragu untuk memutuskan merujuk keluarganya dan meninggal pada saat di observasi di IGD.
 - Umumnya pasien yang masuk dan ditangani di unit gawat darurat rumah sakit adalah pasien dengan kondisi terminal (kritis), seperti pasien kecelakaan lalu lintas, kanker dengan stadium lanjut, kejang demam dan sebagainya.
- Namun bila dibandingkan dengan angka kematian pasien < 24 jam di gawat darurat pada tahun 2017, capaian indikator ini menunjukkan perbaikan pada

akhir tahun 2018. Hal ini didukung dengan semakin membaiknya kegiatan edukasi oleh unit PKRS (Promosi Kesehatan Rumah Sakit) dalam meningkatkan pengetahuan keluarga pasien mengenai pentingnya membawa anggota keluarga berobat secara dini ke rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya. Kegiatan edukasi ini perlu terus dipertahankan dan ditingkatkan. Misalnya dengan melakukan kegiatan edukasi melalui radio.Selain itu, pihak RSUD Tenriawaru dapat mengintensifkan fungsi koordinasi dengan Puskesmas melalui Dinas Kesehatan terkait sistem rujukan berjenjang.

2. Pelayanan Rawat Jalan

Pengukuran indikator untuk rawat jalan dilakukan terhadap semua poliklinik spesialis yang ada di rumah sakit. Tahun 2018, RSUD Tenriawaru memiliki pelayanan rawat jalan meliputi poliklinik anak, bedah, interna, obgyn, mata, saraf, THT, orthopedi, kulit dan kelamin dan jiwa.Hasil pengukuran indikator ini dapat dilihat pada tabel berikut.

No	Indikator	Standar	Capaian Tahun 2018		Capaian Tahun 2017
			Semester 1	Semester 2	
1	Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	100%	91,91%	91,16%	83,73%
2	Ketersediaan pelayanan rawat jalan	Sesuai kelas RS	10 poliklinik	10 poliklinik	10 poliklinik
3	Waktu tunggu di rawat jalan	≤60 menit	50,08 menit	45,30 menit	40,39 menit
4	Buka pelayanan sesuai ketentuan	100%	100%	100%	100%
5	Kepuasan pelanggan di rawat jalan	≥ 90 %	85,78%	87,76%	90,45%
6	Pasien rawat jalan TB yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	12,12%	16,60%	100,00%

Tabel di atas menunjukkan dari 6 indikator pelayanan rawat jalan, terdapat 4 indikator yang belum sesuai dengan target yang ada

1) Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis

Capaian indikator ini adalah 91,91% pada semester I dan 91,16% di semester II. Angka ini masih belum sesuai dengan target yang diharapkan yaitu 100%. Masih terdapat hari dimana poliklinik buka tapi tidak dilayani oleh dokter spesialis melainkan oleh dokter pengganti (dokter umum). Kondisi ini umumnya terjadi pada poliklinik yang hanya memiliki 1 (satu) orang dokter spesialis. Akibatnya bila dokter spesialis bersangkutan berhalangan hadir (karena alasan sakit, izin, cuti, mengikuti seminar/ kursus), maka tidak ada dokter spesialis lain yang dapat menggantikan

2) Ketersediaan pelayanan rawat jalan

Untuk rumah sakit kelas B, harus menyediakan pelayanan rawat jalan sekurang-kurangnya 14 spesialis dan 4 sub spesialis. Selama tahun 2018, RSUD Tenriawaru hanya dapat menyediakan 10 pelayanan spesialistik di rawat jalan sehingga masih belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

3) Kepuasan pelanggan

Selama tahun 2018, kepuasan pasien menunjukkan capaian 85,78% pada semester I dan 87,76% pada semester 2. Angka ini mengalami penurunan bila dibandingkan dengan angka kepuasan pasien pada tahun 2017 yaitu 90,45%.

4) Pasien rawat jalan TB yang ditangani dengan strategi DOTS

Capaian indikator ini adalah 12,12% pada semester I dan 16,60% pada semester II. Angka ini masih belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan yaitu 100%. Rendahnya angka ini disebabkan oleh umumnya pasien TB yang datang berobat ke rumah sakit (rujukan/ non rujukan), setelah dilakukan pemeriksaan sputum, ternyata tidak tergolong penderita TB sehingga tidak dilanjutkan dengan pengobatan DOTS.

3. Pelayanan Rawat Inap

Capaian indikator pelayanan rawat inap dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

No	Indikator	Standar	Capaian Tahun 2018		Capaian Tahun 2017
			Semester 1	Semester 2	
1	Pemberi pelayanan rawat inap	100%	100%	100%	100%
2	Dokter penanggung jawab rawat inap	100%	100%	100%	100%
3	Ketersediaan pelayanan rawat inap	Sesuai dengan kelas RS	10 pelayanan tersedia dari 18 pelayanan rawat inap yg seharusnya ada	10 pelayanan tersedia dari 18 pelayanan rawat inap yg seharusnya ada	10 pelayanan tersedia dari 18 pelayanan rawat inap yg seharusnya ada
4	Jam visite dokter spesialis	100% dokter spesialis melakukan visite pada 08.00 – 14.00 wita setiap hari kerja	90,29%	90,88%	96,00%
5	Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5%	0,16%	0,00%	15,23%
6	Angka kejadian infeksi nosokomial	≤ 1,5%	0,89%	0,76%	1,63%
7	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat/ kematian	100%	100%	100%	100%
8	Kematian pasien > 48 jam	≤ 0,24%	1,54%	2,06%	1,25%
9	Kejadian pulang paksa	≤ 5%	3,03%	3,12%	2,50%

10	Kepuasan pelanggan rawat inap	≥ 90%	96,35%	97,05%	97,71%
11	Pasien rawat inap TBC yang ditangani dengan strategi DOTS	≥ 60%	88,81%	82,47%	14,96%

Tabel di atas menunjukkan dari 11 indikator pelayanan rawat inap, terdapat 3 (tiga) indikator yang belum sesuai dengan target. Indikator tersebut adalah :

1) Ketersediaan pelayanan rawat inap

Berdasarkan Permenkes No. 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, Rumah Sakit Kelas B :

- Diwajibkan menyediakan pelayanan medik Spesialis dasar (penyakit dalam, kesehatan anak, bedah dan obstetri dan ginekologi). RSUD Tenriawaru telah menyediakan pelayanan untuk 4 (empat) spesialis dasar ini.
- Diwajibkan menyediakan pelayanan medik spesialis penunjang (anesthesiologi, radiologi, patologi klinik, patologi anatomi dan rehabilitasi medik). RSUD Tenriawaru telah menyediakan 4 (empat) dari 5 (lima) pelayanan medik spesialis penunjang yaitu pelayanan anesthesiologi, radiologi, patologi klinik dan patologi anatomi (paruh waktu)
- Diwajibkan menyediakan minimal 8 (delapan) dari 12 pelayanan medik spesialis lainnya (mata, THT, syaraf, jantung dan pembuluh darah, kulit dan kelamin, jiwa, paru, orthopedi, urologi, bedah syaraf, bedah plastik dan kedokteran forensik). Untuk pelayanan medik spesialis lainnya ini, RSUD Tenriawaru baru dapat menyediakan 6 (enam) dari minimal 8 (delapan) yang dipersyaratkan, yaitu pelayanan mata, THT, syaraf, kulit dan kelamin, jiwa dan orthopedi
- Diwajibkan menyediakan paling sedikit 2 (dua) pelayanan sub spesialis dari 4 (empat) subspesialis dasar (pelayanan subspesialis di bidang spesialisasi bedah, penyakit dalam, kesehatan anak dan obstetri dan ginekologi. Sampai dengan akhir tahun 2018, RSUD Tenriawaru belum dapat menyediakan pelayanan subspesialis ini.
- Diwajibkan menyediakan pelayanan medis spesialis gigi dan mulut, paling sedikit 3 (tiga) pelayanan yang meliputi pelayanan bedah mulut, konservasi/ edodonsi dan orthodonti. RSUD Tenriawaru juga belum menyediakan pelayanan subspesialis ini karena terkendala jumlah spesialis gigi dan mulut yang masih terbatas, terutama di wilayah indonesia timur.

2) Jam visite dokter spesialis

Masih terdapat dokter spesialis yang melakukan visite tidak sesuai dengan jam yang seharusnya yaitu jam 08.00 – 14.00 wita. Pihak manajemen melalui

Bidang Pelayanan Medis dan Subag Kepegawaian telah memberikan teguran dan pembinaan kepada dokter yang masih belum disiplin dalam melakukan visite sesuai dengan ketentuan yang ada.

