



LAPORAN KINERJA INSTANSI PEMERINTAH

TAHUN 2024



**PEMERINTAH KABUPATEN JOMBANG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PLOSO**

Jl. Darmo Sugondo No. 83 Ploso Telp/Fax.(0321) 887888 - 888615

“Senyummu Kebahagiaanku”

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas Rahmat dan Karunia-Nya akhirnya Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LkjIP) RSUD Ploso Jombang Tahun 2024 ini dapat diselesaikan. Penyusunan Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LkjIP) ini mengacu kepada Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2014 Tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah dan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 53 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah.

Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) merupakan bentuk akuntabilitas dari pelaksanaan tugas dan fungsi yang dipercayakan kepada setiap instansi pemerintah atas penggunaan anggaran, sehingga pada akhirnya LKjIP diharapkan dapat memberikan informasi kinerja yang terukur kepada pemberi mandate atas kinerja yang telah dan seharusnya dicapai serta sebagai upaya perbaikan berkesinambungan bagi RSUD Ploso Kabupaten Jombang untuk meningkatkan kinerjanya.

Kami menyadari bahwa Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LkjIP) RSUD Ploso Tahun 2024 ini belum sempurna dan masih terdapat kekurangan yang perlu diperbaiki. Oleh karena itu, kami mengharapkan adanya saran, kritik dan petunjuk dalam penyusunan LKjIP yang akan datang. Akhir kata, semoga LKjIP ini dapat diterima dan dijadikan bahan pertimbangan dalam pengelolaan dan penataan serta peningkatan kinerja RSUD Ploso Kabupaten Jombang dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Jombang, 27 Maret 2025
DIREKTUR RSUD PLOSO
KABUPATEN JOMBANG



The image shows a circular official stamp of RSUD Ploso, Kabupaten Jombang. The stamp contains the text 'PEMERINTAH KABUPATEN JOMBANG' at the top, 'RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PLOSO' in the center, and 'JOMBANG' at the bottom. A blue ink signature is written over the stamp.

dr. HENDRI MARZUKI

Penata Tk. I

NIP. 19701031 201412 1 001

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI.....	ii
DAFTAR GAMBAR	iii
DAFTAR TABEL	iv
LAMPIRAN	v
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Struktur Organisasi.....	1
1.2 Tugas dan Fungsi.....	1
1.3 Isu Strategis	5
1.4 Cascading Kinerja (Keterhubungan dengan RPJMD)	7
1.5 Peta Proses Bisnis	10
1.6 Ringkasan Laporan Hasil Evaluasi.....	10
BAB II PERENCANAAN DAN PERJANJIAN KINERJA	12
2.1 Rencana Strategis	12
2.2 Rencana Kerja.....	13
2.3 Perjanjian Kinerja	14
BAB III AKUNTABILITAS KINERJA.....	16
3.1 Capaian Kinerja Organisasi	16
3.1.1 Perbandingan Antara Target dan Realisasi Kinerja Tahun Ini.....	16
3.1.2 Perbandingan Antara Realisasi Kinerja Tahun Ini dengan Dua Tahun Terakhir ...	29
3.1.3 Perbandingan Antara Realisasi Kinerja Tahun Ini Dengan Target Jangka Menengah	32
3.1.4 Perbandingan Antara Realisasi Kinerja Tahun Ini dengan Realisasi Kinerja Level Nasional/ Internasional.....	39
3.1.5 Analisis Atas Realisasi Kinerja	43
3.2 Realisasi Anggaran	48
3.2.1 Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Realisasi Anggaran	48
3.2.2 Analisis Atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya	51
3.3 Upaya Perbaikan Kinerja	59
BAB IV PENUTUP.....	61
4.1 Kesimpulan	61
4.2 Rekomendasi	61
LAMPIRAN	63

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1	Struktur Organisasi Rumah Sakit Umum Daerah Ploso Berdasarkan Perda Nomor 14 Tahun 2011	1
Gambar 1.2	Struktur Organisasi Rumah Sakit Umum Daerah Ploso Berdasarkan Perdir Nomor 188.4/225/415.48/SK/2024	5
Gambar 1.3	Keterkaitan Perubahan RPJMD Kabupaten dengan Renstra RSUD Ploso Kabupaten Jombang Tahun 2024-2026	9
Gambar 2.1	Keterkaitan Renstra RSUD Ploso dengan RPD Kabupaten Jombang Tahun 2024-2026	12
Gambar 2.2	Keterkaitan Renstra RSUD Ploso dengan Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024 dan Renstra Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2019-2024	13
Gambar 2.3	Perjanjian Kinerja	14

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Skala Nilai Peringkat Kinerja	16
Tabel 3.2	Capaian Indikator Kinerja Tujuan Terhadap Target Jangka Menengah	17
Tabel 3.3	Capaian Indikator Kinerja Sasaran Strategis	17
Tabel 3.4	Hasil Evaluasi atas Kinerja Sasaran Strategis	18
Tabel 3.5	Capaian Indikator Kinerja Program	25
Tabel 3.6	Perbandingan Realisasi Kinerja Sasaran	29
Tabel 3.7	Perbandingan Realisasi Kinerja Program	31
Tabel 3.8	Perbandingan Realisasi Kinerja Sasaran s.d Akhir Periode RPJMD/ Renstra	32
Tabel 3.9	Perbandingan Realisasi Kinerja Program s.d Akhir Periode RPJMD/ Renstra	37
Tabel 3.10	Perbanding Realiasasi Kinerja Sasaran RSUD Ploso Tahun 2024 dengan Standar Nasional	39
Tabel 3.11	Perbanding Realiasasi Kinerja Program RSUD Ploso Tahun 2024 dengan Standar Nasional	42
Tabel 3.12	Matriks Tindak Lanjut Hasil Evaluasi SAKIP Tahun 2024	45
Tabel 3.13	Pencapaian Kinerja dan Anggaran Tahun 2024	48
Tabel 3.14	Jumlah Anggaran dan Realisasi APBD Tahun 2024	50
Tabel 3.15	Efisiensi Penggunaan Sumber Daya Anggaran	51
Tabel 3.16	Jumlah Sumber Daya Manusia Menurut Analisis Beban Kerja RSUD Ploso Tahun 2024	53
Tabel 3.17	Efisiensi Penggunaan Sumber Daya Manusia	56
Tabel 3.18	Capaian ASPAK Tahun 2024	58
Tabel 3.19	Efisiensi Penggunaan Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan	58

LAMPIRAN

Lampiran 1.	Perjanjian Kinerja	63
Lampiran 2.	Sasaran Kinerja Pegawai	67
Lampiran 3.	Rencana Aksi	69
Lampiran 4.	Monev Rencana Aksi	70
Lampiran 5.	Pengukuran Kinerja	71
Lampiran 6.	Proses Bisnis	72

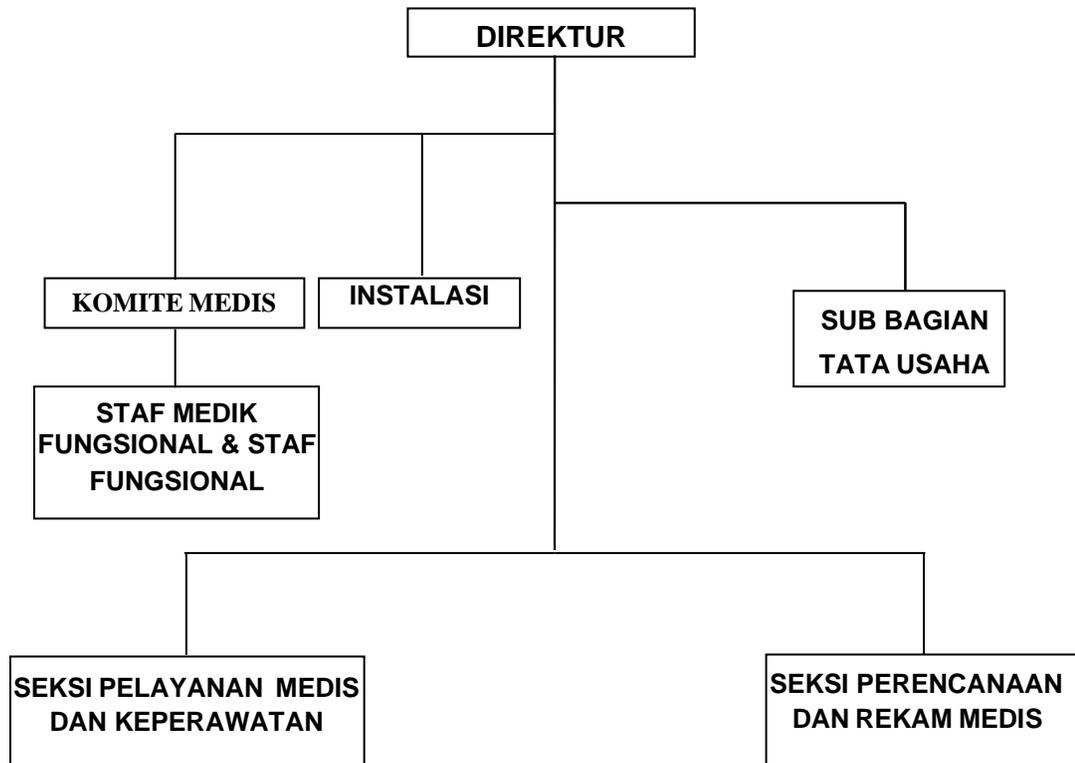
BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Struktur Organisasi

Untuk melaksanakan tugas pokok dan fungsi RSUD Ploso, maka susunan organisasi RSUD Ploso dapat digambarkan sebagai berikut :

Gambar 1.1
Struktur Organisasi Rumah Sakit Umum Daerah Ploso
Berdasarkan Perda Nomor 14 Tahun 2011



Sumber: Lampiran Perda Kabupaten Jombang Nomor 14 Tahun 2011

1.2 Tugas dan Fungsi

Selanjutnya mengenai tugas pokok dan fungsi dari masing-masing bagian struktur organisasi diatur dalam Peraturan Bupati Jombang Nomor 14 Tahun 2012, dengan rincian sebagai berikut:

1. Direktur

a. Tugas pokok:

Memimpin, menyusun kebijakan, membina, mengkoordinasikan dan mengawasi pelaksanaan program dan kegiatan di Rumah Sakit Umum Daerah Ploso sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

b. Fungsi:

- Penyusunan rencana strategis Rumah Sakit Umum Daerah Ploso;
- Monitoring dan evaluasi pelaksanaan program dan kegiatan di Rumah Sakit Umum Daerah Ploso; dan
- Koordinasi antarinstansi terkait agar pelaksanaan tugas pokok dan fungsi

Rumah Sakit Umum Daerah Ploso berjalan dengan baik.

2. Sub Bagian Tata Usaha

a. Tugas pokok:

- Mengelola urusan rumah tangga dan ketatausahaan yang meliputi persuratan, tata kearsipan, perjalanan dinas dan keprotokolan, perpustakaan serta perlengkapan kantor;
- Menyusun rencana kebutuhan, pengelolaan, pengadaan dan pemeliharaan peralatan kantor, kendaraan operasional, ambulan dan barang inventaris lainnya;
- Menyelenggarakan urusan kebersihan kantor, keamanan dan ketertiban;
- Menyusun dan memelihara data perencanaan serta pengembangan pegawai;
- Menyiapkan bahan dan memproses administrasi pengangkatan, kenaikan pangkat, penempatan dalam jabatan, hukuman jabatan, pemberhentian, pemindahan, cuti, pensiun, kenaikan gaji berkala, pemberian tanda jasa serta kegiatan lain yang berhubungan dengan hak, kewajiban dan kesejahteraan pegawai;
- Melaksanakan monitoring dan evaluasi kinerja serta disiplin pegawai;
- Menyediakan fasilitas penyelenggaraan peningkatan sumber daya manusia dan pemantauan kegiatan profesi, penataran, bimbingan teknis, pelatihan, penelitian dan pengembangan;
- Melaksanakan pembukuan dan pencatatan keuangan;
- Mengelola gaji pegawai, dana operasional dan perbendaharaan;
- Mengelola dan menggerakkan dana yang diperoleh dari pelayanan fungsional;
- Menyiapkan bahan koordinasi atau kerjasama dengan instansi/ lembaga lain;
- Mengembangkan promosi, membangun *image* pelayanan kesehatan serta melaksanakan sosialisasi program pelayanan;
- Mengembangkan fungsi dan penampilan/ performa petugas layanan informasi (*front desk*);
- Melaksanakan tugas kehumasan dan penanganan permasalahan sengketa hukum;
- Menerima dan memproses keluhan, *complain* dan penyelesaian pengaduan masyarakat/ pasien; dan
- Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh direktur.

3. Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan

a. Tugas pokok:

- Mengkoordinasikan kebutuhan tenaga, prasarana dan sarana pelayanan medis pada instalasi rawat darurat, instalasi rawat inap, instalasi rawat jalan, instalasi perawatan intensif, instalasi bedah sentral, instalasi farmasi, laboratorium dan radiologi;
- Melaksanakan pengendalian dan pengawasan serta evaluasi terhadap penggunaan dan kelayakan pakai fasilitas pelayanan medis di instalasi rawat darurat, instalasi rawat inap, instalasi rawat jalan, instalasi perawatan intensif, instalasi bedah sentral, instalasi farmasi, laboratorium dan radiologi;
- Melaksanakan koordinasi dengan komite medis dalam hal pembinaan dan bimbingan etika dan mutu tenaga medis;
- Melaksanakan penilaian terhadap sumber daya di instalasi rawat darurat, instalasi rawat inap, instalasi rawat jalan, instalasi perawatan intensif dan instalasi bedah sentral;
- Mengkoordinasikan kebutuhan tenaga, prasarana dan sarana pelayanan keperawatan pada instalasi rawat darurat, instalasi rawat inap, instalasi rawat jalan, instalasi perawatan intensif dan instalasi bedah sentral;
- Melaksanakan pengendalian dan pengawasan serta evaluasi terhadap asuhan keperawatan dan kebidanan;
- Melaksanakan koordinasi dengan komite keperawatan dalam hal pembinaan dan bimbingan etika dan mutu keperawatan; dan
- Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Direktur.

4. Seksi Perencanaan dan Rekam Medis

a. Tugas pokok:

- Menyusun perencanaan program kerja dan kegiatan;
- Menyiapkan data dan mengolah bahan untuk rencana penyusunan Anggaran Pendapatan dan Belanja;
- Melaksanakan perhitungan anggaran dan menyajikan laporan akuntansi keuangan dan akuntansi manajemen;
- Melaksanakan verifikasi pertanggungjawaban keuangan;
- Menghimpun, memelihara dan mensistematisasikan catatan medis;
- Menyajikan informasi rekam medis sebagai bahan laporan kinerja;
- Menghimpun dan mengelola data pelayanan sebagai evaluasi hasil seluruh kegiatan; dan
- Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Direktur.

5. Instalasi

- Instalasi dipimpin oleh Kepala Instalasi;
- Kepala Instalasi diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- Kepala Instalasi diangkat sebagai jabatan fungsional yang ada di Rumah Sakit Umum Daerah Ploso.
- Tugas pokok instalasi adalah membantu Direktur dalam penyelenggaraan pelayanan fungsional sesuai dengan fungsinya.

6. Komite Medis

- Komite Medis berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- Komite medis dipimpin oleh seorang ketua, yang dipilih oleh anggotanya dan ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- Anggota Komite Medis terdiri dari para ketua staf medis fungsional.
- Tugas pokok Komite Medis adalah membantu Direktur dalam menyusun dan memantau pelaksanaan standar pelayanan medis, melaksanakan pembinaan etika profesi, mengatur kewenangan profesi staf medis fungsional dan mengembangkan program pelayanan medis.

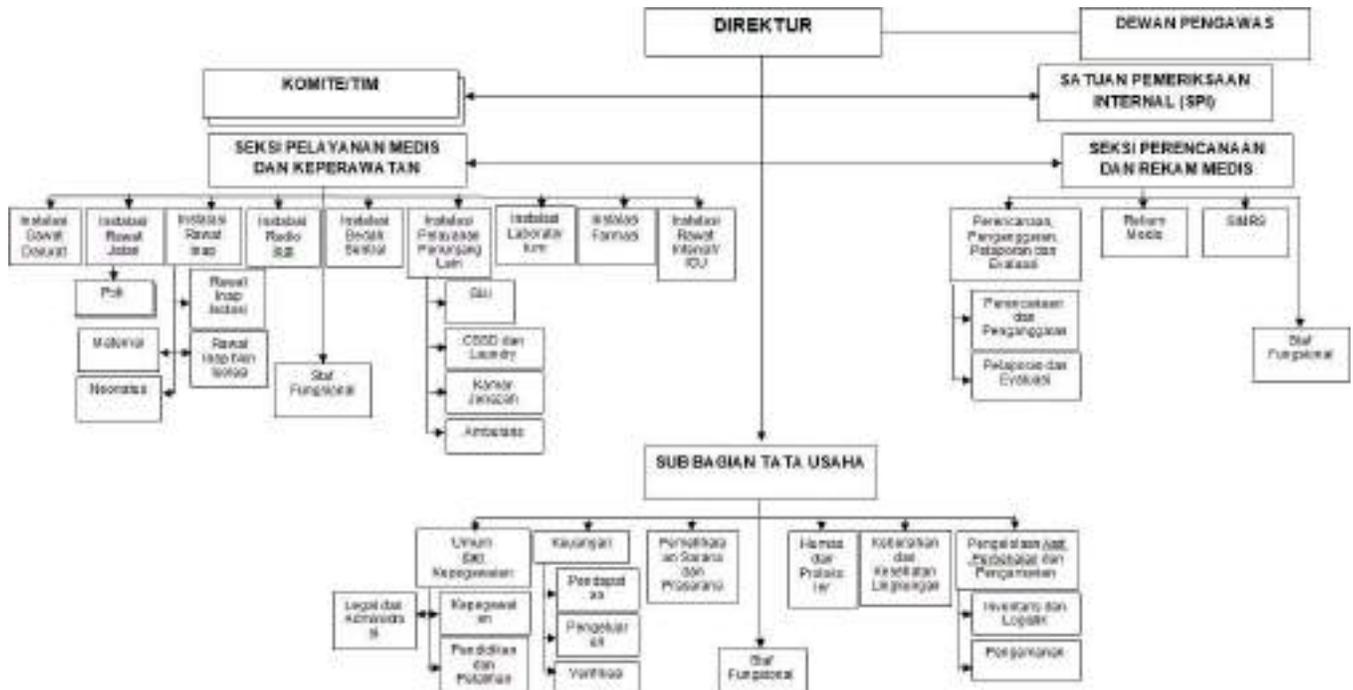
7. Staf medis fungsional dan staf fungsional lainnya

- Staf medis fungsional adalah kelompok dokter yang bekerja di bidang medis dalam jabatan fungsional dan bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medis.
- Staf medis fungsional mempunyai tugas melaksanakan diagnosis, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan kesehatan, pendidikan dan latihan serta penelitian dan pengembangan.
- Kelompok staf medis fungsional dipimpin oleh seorang Ketua yang dipilih oleh anggota kelompoknya dan ditetapkan dengan keputusan direktur.
- Staf medis fungsional dan staf fungsional lainnya merupakan Pegawai Negeri Sipil yang diberi hak dan wewenang secara penuh oleh pejabat yang berwenang sesuai keahliannya dalam rangka menunjang tugas pokok dan fungsi Rumah Sakit Umum Daerah Ploso.

RSUD Ploso telah mengalami perkembangan bila dilihat dari jenis pelayanan, SDM, sarana rasarana dan status pengelolaan rumah sakit yang dimiliki. Untuk memudahkan koordinasi antara unit yang satu dengan unit yang lainnya, maka Direktur RSUD Ploso merancang sebuah struktur organisasi baru yang lebih rinci dengan tetap mengacu dan berpedoman pada struktur organisasi yang lama. Berikut ini adalah struktur organisasi berdasarkan Keputusan Direktur RSUD Ploso

Nomor: 188.4/225/415.48/2024 Tentang Perubahan Ketujuh Atas Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ploso Nomor : 188.4/113/415.48/SK/2021 Tentang Penetapan Struktur Organisasi Rumah Sakit Umum Daerah Ploso.