- 3) Kematian pasien > 48 jam
- Jumlah kematian pasien > 48 jam masih belum sesuai dengan target yaitu $\leq 0,24\%$. Semester I tahun 2018, kematian pasien > 48 jam adalah 1,54% sedangkan pada semester II tahun 2018 adalah 2,06%. Umumnya pasien yang meninggal setelah dirawat lebih dari 48 jam adalah pasien dengan kondisi terminal atau kasus yang berat.

4. Pelayanan Bedah

Capaian indikator pelayanan bedah dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

No	Indikator	Standar	Capaian Tahun 2018		Capaian Tahun 2017
			Semester 1	Semester 2	
1	Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	1,5 hari	1 hari	28 jam (≤ 2 hari)
2	Kejadian kematian di meja operasi	$\leq 1 \%$	0%	0%	0%
3	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100%	100%	100%
4	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%	100%	100%
5	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%	100%	100%
6	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada pasien setelah operasi	100%	100%	100%	100%
7	Komplikasi anastesi karena over dosis, reaksi anastesi dan salah penempatan endotracheal tube	$\leq 6 \%$	0%	0%	0%

Tabel di atas menunjukkan semua indikator pelayanan bedah memenuhi target yang ditetapkan.

5. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi

Capaian indikator pelayanan persalinan dan perinatologi dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

No.	Indikator	Standar	Capaian Tahun 2018		Capaian Tahun 2017
			Semester 1	Semester 2	
1.	Kejadian kematian ibu karena persalinan				
	<i>Perdarahan</i>	≤ 1 %	7,69%	0,00%	1,45%
	<i>Pre eklampsia</i>	≤ 30 %	2,56%	1,20%	2,15%
	<i>Sepsis</i>	≤ 0,2 %	0,00%	0,00%	0,00%
2	Pemberi pelayanan persalinan normal	100%	100%	100%	100%
3	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tersedianya Tim PONEK yang terlatih	Tersedia Tim PONEK yang terlatih	Tersedia Tim PONEK yang terlatih	Tersedia Tim PONEK yang terlatih
4	Pemberi pelayanan persalinan dng tindakan operasi	100%	100%	100%	100%
5	Kemampuan menangani BBLR 1500 – 2500 gr	100%	26,54%	31,01%	81,87%
6	Pertolongan persalinan melalui sectio secaria	≤ 20%	36,48%	41,32%	33,95%
7	Keluarga Berencana (ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap)	100%	95,59%	60,27%	100%
8	Konseling KB mantap	100%	100,00%	100,00%	100,00%
9	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	97,83	82,22%	98,22%

Tabel di atas menunjukkan dari 9 indikator pelayanan persalinan dan perinatologi, terdapat 3 indikator yang belum memenuhi target yang ditetapkan.

- 1) Angka kematian ibu karena perdarahan masih belum sesuai dengan target yang telah ditetapkan. Pada tahun 2017 kejadian kematian ibu karena perdarahan mencapai 1,45%. Angka ini mengalami kenaikan pada semester I tahun 2018 yaitu 7,69% dan membaik menjadi 0,00% pada semester 2 tahun 2018. Kasus kematian ibu karena perdarahan masih tinggi karena sebagian besar pasien masuk ke IGD Obgyn RSUD Tenriawaru dalam fase terminasi dimana kemampuan petugas (bidan) puskesmas dalam menangani pasien yang belum maksimal. Kondisi ini dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti letak geografis sehingga akses pasien terhadap pelayanan rumah sakit belum maksimal. Selain itu, masih terdapat pasien dan keluarga yang terlambat dalam mengambil keputusan untuk merujuk.
- Kematian ibu karena pre eklamsia/ eklampsia sudah sesuai dengan target. Hal ini dipengaruhi oleh bertambahnya jumlah rumah sakit (kelas C dan D) di Kabupaten Bone sehingga deteksi dini kejadian pre eklampsia/ eklampsia cepat diketahui dan mendapatkan penanganan yang lebih baik.
- 2) Kemampuan menangani BBLR tahun 2018 belum memenuhi target yang telah ditetapyaitu 26,54% pada semester 1 dan 31,01% pada semester 2. Umumnya

bayi dengan BBLR tapi cukup bulan dan tanpa komplikasi dapat ditangani dengan baik oleh petugas di unit Perina.

Sedangkan bayi BBLR yang tidak cukup bulan (prematur) umumnya dengan komplikasi sehingga masih belum dapat ditangani secara maksimal. Kendala utama dalam penanganan bayi BBLR yang tidak cukup bulan (prematur) adalah belum adanya fasilitas pemberian surfaktan yang bertujuan untuk pematangan paru pada bayi. Laringoscope sudah diadakan dan dapat digunakan untuk pemberian surfaktan, namun surfaktan belum pernah diadakan.

Melalui program EMAS, unit Perina telah melakukan pembenahan dengan melaksanakan Perawatan Metode Kangguru (PMK) bagi bayi BBLR. Selain itu perbaikan sarana seperti pengadaan alat kesehatan juga dilakukan. Saat ini, RSUD Tenriawaru telah melengkapi unit Perina dengan CPAP, infant warmer, incubator baby dan peralatan lain yang dibutuhkan untuk perawatan bayi secara intensif. Kendala yang muncul terkait peralatan kesehatan adalah beberapa incubator baby mulai tidak berfungsi/ memerlukan perbaikan dan sampai akhir tahun 2018 belum dilakukan perbaikan.

Selain itu peningkatan kemampuan SDM dalam mengelola unit Perina masih perlu ditingkatkan, misalnya dengan mengirim perawat di unit Perina untuk mengikuti pelatihan penanganan BBLR.

- 3) Pertolongan persalinan melalui sectio secaria masih belum sesuai dengan target yang diharapkan. Bila dibandingkan capaian tahun 2017, cakupan persalinan melalui sectio secaria mengalami peningkatan. Pada tahun 2017, angka persalinan melalui sectio secaria tercatat sebesar 33,95% dari total persalinan. Pada semester I tahun 2018 cakupan pertolongan persalinan melalui sectio secaria adalah 36,48% dan 41,32% pada semester II tahun 2018. Hal ini erat kaitannya RSUD Tenriawaru sebagai RS rujukan, banyak menerima pasien dengan indikasi sectio. RS kelas C dan D lebih banyak merujuk pasien dengan indikasi sectio secaria karena keterbatasan fasilitas kesehatan.

- 4) Keluarga Berencana (ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap)

Selama tahun 2018, jumlah pelayanan KB mantap 95,59% pada semester I dan 60,27% pada semester II. Pada semester I (Januari – April 2018), RSUD Tenriawaru hanya menyediakan layanan kontrasepsi Metode Operasi Wanita (MOW)/ tubektomi. Pada bulan April 2018, bidan dan dokter di RSUD Tenriawaru telah memperoleh pelatihan pelayanan KB pasca persalinan metode implan dan IUD sehingga pada bulan Mei 2018 dibuka pelayanan

kontrasepsi MOW, implan dan IUD. Pasien memiliki lebih banyak pilihan untuk ber KB.

6. Pelayanan Intensif

Capaian indikator pelayanan intensif dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

No	Indikator	Standar	Capaian Tahun 2018		Capaian Tahun 2017
			Semester 1	Semester 2	
1	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	< 3 %	1,25%	2,33%	0,91%
2	Pemberi pelayanan unit intensif	100%	38,89%	50,00%	38,89%

Tabel di atas menunjukkan bahwa indikator pemberian pelayanan unit intensif masih belum sesuai dengan target yang diharapkan yaitu 100%. Hal ini disebabkan belum semua petugas di unit intensif mengikuti pelatihan perawat ICU.

Umumnya, perawat non PNS yang belum mengikuti pelatihan ICU dasar, namun telah dibekali dengan pelatihan BTCLS dan pelatihan penggunaan ventilator. Sedangkan perawat PNS yang telah mengikuti pelatihan perawat ICU dasar belum mengikuti pelatihan perawat ICU intermediate.

Meskipun belum sesuai dengan target, cakupan pemberi pelayanan unit intensif menunjukkan perbaikan menjadi 50% pada semester II tahun 2018. Hal ini disebabkan RSUD Tenriawaru telah mengirim 2 orang untuk mengikuti pelatihan ICU dasar pada tahun 2018.