Gambar 1.2.
Struktur Organisasi Rumah Sakit Umum Daerah Ploso
Berdasarkan Perdir Nomor : 188.4/225/415.48/SK/2024



Sumber: Lampiran Keputusan Direktur RSUD Ploso Nomor: 188.4/225/415.48/2024

1.3 Isu Strategis

Penentuan isu-isu strategis tentunya ditinjau dari beberapa hal, diantaranya sebagai berikut :

1. Gambaran pelayanan perangkat daerah;
2. Sasaran jangka menengah pada Renstra K/L;
3. Sasaran jangka menengah dari Renstra PD;
4. Implikasi RTRW bagi pelayanan PD;
5. Implikasi KLHS bagi pelayanan PD

Mengacu pada berbagai hal tersebut di atas maka terdapat sejumlah isu strategis sebagai 'entry point' atas kebutuhan antisipasi, penanggulangan, maupun tindak lanjut yang perlu diupayakan. Berdasarkan kondisi kesehatan masyarakat dan peran serta RSUD Ploso Kabupaten Jombang dalam bidang tersebut, maka dapat diketahui beberapa pokok hal yang menjadi isu strategis yang perlu diperhatikan oleh RSUD Ploso Kabupaten Jombang, yaitu :

a. Isu - isu strategis yang bersumber dari internal

1. Peningkatan kualitas pelayanan

Masih belum memadainya mutu pelayanan di RSUD Ploso dapat dilihat pada indikator SPM yang diukur. Hal ini berdampak juga pada capaian SPM di RSUD Ploso yang masih jauh dari angka ideal. Pada tahun 2024, angka kematian (NDR) terjadi peningkatan jika dibanding tahun sebelumnya. Meskipun masih di bawah batas maksimal dari angka ideal yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan RI. Disamping itu indikator Kepuasan Masyarakat (IKM) menjadi salah satu tolok ukur keberhasilan mutu pelayanan. Meskipun IKM RSUD Ploso pada tahun 2024 mendapatkan predikat sangat baik, namun masih dibutuhkan perbaikan yang berkelanjutan agar dapat menjadi rumah sakit rujukan pertama oleh masyarakat, khususnya Wilayah Jombang Utara.

2. Pemenuhan kelengkapan sarana, prasarana dan alat kedokteran sesuai standar rumah sakit tipe C

Saat ini Kabupaten Jombang memiliki 2 (dua) rumah sakit milik Pemerintah Kabupaten Jombang. RSUD Kabupaten Jombang merupakan rumah sakit tipe B Pendidikan, yang terletak di pusat kota. Sementara RSUD Ploso merupakan satu-satunya rumah sakit Pemerintah Kabupaten Jombang yang terletak di Wilayah Utara Jombang. Hal ini menjadi peluang dan tantangan bagi RSUD Ploso untuk berbenah dalam meningkatkan kualitas layanan pada masyarakat. Upaya tersebut dilakukan dalam rangka mendukung RPJMD Kabupaten Jombang tahun 2018-2023 yang menetapkan bahwa Wilayah Utara Kabupaten Jombang menjadi pusat kawasan industri. Sehingga diperlukan adanya percepatan pemenuhan kelengkapan sarana, prasarana dan alat kedokteran di RSUD Ploso. Mengingat pada tahun ini RSUD Ploso telah mendapatkan izin operasional sebagai rumah sakit tipe C. Dengan demikian, masyarakat di Wilayah Utara Kabupaten Jombang dan sekitarnya diharapkan dapat lebih mudah mendapatkan pelayanan kesehatan yang lebih lengkap di RSUD Ploso tanpa harus ke pusat kota, yang notabene jaraknya cukup jauh.

3. Pemenuhan dan peningkatan kapasitas SDM sesuai standar RS tipe C

Konsekuensi logis dari peningkatan kelas RSUD Ploso menjadi tipe C adalah pemenuhan kebutuhan dan peningkatan kapasitas SDM, baik pemberi pelayanan langsung maupun pendukung pelayanan. Komposisi SDM RSUD saat ini terdiri dari tenaga ASN dan Non ASN. Perbandingan keduanya kurang lebih sebesar 30% : 70%. Sehingga dibutuhkan perhatian yang lebih dari pemilik dan BKPSDM untuk pemenuhan

kebutuhan SDM di RSUD Ploso baik jumlah dan jenis. Di samping jumlah dan jenis, juga sangat diperlukan peningkatan kapasitas SDM yang ada sehingga mampu bersaing. Mengingat jenis dan variasi penyakit berkembang begitu cepat, tentunya berbanding lurus dengan perkembangan teknologi kedokteran yang terkait dengan kuratif dan rehabilitatif.

4. Pengembangan digitalisasi layanan yang terintegrasi

Pada era digitalisasi, integrasi data yang berkualitas menjadi suatu komponen penting dalam mewujudkan transformasi digital. Data yang terintegrasi dengan lebih sederhana dalam sistem pelayanan kesehatan merupakan salah satu aspek yang harus terus diwujudkan dan ditingkatkan sehingga bisa dimanfaatkan secara maksimal. Disamping itu juga diharapkan dapat memberikan kemudahan dan mempercepat pelayanan kepada pasien dan pengguna layanan.

b. Isu strategis yang bersumber dari eksternal

1. Perubahan kebijakan/regulasi yang sangat dinamis

Perubahan kondisi tersebut membuat pihak manajemen rumah sakit harus dapat mengelola rumah sakit secara efisien dengan tetap memperhatikan kendali mutu dan kendali biaya agar mampu bertahan. Mutu pelayanan terhadap pasien tidak menurun namun rumah sakit juga tidak rugi, mengingat bentuk rumah sakit pemerintah saat ini adalah BLUD. Adanya perubahan mendasar yang terjadi dalam sistem pelayanan kesehatan khususnya perubahan dalam sistem pembiayaan dan pembayaran ke rumah sakit, maka diperlukan antisipasi yang baik oleh pihak manajemen karena hal ini akan mempengaruhi efisiensi dan efektifitas pelayanan di rumah sakit.

1.4 Cascading Kinerja (Keterhubungan dengan RPJMD)

Mengacu pada Instruksi Menteri Dalam Negeri Nomor. 52 tahun 2022 tentang Penyusunan Dokumen Perencanaan Pembangunan Daerah bagi Daerah dengan Masa Jabatan Kepala Daerah Berakhir Pada Tahun 2023 dan Daerah Otonom Baru, maka Rencana Pembangunan Daerah (RPD) Tahun 2024-2026 tidak dijabarkan dari Visi Misi Kepala Daerah terpilih, namun disusun secara teknokratik dan didasarkan pada Arah Kebijakan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Provinsi Jawa Timur Tahun 2019-2024 dan Sasaran Pokok Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah (RPJPD) Kabupaten Jombang tahun 2005-2025.

Mengingat Tujuan dan Sasaran RPD harus selaras dengan RPJPD, maka yang menjadi kaidah penuntun penyusunan RPD adalah RPJPD. Visi RPJPD Kabupaten Jombang Tahun 2005-2025 adalah “Kabupaten Jombang sebagai Sentra Agribisnis di Jawa Timur Tahun 2025” yang selanjutnya dijabarkan ke dalam empat misi. RSUD Ploso mengampu misi kedua yaitu mewujudkan sumber daya manusia yang berkualitas dan berdaya saing. Selain itu juga secara tak langsung mendukung tercapainya misi kesatu yaitu mengembangkan tata pemerintahan yang baik.

Tujuan adalah gambaran mengenai kondisi yang ingin dicapai dalam pembangunan, sehingga menunjukkan tingkat prioritas tertinggi dalam RPD Kabupaten Jombang. Tujuan ini dirumuskan untuk memberikan arah dalam setiap penyusunan perencanaan pembangunan yang dilakukan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Ploso Kabupaten Jombang. Berdasarkan RPD Kabupaten Jombang Tahun 2024-2026, pelaksanaan tugas dan fungsi Rumah Sakit Umum Daerah Ploso Kabupaten Jombang terkait dengan pencapaian. Tujuan RPD dari misi kedua adalah meningkatkan kualitas sumber daya manusia (SDM) yang unggul dan berdayasaing dengan indikator tujuan Indeks *Good Governance* (IGG). Sedangkan tujuan RPD dari misi kesatu adalah meningkatkan tata kelola pemerintahan yang profesional, akuntabel, inovatif, transparan, dan efektif serta penyelenggaraan digitalisasi layanan publik dengan indikator Indeks Pembangunan Manusia (IPM).

Sasaran merupakan penjabaran dari tujuan. Sasaran pembangunan daerah adalah hasil yang akan dicapai secara nyata, spesifik, terukur dalam kurun waktu yang lebih pendek dari tujuan, dalam kurun waktu tertentu/tahunan secara berkesinambungan sejalan dengan tujuan. Sasaran merupakan bagian integral dalam proses perencanaan strategis yang akan dicapai secara nyata melalui penetapan kebijakan, program dan kegiatan sehingga dapat memberi arah terhadap alokasi sumber daya yang telah dipercayakan kepada instansi yang bersangkutan.

Rumah Sakit Umum Daerah Ploso secara langsung mendukung sasaran RPD yaitu meningkatnya derajat pendidikan dan kesehatan dengan indikator Indeks Kesehatan. Di samping itu juga secara tak langsung mendukung sasaran RPD meningkatnya akuntabilitas dan kinerja birokrasi dengan indikator Indeks Reformasi Birokrasi (IRB).

Sehingga dapat dirumuskan bahwa Tujuan Rumah Sakit Umum Daerah Ploso Kabupaten Jombang adalah (1) Meningkatkan akuntabilitas dan kinerja birokrasi dengan indikator Indeks Reformasi Birokrasi (IRB) dan (2) Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dengan indikator Indeks Kesehatan. Adapun sasaran strategis dari tujuan adalah (1) Meningkatnya akuntabilitas dan kinerja Perangkat Daerah dengan indikator nilai evaluasi AKIP RSUD Ploso dan (2) Meningkatnya

kualitas pelayanan kesehatan rujukan RSUD Ploso dengan indikator persentase capaian Indikator Nasional Mutu rumah sakit dan nilai NDR.

Gambar 1.3

Keterkaitan Perubahan RPJMD Kabupaten dengan Renstra RSUD Ploso Kabupaten Jombang Tahun 2024-2026



Jombang, 11 Januari 2024
 HENDRI MARZUKI
 Penata Tingkat I
 NIP.19701031 201412 1

1.5 Peta Proses Bisnis

RSUD Ploso Kabupaten Jombang telah menetapkan Proses Bisnis supaya tercipta kejelasan dan sinergitas pelaksanaan tugas dan fungsi antar unit kerja dalam instansi guna pencapaian tujuan organisasi. Proses bisnis RSUD Ploso Kabupaten Jombang dapat digambarkan sebagaimana terlampir.

1.6 Ringkasan Laporan Hasil Evaluasi

1) Evaluasi atas Perencanaan Kinerja

Evaluasi atas perencanaan kinerja dengan nilai 26,67 dari bobot 30% atau dengan capaian 88,90% (BB) yang berarti bahwa kualitas seluruh kriteria telah terpenuhi (100%) sesuai dengan mandat kebijakan, namun masih terdapat hal yang perlu mendapat perhatian yakni berdasarkan evaluasi lapangan masih terdapat hal yang perlu mendapat perhatian yaitu sebagian kecil pegawai telah terlibat dalam perencanaan kinerja, namun belum terdapat pemahaman akan perencanaan yang dilakukan dengan semangat pemecahan masalah riil dan peran individu dalam mencapai tujuan organisasi. (2.03.04)

2) Evaluasi atas Pengukuran Kinerja

Evaluasi atas pengukuran kinerja dengan nilai 20,73 dari bobot 30% atau dengan capaian 69,10% (CC) yang berarti bahwa kualitas sebagian besar kriteria telah terpenuhi (>50%-75%) sesuai dengan mandat kebijakan, namun masih terdapat hal-hal yang perlu mendapat perhatian adalah: (2.03.04)

a) Berdasarkan hasil evaluasi LKE didapati catatan antara lain:

1. Atas pelaksanaan pengukuran kinerja, sudah didapati Definisi Operasional atas kinerja dan cara mengukur indikator kinerja, namun hanya sebatas pada IKU sedangkan untuk IKI belum dibuat Definisi Operasional (sebagian).
2. Atas pengukuran capaian kinerja diketahui pimpinan telah terlibat dalam pengambilan Keputusan dan penilaian kinerja, namun belum terdapat dokumentasi hasil pengukuran kinerja (bukti dukung yang memadai).

b) Berdasarkan hasil evaluasi lapangan, diketahui bahwa hasil pengukuran dan evaluasi kinerja belum menjadi pertimbangan dalam perencanaan periode berikutnya dan juga dalam melakukan mengukur kinerja individu belum mempertimbangkan capaian kinerja organisasi serta belum dilakukan pemberian penghargaan dan sanksi.

3) Evaluasi atas Pelaporan Kinerja

Evaluasi atas pelaporan kinerja dengan nilai 9,05 dari bobot 15% atau dengan capaian 60,33% (CC) yang berarti bahwa kualitas sebagian besar kriteria telah terpenuhi (>50%-75%) sesuai dengan mandat kebijakan.

4) Evaluasi atas Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi

Evaluasi atas evaluasi akuntabilitas kinerja instansi dengan nilai 20,56 dari bobot 25% atau dengan capaian 82,24% (BB) yang berarti bahwa kualitas seluruh kriteria telah terpenuhi (100%) sesuai dengan mandat kebijakan, namun masih terdapat hal-hal yang perlu mendapat perhatian adalah: (2.03.04)

- a) Evaluasi akuntabilitas kinerja telah dilaksanakan, namun Berita Acara Evaluasi Kinerja belum menggambarkan hasil kinerja dengan pendalaman yang memadai, hanya sebatas penilaian mandiri SAKIP melalui LKE tanpa dilengkapi dengan penjelasan/ keterangan hasil penilaian.
- b) Seluruh rekomendasi hasil evaluasi akuntabilitas kinerja telah ditindaklanjuti, namun belum ada bukti yang nyata terkait pemanfaatan evaluasi untuk peningkatan akuntabilitas kinerja.

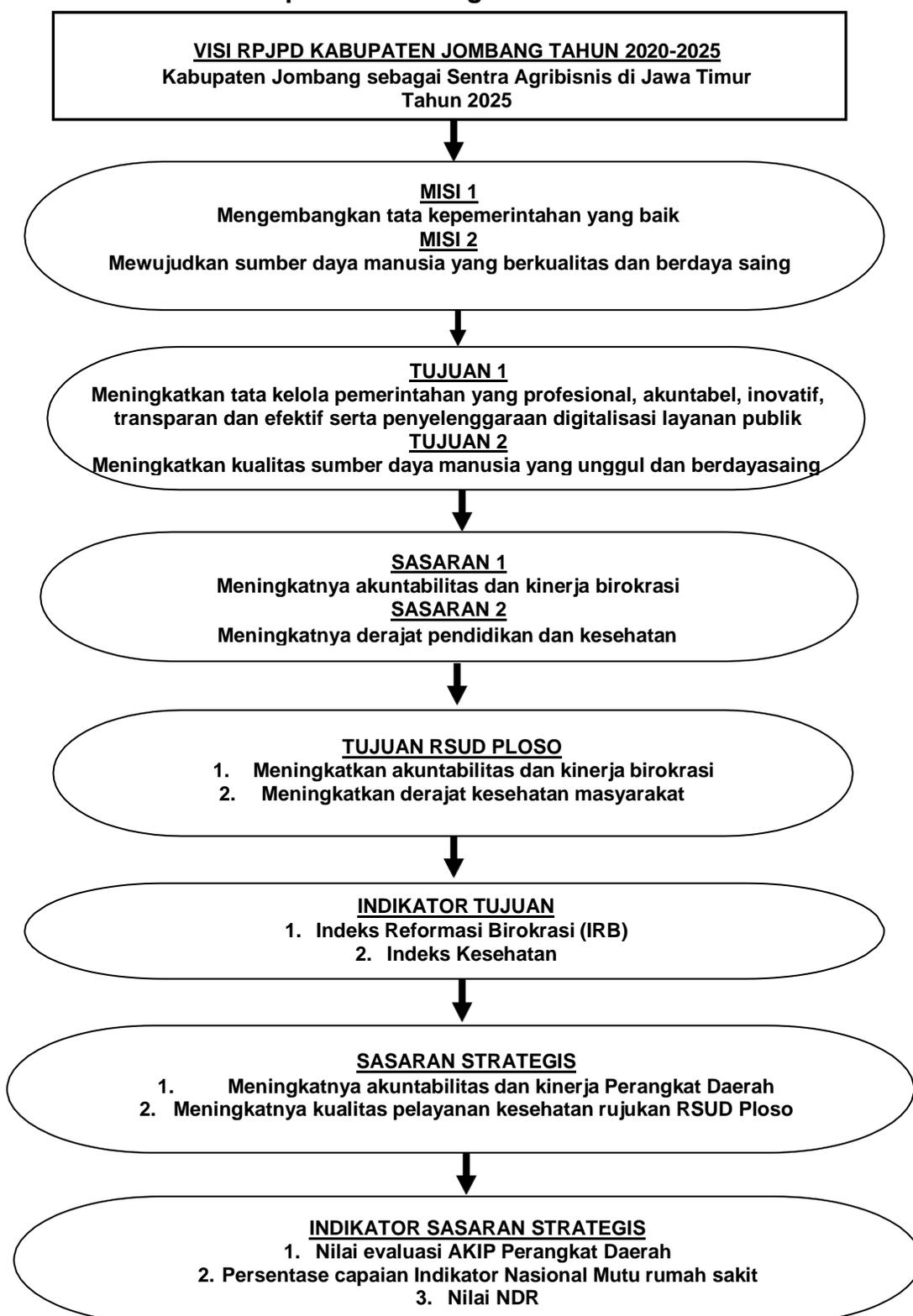
BAB II

PERENCANAAN DAN PERJANJIAN KINERJA

2.1 Rencana Strategis

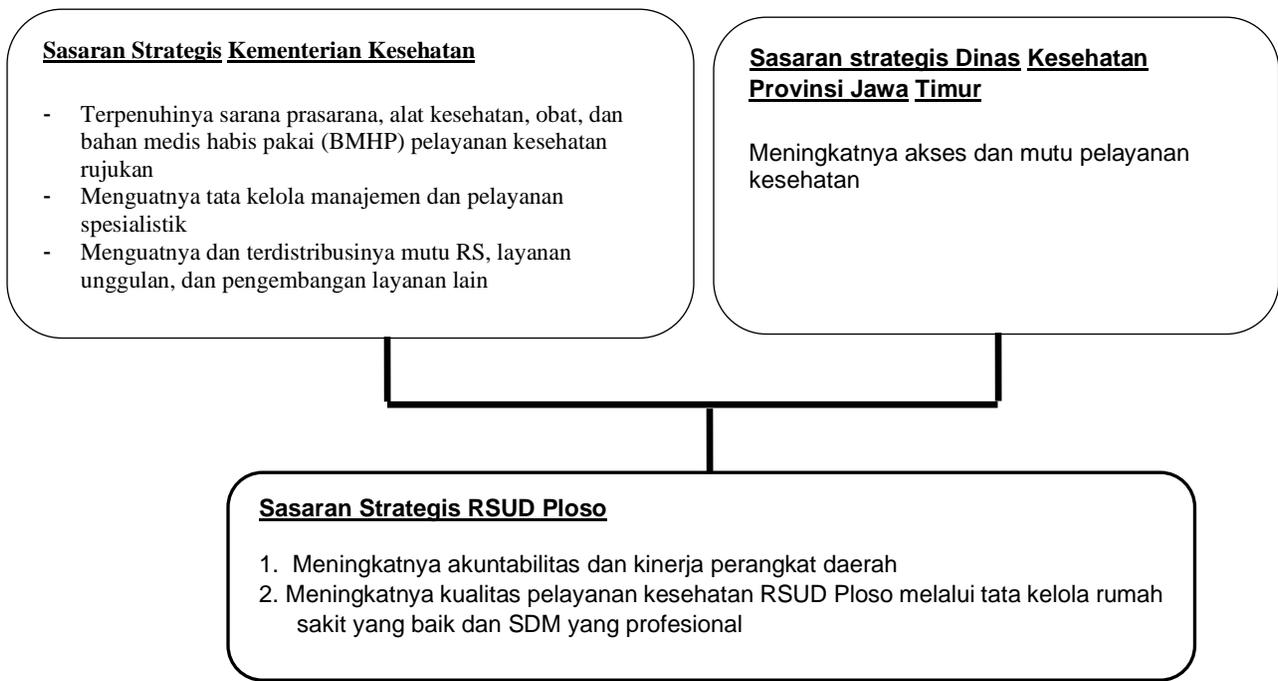
Rencana Strategis Rumah Sakit Umum Daerah Ploso Kabupaten Jombang memiliki keterikatan yang sangat erat dengan RPD Kabupaten Jombang karena Renstra RSUD Ploso Kabupaten Jombang disusun dengan berpedoman pada RPD Kabupaten Jombang. Berikut ini akan digambarkan dalam bagan tentang keterikatan Renstra RSUD Ploso dengan RPD Kabupaten Jombang.