7. Pelayanan Radiologi

Capaian indikator pelayanan radiologi dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

No	Indikator	Standar	Capaian Tahun 2018		Capaian Tahun 2017
			Semester 1	Semester 2	
1	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam (180 menit)	36,94 menit	30,18 menit	38,25 menit
2	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan	100%	98,91	99,14%	100,00%
3	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	≤ 2%	2,02%	1,05%	2,49%
4	Kepuasan pelanggan	>80%	85,70	68,74%	86,1%

Tabel di atas menunjukkan dari 4 indikator pelayanan radiologi, terdapat 2

indikator yang belum memenuhi target, yaitu indikator :

1) Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan

Capaian indikator ini masih belum sesuai dengan target yang diharapkan yaitu 100%. Kondisi ini disebabkan masih adanya pasien (terutama kasus cito) yang setelah di foto, tidak diekspertisi hasilnya oleh dokter spesialis radiologi namun langsung di gunakan oleh klinisi lainnya dengan alasan hasil fotonya cukup jelas. Namun ke depannya, indikator ini akan dievaluasi kembali mengingat kasus di atas ditemukan juga pada pasien dengan kartu JKN (BPJS Kesehatan). Terkadang pasien dengan jaminan kesehatan (kartu JKN) dengan foto yang tidak diekspertisi oleh dokter spesialis radiologi, membawa pulang foto rontgennya sehingga tidak dapat di klaim ke BPJS.

2) Kepuasan pelanggan

Pada semester I tahun 2018, tingkat kepuasan pelanggan menunjukkan 85,70%. Angka ini sudah sesuai dengan target yang diharapkan yaitu >80%. Namun angka kepuasan pasien terhadap pelayanan radiologi menurun menjadi 68,74% pada seemster II tahun 2018. Berdasarkan hasil survey kepuasan, pelanggan umumnya mengeluhkan fasilitas toilet, pelayanan pendaftaran dan pelayanan perawat.

8. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik

Capaian indikator pelayanan laboratorium patologi klinik dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

No	Indikator	Standar	Capaian Tahun 2018		Capaian Tahun 2017
			Semester 1	Semester 2	
1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	< 140 menit	113,20 menit	100,37 menit	81,28 menit
2	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100%	100%	100%
3	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100%	100%	100%
4	Kepuasan pelanggan	> 80 %	67,69	96,38%	99,40%

Tabel di atas menunjukkan bahwa semua indikator pelayanan laboratorium patologi klinik telah sesuai dengan target yang diharapkan. Indikator waktu kepuasan pasien, meskipun menunjukkan penurunan dari tahun 2017 ke semester I Tahun 2018, namun mengalami perbaikan menjadi 96,38% atau sesuai dengan target.

9. Pelayanan Rehabilitasi Medik

Berikut capaian hasil pengukuran indikator pelayanan rehabilitasi medik :

No	Indikator	Standar	Capaian Tahun 2018		Capaian Tahun 2017
			Semester 1	Semester 2	
1	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yg direncanakan	< 50%	1,57%	1,37%	1,81%
2	Tidak adanya kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	100%	100%	100%
3	Kepuasan pelanggan	> 80%	56,93	94,11%	98,80

Tabel di atas menunjukkan semua indikator pelayanan rehabilitasi medik telah memenuhi target yang ditetapkan.

Umumnya pasien yang datang ke instalasi fisioterapi adalah pasien dengan kelemahan otot dan pasien pasca stroke. Kejadian drop out umumnya terjadi pada pasien rawat inap yang telah pulang dan disarankan untuk melanjutkan pelayanan rehabilitasi melalui rawat jalan. Alasan yang paling umum ditemukan adalah tempat tinggal pasien yang jauh dari RSUD Tenriawaru Meskipun demikian, secara umum angka drop out pasien masih sesuai dengan target yang diharapkan.

Untuk indikator kepuasan pelanggan, pada semester I tahun 2018 menunjukkan angka 56,93% (tidak sesuai dengan target) atau menurun dari tahun 2017 lalu. Namun angka kepuasan pasien menunjukkan perbaikan pada semester II tahun 2018 menjadi 94,11%

10. Pelayanan Farmasi

Capaian hasil pengukuran indikator pelayanan farmasi dapat dilihat pada tabel berikut :

No	Indikator	Standar	Capaian Tahun 2018		Capaian Tahun 2017
			Semester 1	Semester 2	
1	Waktu tunggu obat jadi	< 30 menit	27,07 menit	26,42 menit	27,03 menit
2	Waktu tunggu obat racik	< 60 menit	48,94 menit	51,21 menit	49,72 menit
3	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	99,99%	100%	99,99%
4	Kepuasan pelanggan	> 80%	87,39	76,47%	100%
5	Penulisan resep sesuai formularium	100%	99,77%	99,55%	99,56%

Tabel di atas menunjukkan bahwa :

- 1) Waktu tunggu obat jadi dan waktu tunggu obat racik masih sesuai dengan target yang ditetapkan yaitu < 30 menit untuk obat jadi dan < 60 menit untuk obat racik.
- 2) Angka kejadian kesalahan pemberian obat masih belum sesuai dengan target yang ada yaitu 100% tidak ada kesalahan. Selama semester I tahun 2018 ditemukan adanya kesalahan dalam pemberian obat kepada 1 (satu) orang pasien. Namun pada semester II tahun 2018, tidak ditemukan adanya kesalahan pemberian obat kepada pasien.
- 3) Sementara itu indikator penulisan resep sesuai dengan formularium belum mencapai 100%. Hal ini disebabkan masih terdapat dokter yang menuliskan obat-obat tertentu yang tidak masuk ke dalam formularium RS. Namun penulisan resep ini dengan alasan indikasi. Selain itu, masih terdapat dokter yang menuliskan obat-obatan tertentu yang tidak masuk ke dalam formularium RS namun sebenarnya memiliki kesamaan khasiat dengan obat tertentu di dalam formularium RS. Untuk kondisi seperti ini, pihak instalasi farmasi telah melakukan penggantian obat dengan melakukan konfirmasi terlebih dahulu ke dokter bersangkutan.

11. Pelayanan Gizi

Capaian indikator pelayanan gizi dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

No	Indikator	Standar	Capaian Tahun 2018		Capaian Tahun 2017
			Semester 1	Semester 2	
1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	> 90%	100%	100%	100%
2	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	< 20%	18,00%	15,67%	14,50%
3	Tidak adanya kejadian kesalahan dalam pemberian diet	100%	100%	100%	100%

Tabel di atas menunjukkan bahwa semua indikator untuk pelayanan gizi telah memenuhi target yang telah ditetapkan. Indikator sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien menunjukkan angka 18,00% pada semester I tahun 2018 dan menunjukkan perbaikan pada semester II tahun 2018 yaitu 15,67%.

12. Pelayanan Transfusi Darah

Capaian pelayanan transfusi darah dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

No	Indikator	Standar	Capaian Tahun 2018		Capaian Tahun 2017
			Semester 1	Semester 2	
1	Pemenuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100%	86,85%	95,70%	85,43%
2	Kejadian reaksi transfusi	0,01%	0,53%	1,06%	0,72%

Indikator pelayanan transfusi darah menunjukkan angka yang belum sesuai dengan target yang diharapkan, baik indikator pemenuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi maupun kejadian reaksi transfusi.

- Pemenuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi
BDRS bertugas untuk menyimpan, melakukan cross matching dan menyalurkan darah ke unit yang membutuhkan. Dalam operasional kegiatannya, BDRS masih sangat bergantung dengan UTD PMI. Bila UTD PMI mengalami kendala dalam penyediaan stok, akan berdampak terhadap penyediaan kebutuhan darah di BDRS RSUD Tenriawaru.
- Kejadian Reaksi Transfusi Darah
Indikator kejadian reaksi transfusimasih belum sesuai dengan target yang ditetapkan. Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan yang terjadi akibat transfusi darah dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisis akibat golongan darah yang tidak sesuai atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah. Reaksi transfusi dapat terjadi karena adanya autoantibodi dari pasien yang tidak bisa dideteksi dengan metode manual. Untuk mengatasinya, dapat ditempuh dengan mengganti metode manual menjadi metode gel test.
Reaksi pasca transfusi yang ditunjukkan oleh pasien meliputi, demam, bercak pada kulit, gatal dan atau bengkak. Pada pasien yang menunjukkan reaksi transfusi ringan telah diberikan terapi simptomatis untuk menghindari reaksi yang lebih berat. Untuk mengurangi resiko terjadinya reaksi transfusi, dilakukan skrining golongan darah sedangkan skrining antibodi belum dapat dilakukan karena keterbatasan sarana.