Gambar 2.1
Keterkaitan Renstra RSUD Ploso dengan RPD Kabupaten Jombang Tahun 2024-2026



Renstra RSUD Ploso juga memiliki keterkaitan dengan Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024 dan Renstra Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2019-2024. Berikut bagan yang menggambarkan keterkaitan tersebut.

Gambar 2.2
Keterkaitan Renstra RSUD Ploso dengan Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024 dan Renstra Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2019-2024



Berdasarkan gambar di atas dapat dilihat sasaran strategis RSUD Ploso dibuat dengan tetap berpedoman pada sasaran strategis yang ada pada Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 202-2024 dan Renstra Dinas kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2019-2024. Hal ini dilakukan dalam upaya untuk menjaga keselarasan antara Renstra RSUD Ploso dengan Renstra Kementerian Kesehatan dan Renstra Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.

Renstra RSUD Ploso juga memiliki keterkaitan dengan Renja/RKA/DPA RSUD Ploso karena penyusunan Renja/RKA/DPA RSUD Ploso setiap tahun mengacu pada program kegiatan yang tertuang dalam Renstra. Rencana Kinerja yang tertuang pada Renstra setiap tahunnya akan dijabarkan dalam Rencana Kerja (Renja).

2.2 Rencana Kerja

Rencana Kerja tahun 2024 merupakan dokumen yang menyajikan sasaran beserta indikator kinerja dan target yang akan dicapai pada tahun 2024. Rencana kerja tersebut selanjutnya dituangkan menjadi Perjanjian Kinerja yang merupakan tolak ukur evaluasi akuntabilitas kinerja pada tahun 2024. Dengan berpedoman pada Rencana Strategis, RSUD Ploso menyusun Rencana Kerja (Renja) yang memuat kebijakan, program, dan kegiatan yang meliputi kegiatan pokok dan

kegiatan pendukung (sub kegiatan) untuk mencapai sasaran hasil program induknya, dan dirinci menurut sasaran output dan outcome pada tahun rencana, prakiraan sasaran tahun berikutnya, lokasi, pagu indikatif sebagai indikasi pagu anggaran, serta cara pelaksanaannya. Rencana Kerja RSUD Ploso dapat dilihat pada lampiran Rencana Kerja Tahun 2024.

2.3 Perjanjian Kinerja

Perjanjian kinerja adalah lembar/dokumen yang berisikan pihak yang menerima tugas dan tanggungjawab kinerja dengan pihak yang memberikan tugas dan tanggungjawab kinerja secara berjenjang dengan mempertimbangkan tugas pokok dan fungsi serta sumber daya yang tersedia. Perjanjian kinerja ini menjabarkan target kinerja berupa nilai kuantitatif yang dilekatkan pada setiap indikator kinerja, baik pada tingkat sasaran strategis maupun tingkat program, dan merupakan patokan bagi proses pengukuran keberhasilan organisasi yang dilakukan setiap akhir periode pelaksanaan. Dengan demikian Perjanjian Kinerja RSUD Ploso Kabupaten Jombang tahun 2024 pada dasarnya adalah pernyataan komitmen yang merepresentasikan tekad dan janji untuk mencapai kinerja yang jelas dan terukur dalam waktu 1 (satu) tahun tertentu dengan mempertimbangkan sumber daya yang dikelolanya dan didukung dengan program/kegiatan yang didanai oleh APBD dan APBN Tahun Anggaran 2024.

Berikut ini akan diuraikan ringkasan/ikhtisar Perjanjian Kinerja tahun 2024 antara Direktur RSUD Ploso dengan Bupati Jombang.

Gambar 2.3
Perjanjian Kinerja



PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2024
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PLOSO KABUPATEN JOMBANG
NOMOR : 060.161/415.01/2024

Dalam rangka mewujudkan manajemen pemerintahan yang efektif, transparan, akuntabel serta berorientasi pada hasil, yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr. HENDRI MARZUKI
Jabatan : Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ploso
Selanjutnya disebut Pihak Pertama

Nama : SUGIAT, S.Sos., M.Psi.T.
Jabatan : Pj. Bupati Jombang
Selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut Pihak Kedua

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

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

Jombang, 9 Januari 2024
PIHAK PERTAMA
Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ploso
Ditandatangani secara elektronik



dr. HENDRI MARZUKI
NIP. 197010312014121001

PIHAK KEDUA
Pj. Bupati Jombang
Ditandatangani secara elektronik



SUGIAT, S.Sos., M.Psi.T.

KODE UNIT : 415.48



Jombang, 9 Januari 2024
PIHAK PERTAMA
Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ploso
Ditandatangani secara elektronik



dr. HENDRI MARZUKI
NIP. 197010312014121001

PIHAK KEDUA
Pj. Bupati Jombang
Ditandatangani secara elektronik



SUGIAT, S.Sos., M.Psi.T.

KODE UNIT : 415.48

Untuk mendukung tercapainya sasaran strategis, RSUD Ploso didukung oleh beberapa program diantaranya:

1. Program Penunjang urusan Pemerintahan Daerah Kab/Kota dengan anggaran sebesar Rp. 7.775.529.637,-;
2. Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat dengan anggaran Rp. 52.871.700.636,-.

BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

Akuntabilitas kinerja RSUD Ploso merupakan bentuk pertanggungjawaban kinerja tahun 2024. Hal ini menggambarkan pengukuran realisasi dan pencapaian kinerja atas target kinerja yang telah dituangkan pada Perjanjian Kinerja tahun 2024. Di samping itu juga disajikan realisasi dan capaian kinerja anggaran tahun 2024. Menurut Peraturan Bupati Jombang Nomor 47 Tahun 2022, untuk mempermudah dalam interpretasi dalam pencapaian indikator kinerja, digunakan skala pengukuran ordinal sebagai berikut :

Tabel 3.1
Skala Nilai Peringkat Kinerja

NO	PERSENTASE CAPAIAN KINERJA	KATEGORI
1	>110% - 120%	Istimewa (Sangat Berhasil)
2	>90% - 110%	Baik (Berhasil)
3	>70% - 80%	Butuh Perbaikan (Cukup)
4	>50% - 70%	Rendah
5	0 - 50%	Sangat Rendah

Sumber : Peraturan Bupati Jombang Nomor 47 Tahun 2022

Untuk pencapaian melebihi melebihi 120% (seratus dua puluh perseratus), dilakukan pengambilan nilai batas maksimal sebesar 120% (seratus dua puluh perseratus). Sedangkan capaian yang negatif, maka dianggap sama dengan 0% (nol perseratus).

3.1 Capaian Kinerja Organisasi

3.1.1 Perbandingan Antara Target dan Realisasi Kinerja Tahun Ini

Pengukuran kinerja digunakan sebagai dasar untuk mengetahui capaian kinerja dan menilai keberhasilan atau kegagalan pelaksanaan suatu program atau kegiatan sesuai dengan tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam rangka mewujudkan tujuan dan sasaran RSUD Ploso Kabupaten Jombang. Adapun pencapaian tujuan dan sasaran dari RSUD Ploso Kabupaten Jombang hingga tahun 2024 dapat dijelaskan sebagai berikut:

Tabel 3.2
Capaian Indikator Kinerja Tujuan terhadap Target Jangka Menengah

TUJUAN RSUD PLOSO	INDIKATOR KINERJA TUJUAN	TARGET	REALISASI	PERSENTASE CAPAIAN
1. Meningkatnya Akuntabilitas dan Kinerja Birokrasi	1. Indeks Reformasi Birokrasi	74	71,95	97,23%
2. Meningkatkan derajat kesehatan Masyarakat	2. Indeks Kesehatan	0,8142	0,841	103,29%

Sumber : Diolah, Unit Perencanaan RSUD Ploso, 2024

Berdasarkan tabel di atas, ada 2 (dua) indikator kinerja tujuan yang memenuhi target, yaitu Indeks Reformasi Birokrasi dan Indeks Kesehatan. Capaian Indeks Reformasi Birokrasi sebesar 97,23%. Sedangkan Indeks Kesehatan RSUD Ploso mengikuti realisasi Indeks Kesehatan Kabupaten Jombang. Capaian Indeks Kesehatan tahun 2024 sebesar 103,29%. Indeks Kesehatan menggunakan data yang diperoleh dari BPS Kabupaten Jombang. Berdasarkan data tersebut, maka ada 1 (satu) indikator tujuan yang belum memenuhi target. Indeks Reformasi Birokrasi RSUD Ploso tahun 2024 sebesar 71,95 sehingga capaiannya sebesar 97,23%.

Tabel 3.3
Capaian Indikator Kinerja Sasaran Strategis

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	PERSENTASE CAPAIAN
1. Meningkatnya Akuntabilitas dan Kinerja Perangkat Daerah	Nilai evaluasi AKIP RSUD Ploso	82	77.01	93,91%
2. Meningkatnya Kualitas Pelayanan Kesehatan Rujukan RSUD Ploso	Persentase Capaian Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit	75%	76.92%	102.56%
	NDR (angka >48 jam)	≤ 25 %	13.96 %	144.16 %

Sumber : Diolah, Unit Perencanaan RSUD Ploso, 2024

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa RSUD Ploso pada tahun 2024 mempunyai 2 sasaran strategis yaitu 1) Meningkatnya akuntabilitas dan kinerja perangkat daerah dan 2) Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan rujukan RSUD Ploso. Sasaran strategis tersebut memiliki 3 (tiga) indikator kinerja, yaitu :

a. Nilai Evaluasi AKIP RSUD Ploso

Indikator ini memiliki target nilai 82 dan terealisasi 77.01 sehingga capaian kinerjanya sebesar 93,91%. Realisasi belum sesuai dengan target. Berikut ini akan dijelaskan secara rinci tentang hasil penilaian AKIP pada tahun 2024.