13. Pelayanan Keluarga Miskin

Capaian indikator pelayanan keluarga miskin dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

No	Indikator	Standar	Capaian Tahun 2018		Capaian Tahun 2017
			Semester 1	Semester 2	
1	Pelayanan terhadap pasien Gakin yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100%	100%	100%	100%

Pasien Gakin menggunakan Kartu Askes dari BPJS (PBI APBD/ lokal dan PBI APBN) dengan hak dirawat di kelas III. Tabel di atas menunjukkan bahwa semua pasien Gakin yang berobat ke RSUD Tenriawaru dapat dilayani 100%.

14. Pelayanan Rekam Medis

Capaian indikator untuk pelayanan rekam medis diuraikan pada tabel di bawah ini :

No	Indikator	Standar	Capaian Tahun 2018		Capaian Tahun 2017
			Semester 1	Semester 2	
1	Kelengkapan pengisian berkas rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	16,65%	11,24%	13,96%
2	Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	100%	100%	100%
3	Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat jalan	< 5 menit	2,44 menit	2,14 menit	2,29 menit
4	Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap	<10 menit	3,94 menit	3,21 menit	3,57 menit

Tabel menunjukkan dari 4 indikator pelayanan rekam medis, hanya indikator kelengkapan pengisian berkas rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan yang belum sesuai dengan target yang diharapkan. Rekam medik yang lengkap adalah rekam medik yang lengkap diisi oleh Profesi Pemberi Asuhan (PPA) meliputi dokter, dokter gigi, perawat, bidan, apoteker, dietisien/ nutrisisionis, terapis dan rekam medis yang meliputi : identitas pasien, riwayat keluar masuk, resume dan instruksi dokter. Rekam medik harus disetor ke Bagian Rekam Medis selambat-lambatnya 24 jam setelah selesai pelayanan rawat inap. Bila dibandingkan dengan tahun sebelumnya, capaian kelengkapan berkas rekam medis mengalami penurunan. Pada tahun 2017, capaian kelengkapan pengisian berkas rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan adalah 13,96%. Capaian ini mengalami perbaikan selama tahun 2018 yaitu 16,65% pada semester I namun mengalami penurunan menjadi 11,24% pada semester II.

15. Pengelolaan Limbah

Capaian indikator untuk pengelolaan limbah dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

No	Indikator	Standar	Capaian Tahun 2018		Capaian Tahun 2017
			Semester 1	Semester 2	
1	Baku mutu limbah cair	100%	50%	75%	37,50%
	BOD : 30 mg/liter		38,75	34,56	
	COD : 80 mg/ liter		83,57	79,80	
	TSS : 80 mg/ liter		35,75	32,00	
	pH : 6 – 9		7,19	7,69	
5	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan	100%	60,73%	100,00%	100%

Pemeriksaan kualitas air dilakukan setiap bulan dengan mengambil sampel air pada outlet IPAL rumah sakit. Tabel di atas menunjukkan bahwa indikator baku mutu limbah cair (BOD, COD, TSS dan pH) dan indikator pengelolaan limbah padat berbahaya belum sesuai dengan target. Namun menunjukkan perbaikan, pada semester I tahun 2018 dari 4 parameter baku mutu limbah cair hanya 2 dari 4 parameter yang sesuai dengan standar (50%) sedang pada semester II tahun 2018 terdapat 3 dari 4 parameter (75%). Hal ini disebabkan kerusakan pada IPAL rumah sakit sehingga tidak berfungsi maksimal. Namun RSUD Tenriawaru telah menganggarkan perbaikan/ Pengadaan IPAL tahun 2019 untuk mengatasi masalah ini.

16. Pelayanan Administrasi Manajemen

Capaian indikator pelayanan administrasi manajemen dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

No	Indikator	Standar	Capaian Tahun 2018		Capaian Tahun 2017
			Semester 1	Semester 2	
1	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi	100%	100%	100%	100%
2	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100%	100%	100%
3	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%	100%	100%
4	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala	100%	100%	100%	100%

5	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun	> 60%	8,16%	8,33%	14,65%
6	Cost recovery	> 40%	95,32%	98,83%	98,02%
7	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100%	100%	100%
8	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	< 2 jam	14,67 menit	15,19 menit	8,63 menit
9	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	91,67%	86,11%	100%

Tabel di atas menunjukkan bahwa dari 9 indikator pelayanan administrasi dan manajemen, terdapat 2 (dua) indikator yang belum memenuhi target yang diharapkan yaitu :

- Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun.
Tahun 2017, jumlah karyawan yang telah mendapatkan pelatihan minimal 20 jam menunjukkan angka yang belum memenuhi target yaitu hanya 14,65%. Bila dibandingkan dengan tahun 2018, capaian indikator ini mengalami penurunan menjadi 8,16% pada semester I dan 8,33% pada semester II.
Untuk menangani masalah ini, Bagian yang menangani pendidikan dan pelatihan pegawai di RSUD Tenriawaru hendaknya melakukan training need assessment (TNA). Kegiatan ini bertujuan untuk memetakan kebutuhan pendidikan dan pelatihan bagi tenaga rumah sakit. Hasil pemetaan dapat digunakan untuk mengadvokasi bagian perencanaan dan keuangan untuk menyiapkan anggaran yang memadai dalam rangka peningkatan kapasitas tenaga di rumah sakit sehingga dapat mencapai target yang telah ditetapkan.
- Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu
Selama tahun 2017, imbalan jasa tidak pernah mengalami keterlambatan dalam pembagiannya ke seluruh pegawai RSUD Tenriawaru. Namun pada tahun 2018, terjadi keterlambatan pembagian imbalan jasa ke pegawai karena adanya keterlambatan dari pihak pembayar (BPJS) dalam membayarkan klaim yang dimasukkan setiap bulan ke RSUD Tenriawaru. Keterlambatan ini dipicu oleh faktor defisit yang dialami oleh pihak BPJS Kesehatan.5

17. Pelayanan Ambulance/ Kereta Jenazah

Capaian indikator pelayanan ambulance/ kereta jenazah dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

No	Indikator	Standar	Capaian Tahun 2018		Capaian Tahun 2017
			Semester 1	Semester 2	
1	Waktu pelayanan ambulance/ kereta jenazah	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam
2	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance / kereta jenazah di rumah sakit	100%	100%	100%	100%

Tabel di atas menunjukkan semua indikator pelayanan ambulance/ kereta jenazah telah sesuai dengan target yang telah ditetapkan. Ambulance/ kereta jenazah melayani masyarakat yang membutuhkan pelayanan selama 24 jam setiap harinya.

Selama tahun 2018, setiap permintaan pelayanan ambulance/ kereta jenazah dapat dilayani dengan cepat dan tepat.

18. Pelayanan Pemulasaran Jenazah

Capaian indikator pelayanan pemulasaran jenazah dapat dilihat pada tabel berikut :

No	Indikator	Standar	Capaian Tahun 2018		Capaian Tahun 2017
			Semester 1	Semester 2	
1	Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah	< 2 jam	11,19 menit	11,35 menit	19,24 menit

Tabel di atas menunjukkan bahwa indikator waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah telah sesuai dengan target yang diharapkan yaitu <2 jam. Selama tahun 2018, waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah adalah 11,19 menit pada semester I dan 11,35 menit pada semester II. Bila dibandingkan dengan capaian tahun 2017, waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah menunjukkan perbaikan. Hasil in merupakan perwujudan upaya RSUD Tenriawaru yang terus melakukan pembenahan internal Instalasi Pemulasaran Jenazah dan Ambulance (IPJA) dan penyediaan armada ambulance jenazah.

19. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

Rumah sakit merupakan instansi yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Rumah sakit adalah instansi yang padat tenaga, padat modal dan

padat teknologi. Rumah sakit dilengkapi dengan berbagai peralatan medis, mulai dari yang sederhana sampai yang canggih. Untuk itu, setiap alat kesehatan perlu dipelihara untuk menjaga kondisinya tetap baik, dapat dipakai dalam waktu lama dan memastikan hasil pengukurannya tetap akurat.

No	Indikator	Standar	Capaian Tahun 2018		Capaian Tahun 2017
			Semester 1	Semester 2	
1	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	> 80 %	95,22%	95,93%	96,02%
2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	96,90%	91,97%	99,22%
3	Peralatan laboratorium (dan alat ukur lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%	0%	82,89%	98,28%

Tabel di atas menunjukkan bahwa dari 3 indikator, 2 indikator yang belum memenuhi target yang diharapkan yaitu indikator ketepatan waktu pemeliharaan alat dan indikator peralatan laboratorium (dan alat ukur lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi.