Tabel 3.4
Hasil Evaluasi atas Implementasi SAKIP RSUD Ploso

NO	Komponen	Bobot	Nilai LKE	Evaluasi lapangan	Nilai Akhir	% Capaian (bobot)
1	Perencanaan Kinerja	30%	28,39	19,76	26,67	88,90%
2	Pengukuran Kinerja	30%	23,00	11,67	20,73	69,10%
3	Pelaporan Kinerja	15%	7,64	14,67	9,05	60,33%
4	Evaluasi Kinerja	25%	20,56	-	20,56	82,24%
Total		100%			77.01	

Sumber : Laporan Hasil Evaluasi atas Implementasi SAKIP, 2024

Dari tabel diatas dapat diketahui bawah pada tahun 2024 RSUD Ploso mendapatkan nilai 77.01 dan mendapatkan predikat nilai BB.

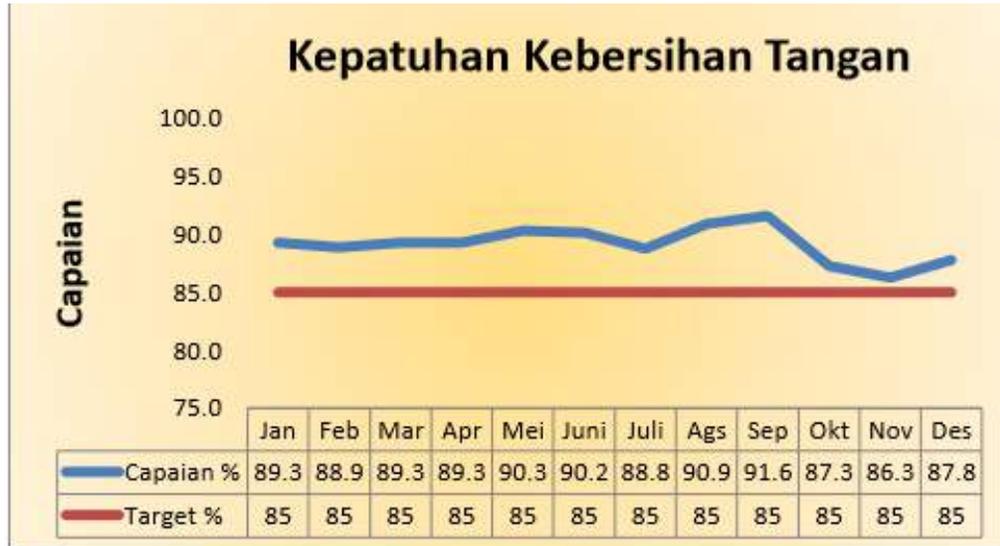
b. Persentase Capaian Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit

Indikator ini memiliki target sebesar 75% terealisasi sebesar 76,92%. RSUD Ploso menetapkan indikator mutu yang terdiri dari 13 (tiga belas) indikator sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah sakit, Laboratorium Kesehatan dan Unit Transfusi. Ketentuan ini juga sejalan dengan standar akreditasi rumah sakit yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan sebagai acuan pelayanan di rumah sakit. Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit Umum Daerah Ploso adalah sebagai berikut :

1. Kepatuhan kebersihan tangan
2. Kepatuhan penggunaan alat pelindung diri
3. Kepatuhan identifikasi pasien
4. Waktu tanggap operasi seksio sesar emergency
5. Waktu tunggu rawat jalan
6. Penundaan operasi elektif
7. Ketepatan waktu visite dokter
8. Pelaporan hasil kritis laboratorium
9. Kepatuhan penggunaan formularium nasional
10. Kepatuhan terhadap alur klinis (*Clinical Pathway*)
11. Kepatuhan upaya pencegahan resiko pasien jatuh
12. Kecepatan waktu tanggap komplain
13. Kepuasan pasien

Berikut ini akan dijelaskan secara rinci tentang capaian indikator Nasional Mutu Rumah Sakit Umum Daerah Ploso pada tahun 2024.

1) Indikator Kepatuhan Kebersihan Tangan



Berdasarkan grafik di atas, hasil capaian indikator kepatuhan kebersihan tangan pada tahun 2024 yaitu 89,2%. Indikator ini berada di atas target yang telah ditetapkan

2) Indikator Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri



Berdasarkan grafik di atas, hasil capaian indikator kepatuhan penggunaan alat pelindung diri pada tahun 2024 adalah 86,7%. Target ini belum tercapai dikarenakan kurangnya kesadaran petugas terhadap pentingnya penggunaan APD (Alat Pelindung Diri)

3) Indikator Kepatuhan Identifikasi Pasien



Berdasarkan grafik di atas, hasil capaian indikator kepatuhan identifikasi pasien pada tahun 2024 adalah 100%. Capaian tersebut sudah mencapai target yang ditetapkan.

4) Indikator Waktu tanggap Operasi Seksio Sesar Emergensi



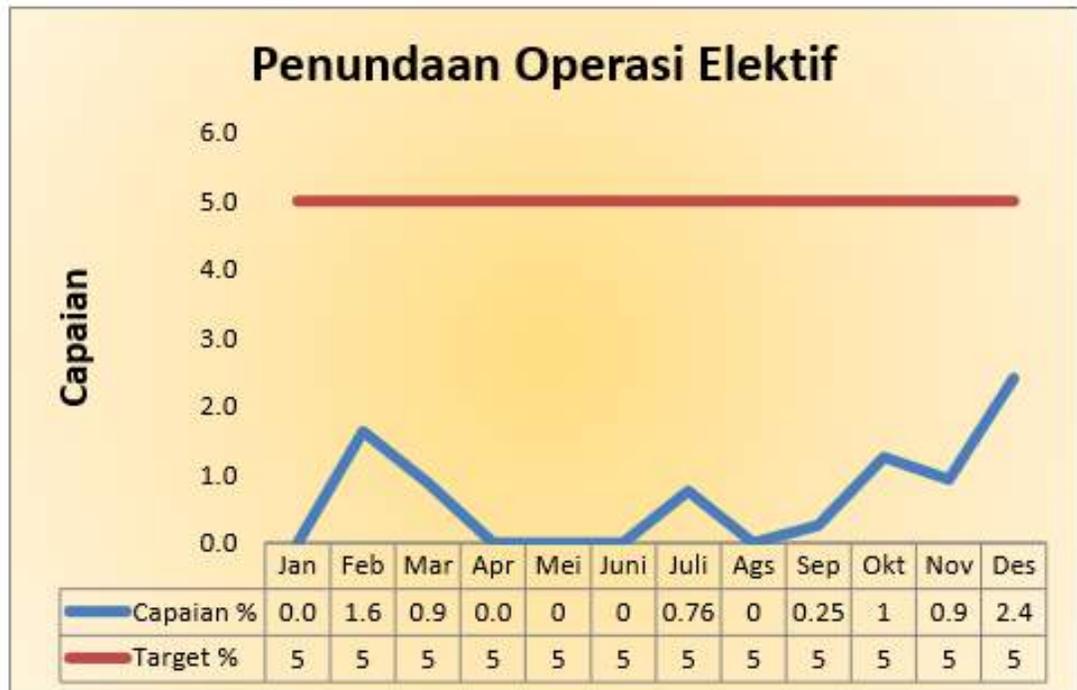
Berdasarkan grafik di atas, hasil capaian indikator waktu tanggap operasi seksio sesar emergensi pada tahun 2024 yaitu 50%. Capaian tersebut belum memenuhi target yang telah ditetapkan. Kejadian ini disebabkan karena belum bisa terlaksana dalam waktu 30 menit setelah advis di tetapkan karena menunggu salah satu kru yang terjebak hujan deras di jalan.

5) Indikator Waktu Tunggu Rawat Jalan



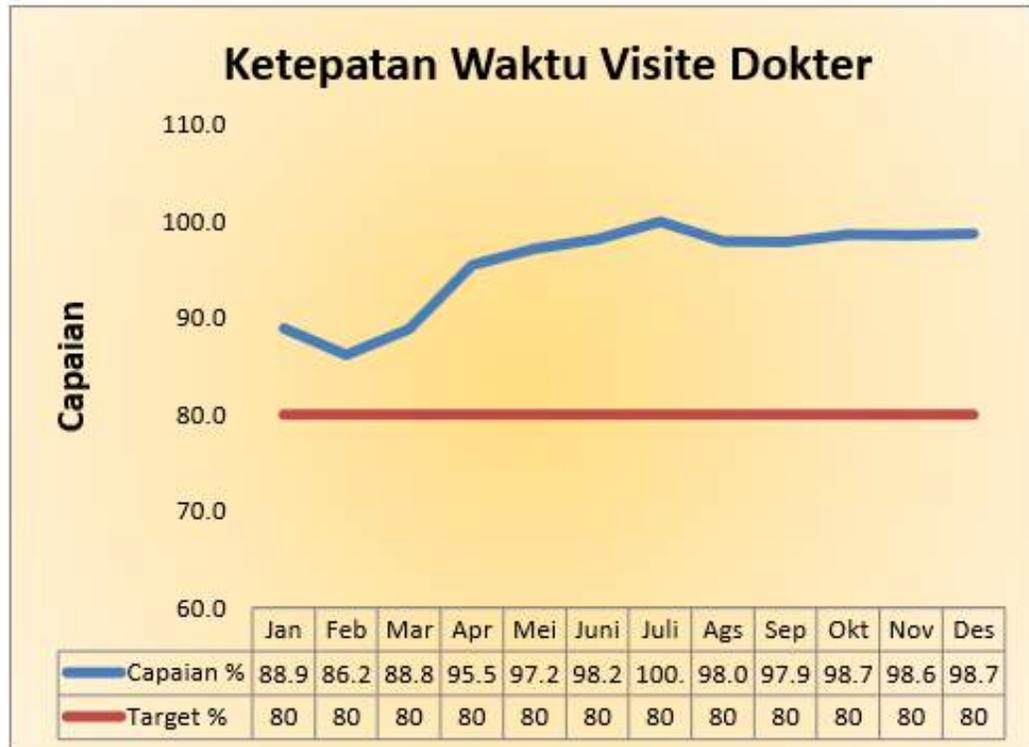
Berdasarkan grafik di atas, hasil capaian indikator waktu tunggu rawat jalan pada tahun 2024 yaitu 76%. Waktu tunggu belum mencapai target disebabkan oleh pengisian dalam antrian online poli untuk jam datang dan jam pelayanan mengalami kendala karena proses pergantian dari sistem manual ke sistem ERM dan belum ada admisi yang membantu dalam pengentrian data.