1) Indikator ketepatan waktu pemeliharaan alat

Indikator ini menunjukkan angka 96,90% pada semester I tahun 2019 dan 91,97% pada semester II tahun 2018. Angka ini masih belum sesuai dengan target yaitu 100%. Hal ini disebabkan masih terdapat beberapa alat kesehatan dan non kesehatan yang memerlukan suku cadang yang harus dipesan terlebih dahulu. Akibatnya waktu yang dibutuhkan untuk memperbaiki alat tersebut menjadi lebih lama (diatas satu bulan).

Pihak IPS-RS telah membuat kartu kontrol dan pengawasan lebih mendalam setiap alat kesehatan dan non kesehatan yang ada di rumah sakit untuk menjamin maintenance alat dengan baik. Selain itu, upaya ini bertujuan untuk menemukan kerusakan pada alat kesehatan dan non kesehatan secara dini sebelum kerusakan menjadi parah dan membutuhkan biaya yang lebih besar.

2) Indikator peralatan laboratorium (dan alat ukur lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi masih belum sesuai dengan target yang diharapkan yaitu 100%. Pada tahun 2018, capaian untuk indikator ini adalah 82,89% atau masih berada dibawah target yang telah dtentukan yaitu 100%. Hal ini disebabkan ketidaksesuaian jumlah alat yang diajukan pihak RSUD Tenriawaru untuk dikalibrasi oleh BPFK dengan jumlah alat yang dikalibrasi oleh BPFK.

20. Pelayanan Laundry

Pelayanan laundry dilaksanakan oleh instalasi laundry RSUD Tenriawaru. Tujuannya untuk memastikan kebutuhan linen pasien dapat terpenuhi dengan baik.

No	Indikator	Standar	Capaian Tahun 2018		Capaian Tahun 2017
			Semester 1	Semester 2	
1	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%	100%	100%	100%
2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk rawat inap	100%	97,79%	100%	99,18%

Tabel di atas menunjukkan selama tahun 2018, tidak ada kejadian linen yang hilang. Sedangkan indikator ketepatan waktu penyediaan linen menunjukkan angka yang tidak sesuai dengan target di semester I tahun 2018, yaitu 97,79%. Hal ini disebabkan :

- Adanya perbaikan/ maintenance mesin pengering
- Proses pengeringan linen masih mengandalkan sinar matahari sehingga pada musim hujan, linen mengalami kendala dalam proses pengeringan
- Pengantaran linen kotor dari ruangan pengguna linen terlambat sehingga mempengaruhi kecepatan pengolahan linen oleh petugas laundry.

21. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Kegiatan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di RSUD Tenriawaru berada di bawah pengawasan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI). Komite ini memiliki Infection and Prevention Control Nurse (IPCN) yang bekerja secara purna waktu. Saat ini, RSUD Tenriawaru telah memiliki 3 orang IPCN. Selain itu, di setiap ruangan telah ditunjuk Infection and Prevention Control Line Nurse (IPCLN).

Capaian hasil pengukuran indikator pelayanan pencegahan dan pengendalian infeksi dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

No	Indikator	Standar	Capaian Tahun 2018		Capaian Tahun 2016
			Semester 1	Semester 2	
1	Tersedianya anggota tim PPI yang terlatih	75%	100%	100%	100%
2	Koordinasi APD (Alat Pelindung Diri)	75%	100%	100%	100%

3	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di RS	75%	100%	100%	100%
---	--	-----	------	------	------

Tabel di atas menunjukkan bahwa 3 indikator untuk pelayanan pencegahan dan pencegahan infeksi telah sesuai dengan target yang telah ditetapkan.

5. Analisis Penyebab Keberhasilan/ Kegagalan Atau Peningkatan/ Penurunan Kinerja serta Alternatif Solusi yang telah dilakukan dari Sasaran 5

Dari Tabel 3.5.5. diatas dapat dilihat bahwa realisasi capaian kinerja sasaran 5 didukung oleh sumber dana PAD dari biaya operasional Rumah Sakit. Melalui Kegiatan Pelayanan Kesehatan BLUD RSUD. Seluruh Biaya operasional rumah sakit menggunakan sumber dana PAD. Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan pada masyarakat dicapai melalui Program Pelayanan Kesehatan BLUD. Indikator kinerjanya didukung oleh kegiatan Pelayanan Kesehatan BLUD RSUD. Kegiatan Pelayanan Kesehatan BLUD RSUD merupakan program kegiatan utama. Indikator capaian kegiatan ini adalah Tersedianya Pelayanan Kesehatan di RSUD Tenriawaru. Adapun cara pengukuran dengan menggunakan beberapa Indikator Mutu Pelayanan RS antara lain Capaian Standar Mutu Pelayanan Minimal, Indikator Rawat Jalan, Rawat Inap dan Unit-unit penunjang lainnya.

6. Analisis Program dan Kegiatan yang Menunjang Pencapaian Kinerja dari Sasaran 5

Tabel 3.8.5
Program dan Kegiatan Penunjang Capaian Kinerja Sasaran 5

N O	INDIKATOR	PROGRAM	KEGIATAN	ANGGARAN (Rp)	REALISASI (Rp)	%
1	Bed Occupancy Rate (BOR) 60-85%	Pelayanan Kesehatan BLUD	Pelayanan Kesehatan BLUD RSUD	71.175.007.000	73.557.990.073	103.35
2	Average Length of Stay (ALOS) 6-9Hr					
3	Bed Turn Over (BTO) 40-50 Kali					
4	Turn Over Interval (TOI) 1-3 Hari					
5	Net Death Rate (NDR) ≤25‰					
6	Gross Death Rate (GDR) ≤45‰					
7	Indeks Kepuasan Pelanggan 90%					

Program strategis yang dilaksanakan untuk pencapaian kinerja indikator sasaran ini adalah Program Pelayanan Kesehatan BLUD yang didukung Kegiatan Pelayanan Kesehatan BLUD RSUD, dengan indikator kinerja kegiatan tersedianya biaya operasional RS.

7. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya dari Sasaran 5

Tabel 3.9.5
Efisiensi Penggunaan Sumber Daya pada Capaian Kinerja Sasaran 5

No.	Indikator Kinerja	%Capaian Kinerja	%Realisasi Anggaran	Efisiensi (3-4)
1	2	3	4	5
1	Bed Occupancy Rate (BOR) 60-85%	Kurang	73.557.990.073	
2	Average Lenght of Stay (ALOS) 6-9Hr	Sangat Kurang		
3	Bed Turn Over (BTO) 40-50 Kali	Kurang		
4	Turn Over Interval (TOI) 1-3 Hari	Cukup		
5	Net Death Rate (NDR) ≤25‰	Cukup		
6	Gross Date Rate (GDR) ≤45‰	Cukup		
7	Indeks Kepuasan Pelanggan 90%	Baik		

Efisiensi penggunaan sumber daya anggaran untuk pencapaian kinerja sasaran ini tidak dapat dilihat secara langsung karena dana untuk pelaksanaan kegiatan menyatu seluruhnya pada anggaran biaya operasional rumah sakit.

3.2 REALISASI ANGGARAN

Gambaran Umum Anggaran RSUD Tenriawaru Bone

Anggaran pelaksanaan program dan kegiatan untuk mendukung pencapaian target indikator kinerja sasaran strategis RSUD Tenriawaru Bone pada tahun 2018 bersumber dari Dana Alokasi Umum (DAK, DAU) APBD Kab. Bone Tahun Anggaran 2018. Nilai pagu anggaran tahun 2018 meningkat dibandingkan tahun sebelumnya, seperti tergambar pada tabel berikut :

Tabel 3.15
Pagu Anggaran RSUD Tenriawaru Bone Tahun 2017 dan 2018

JENIS BELANJA	PAGU ANGGARAN (Berdasarkan Dokumen Perubahan Anggaran-DPPA)		
	Tahun 2017	Tahun 2018	%Kenaikan/ (Penurunan)
BELANJA TIDAK LANGSUNG (Gaji & Tunjangan Pegawai)	Rp. 19.197.264.000,-	Rp. 18.523.595.800,-	(3,5)
BELANJA LANGSUNG (Program dan Kegiatan)	Rp. 113.957.944.275,-	Rp. 96.298.153.682,-	(15,5)
TOTAL ANGGARAN	Rp. 133.155.208.275,-	Rp. 114.821.749.482,-	(13,8)

Perbandingan alokasi anggaran belanja RSUD Tenriawaru Bone terhadap Total Anggaran Belanja pada APBD T.A. 2014-2018, dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 3.16
Alokasi Anggaran Belanja RSUD Tenriawaru Bone terhadap APBD
Kabupaten Bone T.A. 2018