6) Indikator Penundaan Operasi Elektif



Berdasarkan grafik di atas, hasil capaian indikator penundaan operasi elektif pada tahun 2024 yaitu 0,6. Target telah tercapai yaitu kurang dari 5%. Adapun pasien tertunda operasi elektif dikarenakan kondisi pasien drop sehingga perlu perbaikan kondisi umum dan mengurus BPJS terlebih dahulu sebelum operasi.

7) Indikator Ketepatan Waktu Visite Dokter



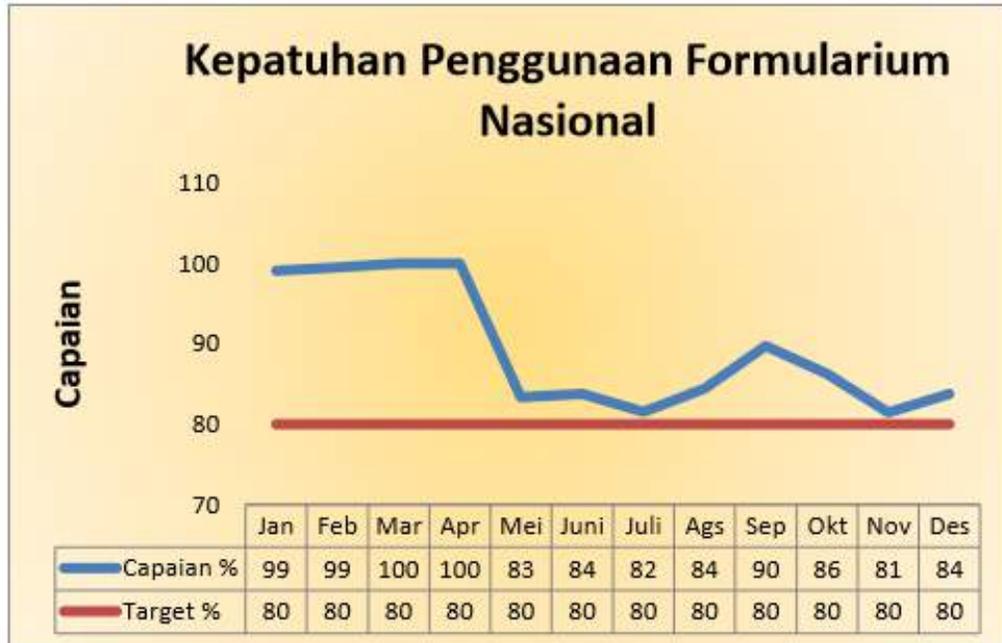
Berdasarkan grafik di atas, hasil capaian indikator ketepatan waktu visite dokter pada tahun 2024 yaitu 96,4%. Hal ini melebihi target yang telah ditetapkan. Setiap DPJP Penyakit Dalam, Anak, Obygn, dan Bedah selalu melaksanakan visite pada rentang pukul 06.00 – 14.00, sedangkan DPJP lainnya ada beberapa kali visite lebih dari jam 14.00 seperti DPJP Paru dan Neuro. Capaian yang stabil menunjukkan bahwa proses visite dokter berjalan dengan baik dan hampir selalu memenuhi atau melebihi target.

8) Indikator Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium



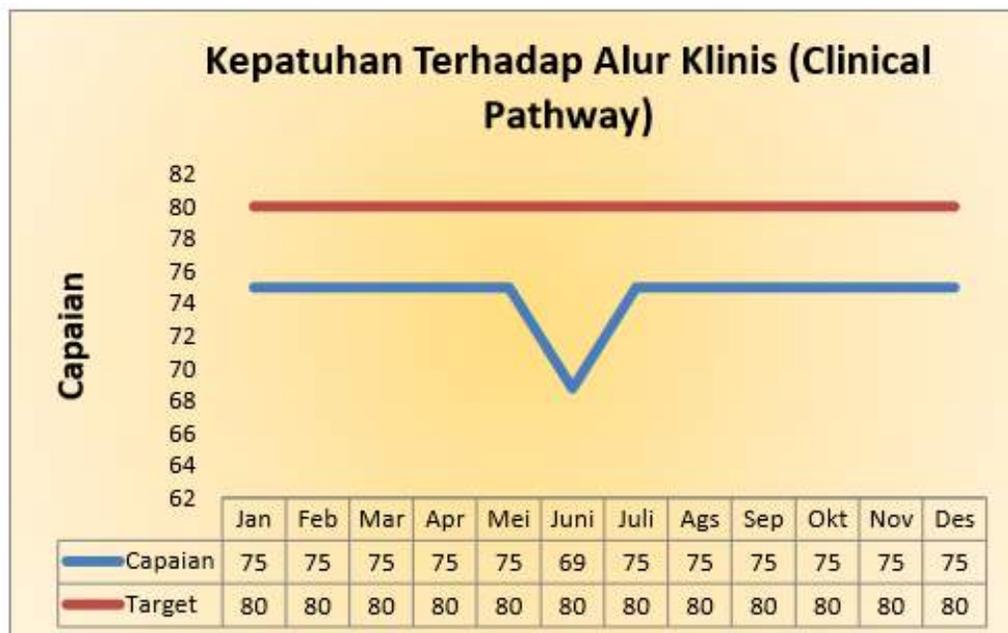
Berdasarkan grafik di atas, hasil capaian indikator pelaporan hasil kritis laboratorium pada tahun 2024 yaitu 100%. Hal ini sudah memenuhi target. Semua hasil kritis dilaporkan <30 menit.

9) Indikator Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional



Berdasarkan di atas, hasil capaian indikator kepatuhan penggunaan formularium nasional pada tahun 2024 yaitu 98%. Capaian tersebut masih berada di atas target capaian sebesar 80%.

10) Indikator kepatuhan terhadap alur klinis (*Clinical Pathway*)



Berdasarkan grafik di atas dapat dilihat bahwa capaian indikator kepatuhan terhadap alur klinis (*clinical pathway*) pada tahun 2024 yaitu sebesar 74%. Capaian tersebut berada dibawah target yang ditetapkan sebesar 80%.

11) Indikator Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Pasien Jatuh



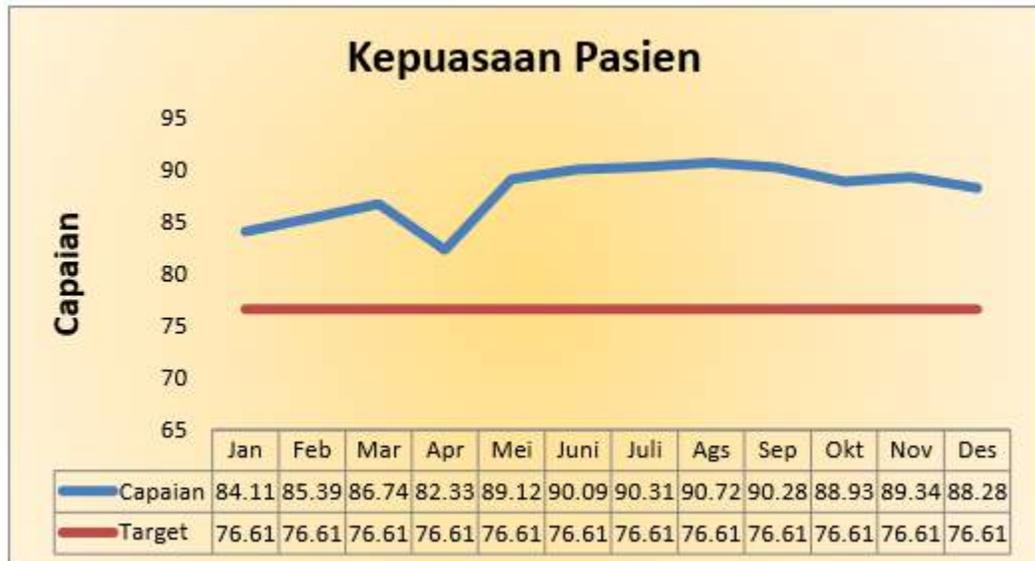
Berdasarkan data di atas dapat dilihat bahwa capaian indikator kepatuhan upaya pencegahan resiko pasien jatuh pada tahun 2024 yaitu 100%. Hal ini menunjukkan target yang ditetapkan sebesar 100% telah terpenuhi. Staf medis menyadari pentingnya pencegahan resiko pasien jatuh.

12) Indikator Kecepatan Waktu tanggap Complain



Berdasarkan grafik di atas dapat dilihat bahwa capaian indikator kecepatan waktu tanggap complain pada tahun 2024, yaitu 100%. Hal ini melebihi target yang telah ditetapkan yaitu 80%. Hal ini menunjukkan kinerja yang sangat baik dengan cara merespon adanya pertanyaan yang masuk seputar pelayanan, baik melalui instagram atau whatsapp dan menampung kritik dan saran dari pasien dan menindaklanjuti ke unit terkait sehingga keluhan pasien segera tersampaikan.

13) Indikator Kepuasan Pasien



Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat bahwa capaian indikator kepuasan pasien pada tahun 2024 yaitu sebesar 87,9%. Hal ini melebihi target yang ditetapkan yaitu 76,6%. Capaian yang tinggi menunjukkan bahwa petugas pelayanan sudah bekerja sebaik mungkin untuk memenuhi target sesuai yang ditetapkan.

c. Indikator NDR (angka kematian >48 jam)

Indikator sasaran ini merupakan indikator program RSUD Ploso. Pada tahun 2024, nilai NDR masih di bawah target maksimal yang diperbolehkan oleh Kemenkes RI yaitu 13,96 per mil dari target ≤ 25 per mil. Sehingga capaian kerjanya sebesar 144,16%.