TAHUN ANGGARAN	PAGU ANGGARAN BELANJA		
	DPPA RSUD	APBD-P Kab. Bone	% Terhadap APBD
2014	Rp. 78.378.401.700,-	Rp. 1.621.565.104.168,-	4,83
2015	Rp. 89.520.518.900,-	Rp. 2.020.021.255.842,-	4,43
2016	Rp. 119.627.854.000,-	Rp. 2.182.915.568.776,-	5,48
2017	Rp. 133.155.208.275,-	Rp. 2.335.930.580.063,-	5,70
2018	Rp. 114.821.749.482,-	Rp. 2.353.404.828.655,-	4,88

Secara proporsional, anggaran untuk pelayanan kesehatan masyarakat pada RSUD Tenriawaru Bone terhadap APBD Kabupaten Bone adalah 1 banding 20 atau pada kisaran 5 persen dari APBD. Dengan adanya penggunaan dana yang besar RSUD Tenriawaru selalu melaksanakan tugas dan fungsinya seoptimal mungkin demi mendorong terwujudnya tata kelola pemerintahan yang baik dan bersih (good governance and clean government) dalam rangka pencapaian Visi dan Misi Bupati Bone terpilih periode tahun 2013-2018.

Realisasi Keuangan Tahun 2018

Adapun realisasi keuangan belanja RSUD Tenriawaru Bone pada tahun anggaran 2018 mencapai nilai penyerapan anggaran sebesar **Rp.115.851.921.412,-** (Seratus Lima Belas Milyar Delapan Ratus Lima Puluh Satu Juta Sembilan Ratus Dua Puluh Satu Ribu Empat Ratus Dua Belas Rupiah) atau **97,89%** dari total pagu anggaran yang rinciannya pada tabel berikut ini :

Tabel 3.17
Realisasi Keuangan RSUD Tenriawaru Bone Tahun 2018

JENIS BELANJA	ANGGARAN	REALISASI	%
BELANJA TIDAK LANGSUNG (Gaji & Tunjangan Pegawai)	Rp. 18.523.595.800,-	Rp. 17.311.391.556,-	93,46
BELANJA LANGSUNG (Program dan Kegiatan)	Rp. 96.298.153.682,-	Rp. 98.540.529.856,-	102,33
JUMLAH	Rp. 114.821.749.482,-	Rp. 115.851.921.412,-	97,89

Pemanfaatan Anggaran Tahun 2018

Pemanfaatan anggaran kinerja RSUD Tenriawaru Bone yang bersumber dari DAK, DAU APBD Kab. Bone T.A. 2018, tergambar secara umum pada **tabel 3.1.5** diatas, dengan rincian penjelasan sebagai berikut :

1. Program Pengadaan, Peningkatan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit/ Rumah Sakit Jiwa/ Rumah Sakit Paru-Paru/ Rumah Sakit Mata, dengan alokasi anggaran sebesar Rp.25.123.146.682,- dengan realisasi keuangan sebesar Rp.24.982.539.783,- atau 99,44 persen dan realisasi fisik masing- masing kegiatan sebesar 100 persen. Program ini mencakup kegiatan :
 - a) Penambahan Ruang Rawat Inap RS (VVIP,VIP, Kelas I, II, III), bersumber dari anggaran DAK-DAU dengan alokasi anggaran sebesar Rp.20.416.555.000,- dengan realisasi keuangan sebesar Rp.20.319.137.385,- atau 99,52 persen dan realisasi fisik sebesar 100 persen. Target capaiannya yaitu Pembangunan Tahap II Gedung Perawatan 5 LT berupa (Pekerjaan Arsitek, Mekanikal dan Elektrikal).
 - b) Pengembangan Ruang Labotatorium, bersumber dari anggaran DAK-DAU dengan alokasi anggaran sebesar Rp.753.300.000,- dengan realisasi keuangan sebesar Rp.734.115.443,- atau 97,45 persen dan realisasi fisik sebesar 100 persen. Target capaiannya yaitu Penambahan 2 Ruang Laboratorium.
 - c) Pembangunan Kamar Jenazah tidak terealisasi karena ketidaktersediaan dana.
 - d) Pengadaan IPAL tidak terealisasi karena ketidaktersediaan dana.
 - e) Pengadaan Alat-Alat Kesehatan Rumah Sakit (Alat Kedokteran Umum) yang bersumber dari dana DBH-CHT dengan alokasi anggaran sebesar Rp.200.000.000,- dengan realisasi keuangan sebesar Rp.175.995273,- atau 88 persen dan realisasi fisik sebesar 100 persen. Adapun capaiannya yaitu terpenuhinya kebutuhan Alat kedokteran Umum, Realisasi kegiatan ini berupa 2 Jenis alat kedokteran Umum yaitu Tensimeter.
 - f) Pengadaan Alat-Alat Kesehatan Rumah Sakit (Lanjutan) yang bersumber dari anggaran DAK dan DAU, dengan alokasi anggaran sebesar Rp.3.753.291.682,- terealisasi 100 persen. Adapun capaiannya yaitu terbayarnya dana yang belum tersalurkan tahun 2017.
 - g) Pengadaan Ambulance/ Mobil Jenazah tidak terealisasi karena ketidaktersediaan dana.
2. Program Pelayanan Kesehatan BLUD, dengan alokasi anggaran sebesar Rp.71.175.007.000,- dengan realisasi keuangan sebesar Rp.73.557.990.073,- atau 103,35 persen. Program ini mencakup kegiatan Pelayanan Kesehatan BLUD RSUD, dengan capaian yaitu tersedianya Biaya Operasional dan Non Operasional untuk pelayanan kesehatan di RSUD Tenriawaru.
 Pada belanja BLUD, dibedakan menjadi Biaya Operasional dan Biaya Non

Operasional.

Biaya Operasional meliputi :

Biaya Pelayanan

- Gaji dan Tunjangan Non PNS, dengan realisasi Rp.3.661.400.000,-
- Tambahan penghasilan Non PNS, dengan realisasi Rp.163.000.000,-
- Biaya Obat, dengan realisasi sebesar Rp.12.510.749.675,-
- Biaya Alat kesehatan, dengan realisasi sebesar Rp.4.975.316.562,-
- Biaya Bahan dan Alat Laboratorium, dengan realisasi sebesar Rp.1.691.132.185,-
- Biaya Bahan Bank Darah, dengan realisasi sebesar Rp.813.275.000,-
- Biaya Bahan Hemodialisa dengan realisasi sebesar Rp.2.753.957.250,-
- Biaya Bahan Alat Radiologi dengan realisasi sebesar Rp.222.070.307,-
- Biaya Bahan Makanan Pasien dengan realisasi sebesar Rp.1.667.736.800,-
- Biaya Bahan Makanan Pegawai dengan realisasi sebesar Rp.1.820.960.250,-
- Biaya jasa Medis, Non Medis & Paramedis dengan realisasi sebesar Rp.30.002.077.375,-
- Biaya Pemeliharaan dan Kalibrasi dengan realisasi sebesar Rp.96.450.000,-
- Biaya Pemeliharaan Alat Kedokteran dengan realisasi sebesar Rp.269.945.000,-
- Biaya Pemeliharaan Alat Laboratorium dengan realisasi sebesar Rp.0,-
- Biaya Perlengkapan Ruang Pasien dengan realisasi sebesar Rp.0,-
- Biaya Linen dengan realisasi sebesar Rp.118.427.371,-
- Biaya Pasien JKM, PKMS, JKD dll
- Biaya Pemakaman Jenazah Tanpa Identitas dengan realisasi sebesar Rp.1.000.000,-
- Biaya Pemeriksaan Pasien Rujukan BPJS dengan realisasi sebesar Rp.27.485.000,-

Biaya Administrasi Umum

- Biaya Gaji dan Tunjangan Pegawai PNS dengan realisasi sebesar Rp.0,-
- Biaya Pendidikan dan Pelatihan dengan realisasi Rp.430.750.182,-
- Biaya Pendidikan dan Pelatihan Akreditasi Versi 2012 dengan realisasi Rp.28.400.000,-
- Biaya Pendidikan dan Pelatihan Pimpinan dengan realisasi Rp.22.125.000,-
- Biaya Benda Pos dan Pengiriman dengan realisasi Rp.6.270.000,-
- Biaya ATK dengan realisasi sebesar Rp.251.884.480,-

- Biaya Cetak dengan realisasi sebesar Rp.478.383.560,-
- Biaya Penggandaan dengan realisasi sebesar Rp.72.357.034,-
- Biaya Pakaian Dinas/ Kerja dengan realisasi sebesar Rp.0,-
- Biaya Makan Minum Rapat dengan realisasi sebesar Rp.93.832.500,-
- Biaya Makan Minum Tamu dengan realisasi sebesar Rp.43.882.000,-
- Biaya Lelang dengan realisasi sebesar Rp.0,-
- Biaya Langganan Media/ Surat Kabar/ Majalah dengan realisasi sebesar Rp.29.876.070,-
- Biaya Dokumentasi dengan realisasi sebesar Rp.0,-
- Biaya Piket dengan realisasi sebesar Rp.0,-
- Biaya Perjalanan Dinas dengan realisasi sebesar Rp.481.472.919,-
- Biaya Honorarium/ Kepanitiaan dengan realisasi sebesar Rp.1.292.800.000,-
- Biaya Keanggotaan dengan realisasi sebesar Rp.0,-
- Biaya Transport Narasumber dengan realisasi sebesar Rp.22.704.730,-
- Biaya Akomodasi Narasumber dengan realisasi sebesar Rp.12.533.390,-
- Biaya Honorarium Narasumber dengan realisasi sebesar Rp.9.600.000,-
- Biaya Pemeliharaan Rumah Dinas dan Gedung dengan realisasi sebesar Rp.1.256.149.736,-
- Biaya Pemeliharaan Instalasi/ Jaringan dengan realisasi sebesar Rp.293.800.000,-
- Biaya Pemeliharaan Alat Transportasi dengan realisasi sebesar Rp.330.277.650,-
- Biaya Pemeliharaan Teknologi Informasi dengan realisasi sebesar Rp.22.082.128,-
- Biaya Pemeliharaan Alat Kantor dan Rumah Tangga dengan realisasi sebesar Rp.429.876.409,-
- Biaya Pemeliharaan Perlengkapan Kantor dengan realisasi sebesar Rp.0,-
- Biaya Pemeliharaan Fisik Lainnya dengan realisasi sebesar Rp.0,-
- Biaya Bahan dan Alat Sanitasi dengan realisasi sebesar Rp.32.185.336,-
- Biaya Bahan Pembersih dan Alat Kebersihan dengan realisasi sebesar Rp.304.307.500,-
- Biaya Bahan Bakar Bensin/ Solar dengan realisasi sebesar Rp.165.037.981,-
- Biaya Bahan Minyak Tanah dengan realisasi sebesar Rp.0,-
- Biaya Bahan Gas Untuk Dapur dengan realisasi sebesar Rp.54.715.000,-
- Biaya Bahan dan Alat Dapur/ Pantry dengan realisasi sebesar Rp.0,-
- Biaya Pengisian Tabung dengan realisasi sebesar Rp.1.613.708.000,-

- Biaya Bahan Persediaan Alat Listrik/ Elektronik dengan realisasi sebesar Rp.37.120.150,-
- Biaya Bahan Peralatan Pustaka dengan realisasi sebesar Rp.0,-
- Biaya Bahan Peralatan Kerja dengan realisasi sebesar Rp.6.955.000,-
- Biaya Peralatan Kantor dan RT dengan realisasi sebesar Rp.84.051.954,-
- Biaya Jasa Konsultasi dengan realisasi sebesar Rp.628.059.000,-
- Biaya Jasa Langganan Listrik/ Air/ Telepon/ Internet dengan realisasi sebesar Rp.1.722.151.396,-
- Biaya Jasa Pengembangan SIM IT dengan realisasi sebesar Rp.25.500.000,-
- Biaya Jasa Kebersihan dengan realisasi sebesar Rp.14.073.682,-
- Biaya Jasa Sewa dengan realisasi sebesar Rp.564.900.000,-
- Biaya Jasa Sosial/ Pasien Miskin dengan realisasi sebesar Rp.0,-
- Biaya Jasa Pemeriksaan Air Udara dan Gas dengan realisasi sebesar Rp.34.905.000,-
- Biaya Jasa Pengelolaan Sampah RS dengan realisasi sebesar Rp.0,-
- Biaya Bahan Bangunan dengan realisasi sebesar Rp.44.543.745,-
- Biaya Promosi dan Publikasi dengan realisasi sebesar Rp.23.345.250,-
- Biaya Sosial/ Bencana Alam dengan realisasi sebesar Rp.0,-
- Biaya P3K dengan realisasi sebesar Rp.600.000,-
- Biaya Premi Asuransi (BPJS,Ketenagakerjaan) realisasi sebesar Rp.0,-

Biaya Non Operasional

- a) Biaya Bunga dengan realisasi sebesar Rp.0,-
- b) Biaya Kliring dengan realisasi sebesar Rp.1.310.000,-
- c) Biaya Administrasi Bank Lain-lain dengan realisasi sebesar Rp.0,-
- d) Biaya Kerugian Penjualan Aset Tetap dengan realisasi sebesar Rp.0,-
- e) Biaya Kerugian Penurunan Nilai dengan realisasi sebesar Rp.0,-
- f) Biaya Non Operasional Lain-lain dengan realisasi sebesar Rp.0,-
- g) Biaya Denda Keterlambatan Pajak dengan realisasi sebesar Rp.33.132.366,-
- h) Biaya Pengembalian Kelebihan Pembayaran BPJS dengan realisasi sebesar Rp.16.760.350,-

Biaya Pengeluaran Investasi

- a. Pengadaan Tanah dengan realisasi sebesar Rp.0,-
- b. Pembangunan Gedung dengan realisasi sebesar Rp.214.089.000,-
- c. Pengadaan Alat Kedokteran Kesehatan dengan realisasi sebesar Rp.75.937.500,-
- d. Pengadaan Alat-alat Kantor dan RT dengan realisasi sebesar Rp.463.152.000,-

- e. Pengadaan AlatPerlengkapan RS dengan realisasi sebesar Rp.9.540.000,-
- f. Pengadaan Komputer dan Printer dengan realisasi sebesar Rp.980.231.300,-
- g. Pengadaan Kendaraan Operasional dengan realisasi sebesar Rp.0,-
- h. Pengadaan Alat Dokumentasi dengan realisasi sebesar Rp.0,-
- i. Pengadaan Alat Parkir dengan realisasi sebesar Rp.0,-
- j. Pengadaan Alat Komunikasi dengan realisasi sebesar Rp.3.575.000,-
- k. Pengadaan Mesin Foto copy dengan realisasi sebesar Rp.0,-
- l. Pengadaan Alat Peraga dengan realisasi sebesar Rp.0,-

Pengeluaran untuk fisik lainnya

Alokasi dana yang dianggarkan pada RSUD Tenriawaru melalui program dan kegiatan tersebut berupa belanja langsung dan tidak langsung sebesar Rp.114.821.749.482,- dan realisasinya sebesar Rp.115.851.921.412,-

Tabel 3.18
Ikhtisar Realisasi Capaian Kinerja Indikator Kinerja Sasaran dan Realisasi Keuangan Program/Kegiatan sesuai Perjanjian Kinerja (PK) RSUD
Tenriawaru Bone Tahun Anggaran 2018

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA	TARGET PK 2018	REALISASI CAPAIAN KINERJA	% CAPAIAN	PROGRAM	KEGIATAN	ANGGARAN (setelah perubahan)	REALISASI KEUANGAN	% KEUANGAN	EFISIENSI
1	2	3	4	(5)=(4/3)x100%	6	7	8	9	(10)=(9/8)x100%	11
Meningkatnya sarana dan prasarana sesuai standar Rumah Sakit Kelas B	Pengadaan Gedung pada Th berjalan	2 Paket	2 Paket	100%	Pengadaan, Peningkatan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit/ Rumah Sakit Jiwa/ Rumah Sakit Paru-paru/ Rumah Sakit Mata.	Penambahan Ruang Rawat Inap Rumah Sakit (VVIP, VIP, Kelas I, II, III)	20.416.555.000	20.319.137.385	99,52	0,48
	Pengadaan IPAL	1 Paket	0 Paket	0%		Pengembangan Ruang Laboratorium RS	753.300.000	734.115.443	97,45	2,55
	Pengadaan Alat Kesehatan Th berjalan	4 Paket	1 Paket	25%		Pengadaan Alat-alat Kesehatan Rumah Sakit.	200.000.000	175.995.273	88,00	12,00
	Pengadaan Ambulance/ Mobil Jenazah	2 Unit	0 Paket	0%		Pengadaan Alat-alat Kesehatan RS (Lanjutan)	3.753.291.682	3.753.291.682	100,00	0,00
	Pemeliharaan Alkes (Kalibrasi Alat)	100%	82,89%	83%	Pelayanan Kesehatan BLUD	Pelayanan Kesehatan BLUD RSUD				
Meningkatnya kualitas SDM rumah sakit.	Jumlah karyawan terlatih sesuai standar SDM RS	350 Org	451 Org	129% (Bersertifikat Pelatihan)	Pelayanan Kesehatan BLUD	Pelayanan Kesehatan BLUD RSUD				
	Rata- rata Pelatihan Karyawan, 20Jam/Org/ Thn >60%.	60%	16,49%	24,41%						
Terakreditasinya RS Versi 2012	Elemen- elemen Penilaian akreditasi Versi 2012	Predikat Paripurna	Visitasi (Predikat Paripurna)	100%	Pelayanan Kesehatan BLUD	Pelayanan Kesehatan BLUD RSUD				
Meningkatnya kualitas SDM rumah sakit.	Cost Recovery Rate (CRR).≥40%	80%	97,08%	121,35%	Pelayanan Kesehatan BLUD	Pelayanan Kesehatan BLUD RSUD				
	Tingkat Kemandirian Keuangan RS.	100%	168,70%	168,70%						

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA	TARGET PK 2018	REALISASI CAPAIAN KINERJA	% CAPAIAN	PROGRAM	KEGIATAN	ANGGARAN (setelah perubahan)	REALISASI KEUANGAN	% KEUANGAN	EFISIENSI
Mewujudkan kemandirian Rumah Sakit	Bed Occupancy Rate (BOR) 60-85%	70%	51%	Belum sesuai Standar	Pelayanan Kesehatan BLUD	Pelayanan Kesehatan BLUD RSUD	71.175.007.000	73.557.990.073	103,35	(3,35)
	Average Lenght of Stay (ALOS) 6-9Hari	3Hari	4Hari	Belum sesuai Standar						
	Bed Turn Over (BTO) 40-50 Kali	40Kali	52Kali	Belum sesuai Standar						
	Turn Over Interval (TOI) 1-3 Hari	2Hari	3Hari	Sesuai Standar						
	Net Death Rate (NDR) ≤25‰	15‰	23‰	Sesuai Standar						
	Gross Date Rate (GDR) ≤45‰	35‰	45‰	Sesuai Standar						
	Indeks Kepuasan Pelanggan 90%	90%	91,29%	Sesuai Standar						

3.3 HAL-HAL LAIN YANG PERLU DILAPORKAN

Penghargaan Yang Diterima Pada Tahun 2018

RSUD Tenriawaru telah Terakreditasi Versi 2012 dengan Predikat Paripurna (Bintang 5) setelah dilaksanakan Survey Verifikasi ke-dua Akreditasi Versi 2012 pada tahun 2018.

Permasalahan dan Solusi

Beberapa hal yang berpengaruh sehingga pencapaian kinerja sasaran RSUD Tenriawaru Bone tahun 2018 belum tercapai secara optimal disebabkan hal-hal sebagai berikut :

Permasalahan

- Masih terdapat pencapaian Indikator kualitas fisik dan layanan perawatan di rumah sakit yang menunjukkan angka tidak berada pada angka Ideal, yaitu angka Bed Occupancy Rate (BOR) yaitu tingkat pemanfaatan TT 51%, Average Length Of Stay (ALOS) yang menunjukkan Rata-rata hari rawat pasien adalah 4 hari, BTO (Bed Turn Over) cukup tinggi yaitu 52 kali dalam setahun.
- Berdasar hasil pengukuran belum seluruh capaian SPM rumah sakit berada pada angka standar.

Solusi

- RSUD Tenriawaru akan mengupayakan perbaikan beberapa faktor yang dapat mendukung peningkatan capaian Indikator kinerja pelayanan. Untuk meningkatkan Persentase tingkat pemanfaatan TT (BOR) yang disebabkan penurunan Jumlah Hari Perawatan dan penempatan TT yang belum sesuai, RS akan membuat analisa kebutuhan TT berdasarkan jumlah hari perawatan pada masing-masing ruang perawatan, Rumah sakit akan melengkapi fasilitas ruangan sesuai standar yang berorientasi pada kenyamanan Pasien. Penyusunan Clinical Pathway (CP), terutama untuk penyakit-penyakit yang banyak dirawat di RS dan berpotensi menimbulkan biaya (cost) yang tinggi. Dengan adanya clinical pathway (CP), petugas kesehatan akan memiliki pedoman dalam perawatan pasien, mulai pasien masuk/ dirawat sampai keluar rumah sakit. CP ini akan menjadi jaminan mutu rumah sakit, memastikan pasien dirawat sesuai dengan hari rawat yang dibutuhkan hingga pasien sembuh. Membuat laporan Alasan mengapa pasien pulang atas permintaan sendiri yang jumlahnya masih banyak. Laporan tersebut akan digunakan untuk memperbaiki pelayanan RS di tahun depan.

- Berdasarkan hasil evaluasi SPM, dibutuhkan pengawasan terhadap pelaksanaan kegiatan pada unit dan bagian untuk mengetahui masalah dan kendala yang dapat diatasi atau dikurangi dengan menggunakan sumber daya yang ada. Tim SPM melakukan analisa atas capaian standar pelayanan minimal dan merumuskan rekomendasi atas capaian standar pelayanan minimal yang belum standar untuk di tindaklanjuti oleh pihak manajemen sebagai penanggung jawab seluruh tugas pokok fungsi pelayanan rumah sakit.

BAB IV

PENUTUP

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

LKj bagi RSUD Tenriawaru Bone juga menjadi punya makna strategis, sebagai bagian dari penerjemahan tugas dan fungsi RSUD Tenriawaru Bone. Pengukuran-pengukuran kinerja telah dilakukan, dan dikuatkan dengan data pendukung yang mengurai bukan hanya pencapaian tahun pelaporan 2018, namun juga melihat tren pencapaiannya dari tahun ke tahun dan kontribusinya untuk pencapaian target akhir RENSTRA. Secara umum, nampak bahwa kinerja RSUD Tenriawaru Bone pada tahun 2018 adalah cukup baik, karena dari 17 terdapat 3 indikator memenuhi kriteria sangat baik, 4 Indikator dengan kriteria Baik, 3 Indikator berkategori Cukup dan 5 indikator belum memenuhi kriteria cukup dikarenakan terdapat 2 kegiatan tidak terlaksana.

Dari evaluasi dan analisis atas pencapaian sasaran dan IKU yang sudah diuraikan dalam Bab III, terlihat bahwa kerja keras telah dilakukan oleh RSUD Tenriawaru Bone untuk memastikan pencapaian kinerja sebagai prioritas dalam pembangunan daerah. Upaya ini telah mencakup perumusan dan penetapan kinerja tahunan dan juga menengah sebagai bagian dari kebijakan strategis maupun tahunan daerah, khususnya dalam RENSTRA dan RENCANA KERJA (RENJA) 2018 yang mencakup juga penentuan program/ kegiatan dan alokasi anggarannya. Juga mencakup bukan hanya sekedar pelaksanaan program/ kegiatan yang rutin dilakukan, namun juga pengembangan inovasi dalam berbagai bentuk. Namun demikian, beberapa tantangan perlu menjadi fokus bagi perbaikan kinerja RSUD Tenriawaru Bone ke depan antara lain tingkat kepercayaan masyarakat pada pelayanan kesehatan serta Kreatifitas dan inovasi dalam peningkatan mutu layanan.

Bagi instansi di lingkungan RSUD Tenriawaru Bone sendiri, ini bisa berarti perlunya peningkatan efektivitas dan pencapaian kinerja sehingga bisa menjawab beberapa tantangan yang harus dicapai.

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 Tenriawaru Bone untuk perbaikan perencanaan dan pelaksanaan program/ kegiatan di tahun yang akan datang. Beberapa permasalahan dan solusi yang sudah dirumuskan akan menjadi tidak berarti jika hanya berhenti menjadi laporan saja, namun harus ada rencana dan upaya nyata untuk menerapkannya dalam siklus perencanaan dan pelaksanaannya. Hal ini akan menjadikan LKj benar-benar menjadi bagian dari sistem monitoring dan evaluasi peningkatan kinerja pemerintahan dan perbaikan layanan publik.

Watampone, 6 Februari 2019

DIREKTUR,
RSUD TENRIAWARU KAB. BONE



dr. Hj. NURMINAH A. YUSUF, MARS
NIP. 19641206199903 2 002