Perhitungan Net Death Rate (NDR):

Perhitungan capaian NDR:

$$\text{Indeks Capaian} = (1+(1 - \text{Realisasi}/\text{Target})) \times 100\%$$

$$= (1+(1 - 13,96 / 25)) \times 100\%$$

$$= (1+(1 - 0.56) \times 100 \%$$

$$= (1+ 0,44) \times 100\%$$

$$= 1,44 \times 100\%$$

$$= 144,16\%$$

Tabel 3.5
Capaian Indikator Kinerja Program

PROGRAM	INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	PERSENTASE CAPAIAN
1. Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/ Kota	Persentase rata-rata capaian kinerja aparatur	100%	100%	100%
2. Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan	Persentase capaian pemenuhan sarana prasarana, alat kesehatan dan SDM penunjang	84%	80,14%	95,40%

PROGRAM	INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	PERSENTASE CAPAIAN
Masyarakat	layanan rujukan			
	Persentase capaian SPM RS	82,98%	86,17%	103,84%

Sumber : Diolah, Unit Perencanaan RSUD Ploso, 2024

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat realisasi program yang telah memenuhi target, melebihi target dan kurang dari target. Berikut ini akan dilakukan pembahasan dari masing-masing capaian program dan kegiatan tersebut beserta faktor-faktor penyebabnya dan tindakan perencanaan penganggaran yang perlu diambil untuk mengatasi faktor-faktor penyebab tersebut.

1. Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kab/Kota

Program ini memiliki 1 (satu) indikator kinerja yaitu persentase rata-rata capaian kinerja aparatur. Pada tahun 2024 indikator ini memiliki target 100%, realisasinya 100% sehingga capaiannya sebesar 100%. Realisasi indikator ini telah memenuhi target karena hasil evaluasi semua ASN RSUD Ploso berpredikat BAIK dan SANGAT BAIK.

2. Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat

Program ini memiliki 2 (dua) indikator kinerja, yaitu:

a. Persentase capaian pemenuhan sarana prasarana, alat kesehatan dan SDM penunjang layanan rujukan

Pada tahun 2024 indikator ini memiliki target 84%, realisasinya 80,14% sehingga capaiannya sebesar 95,40%. Realisasi indikator ini belum sesuai target karena nilai ASPAK unsur alat kesehatan belum memenuhi target. Hal ini disebabkan karena masih banyak alat kesehatan yang menurut standar harus dimiliki rumah sakit kelas D, belum dapat dipenuhi oleh RSUD Ploso. Penyebabnya antara lain, gedung-gedung lama belum sepenuhnya didukung dengan prasarana yang memadai, seperti hydrant system. Kapasitas genset (254 kVA) yang dimiliki masih kurang untuk dapat mengampu seluruh listrik saat ini (kapasitas listrik 555 kVA). Ditambah dengan anggaran Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah dan BLUD yang terbatas untuk membiayai kebutuhan RSUD Ploso. Pada tahun 2025, RSUD Ploso merencanakan anggaran untuk penambahan daya kapasitas listrik menjadi 1.100 kVA melalui DBHCHT (P-APBD 2025) mengingat anggaran BLUD masih sangat terbatas untuk belanja modal. Jumlah SDM eksisting RSUD Ploso juga belum memenuhi rencana kebutuhan berdasarkan Analisis Beban Kerja (ABK).

b. Persentase Capaian SPM RS

Pada tahun 2024 indikator ini memiliki target 82,98%, realisasinya 86,17% sehingga capaiannya sebesar 103,84%. Realisasi indikator ini telah memenuhi target. Namun masih ada beberapa indikator SPM yang belum tercapai dan perlu segera ditindaklanjuti. SPM di lingkup pelayanan medis dan keperawatan yang belum memenuhi standar yaitu :

1) Kematian pasien \leq 24 jam di IGD

Angka kematian pasien \leq 24 jam di IGD pada tahun 2024 sebesar 9,60‰, lebih tinggi dibandingkan target \leq 2‰. Target belum terpenuhi dikarenakan beberapa faktor diantaranya:

- Pasien datang sudah dalam kondisi kritis/terminal dan tidak respon terhadap tindakan *life saving* oleh tim medis IGD.
- Pasien stabil yang meninggal mendadak di IGD, diluar prediksi tim medis (*sudden death*).
- Proses rujukan yang terlalu lama sehingga pasien mengalami perburukan atau menjadi tidak *transportable* hingga meninggal di IGD.

2) Kepuasan pelanggan pada rawat inap

Kepuasan pelanggan rawat inap pada tahun 2024 sebesar 89,70%, lebih rendah dibandingkan target \geq 90%. Hasil analisis yang dilakukan menemukan beberapa penyebabnya, antara lain:

- a) Penampilan dan komunikasi petugas perlu ditingkatkan dalam memberikan pelayanan serta mengedukasi pasien dan keluarganya.
- b) Prasarana kamar rawat inap yang sering menjadi keluhan pasien dan keluarganya seperti pendingin ruangan/ AC dan air.
- c) Kurangnya kebersihan kamar rawat inap sehingga perlu memperketat sistem monitoring dan evaluasi bagi penyedia jasa kebersihan.

3) Kematian $>$ 48 jam

Kematian pasien $>$ 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap. Jumlah kematian $>$ 48 jam melebihi target $<$ 0,24% yaitu 1,04% karena beberapa penyebab antara lain:

- Kondisi dimana pasien seharusnya dirujuk untuk mendapatkan penanganan serta perawatan lebih lanjut ke RS yang lebih tinggi namun keluarga atau pasien menolak untuk dirujuk.
- Pasien dalam kondisi terminal

- Keluarga pasien kurang memahami kondisi sakit pasien dan memilih pasrah

Oleh karena itu perlu mengoptimalkan pemanfaatan ruang ICU sehingga pasien dengan pengawasan ketat bisa diobservasi di ICU. Namun di sisi lain akan terjadi pembengkakan biaya (defisit bila dibandingkan dengan klaim BPJS).

4) Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi

Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi belum memenuhi target 100%. Capaian indikator ini pada tahun 2024 sebesar 66% dikarenakan belum adanya spesialis anak yang mendampingi saat operasi berlangsung. Hal ini disebabkan karena belum disusunnya jadwal pendampingan operasi SC oleh SMF Anak. Sehingga perlu adanya monitoring dan evaluasi terkait hal tersebut. Perlu dipertimbangkan juga besaran biaya yang dikeluarkan dengan biaya klaim yang diterima oleh BPJS.

5) Pelayanan persalinan melalui SC

Pelayanan persalinan melalui SC pada tahun 2024 sebesar 55%, melebihi target SPM sebesar $\leq 20\%$. Jumlah persalinan SC melebihi target maksimal dikarenakan banyak kasus SC elektif atas indikasi riwayat persalinan sebelumnya dengan SC ataupun kasus penyulit maupun penyerta.

6) Kejadian reaksi transfusi

Capaian kejadian reaksi transfusi sebesar 0,05%, lebih besar dari target yang diperbolehkan, yaitu $\leq 0,01\%$. Adanya kejadian reaksi transfusi darah di rawat inap berupa syok dan sesak nafas memberat, akral dingin setelah mendapat transfusi kedua. Hal ini merupakan reaksi spontan tubuh pasien yang tidak dapat dikendalikan oleh petugas. Tindak lanjutnya adalah petugas rawat inap langsung berkoordinasi dengan DPJP dan petugas Bank Darah RS kemudian pasien dipindahkan ke ICU untuk mendapatkan perawatan intensif lebih lanjut.

SPM di lingkup perencanaan dan rekam medis yang belum memenuhi standar, yaitu :

1) Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan

Hal ini disebabkan oleh :

- a) Tanggal kembali dokumen e-RM pasien lebih dari 1x24 setelah pasien pulang.
- b) Kelengkapan pengisian e-RM masih banyak yang belum diisi oleh

PPA (Profesional Pemberi Asuhan).

- 2) Kelengkapan *informed concent* setelah mendapatkan informasi
Hal ini disebabkan petugas tidak tertib dalam mengisi form *informed concent*, antara lain nama tindakan yang dilakukan, tanda tangan dokter, jam dan tanggal pengisian *informed concent*.

Rencana tindak lanjutnya adalah melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala serta menerapkan *reward and punishment* bagi PPA.

Sedangkan SPM di lingkup tata usaha yang belum memenuhi standar, yaitu :

- 1) Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Target tidak tercapai (5,15% dari target $\geq 80\%$) dikarenakan terbatasnya ketersediaan anggaran untuk mengirim pegawai mengikuti pelatihan eksternal. Ditambah dengan pelatihan eksternal yang diikuti oleh pegawai tidak semuanya memiliki 20 JP sehingga tak cukup hanya sekali mengikuti pelatihan yang dibutuhkan. Upaya yang telah dilakukan adalah dengan mengadakan *In House Training* bagi seluruh pegawai. Namun diperlukan perbaikan perencanaan Tim Diklat RS.
- 2) Ketepatan waktu pemeliharaan alat
Tidak dapat memenuhi target (capaian 99% dari target 100%) dikarenakan keterbatasan jumlah tenaga dan beberapa alat rusak pada saat dilakukan pemeliharaan.
- 3) Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi
Target tidak tercapai (capaian 85% dari target 100%) karena saat kalibrasi sesi 2 dilakukan, ternyata ditemukan banyak alat yang jumlahnya berkurang seperti oxymeter sehingga jumlah alat yang akan dikalibrasi tidak sama dengan tahun lalu.

3.1.2 Perbandingan Antara Realisasi Kinerja Tahun Ini dengan Dua Tahun Terakhir

Tabel 3.6
Perbandingan Realisasi Kinerja Sasaran

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI			PENINGKATAN TAHUN 2023- 2024
			2022	2023	2024	
1. Meningkatnya akuntabilitas dan kinerja perangkat daerah	Nilai evaluasi AKIP RSUD Ploso	82	80,10 (A)	81,06 (A)	77,01 (BB)	-5%
2. Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan RSUD Ploso melalui tata	Persentase capaian indikator nasional mutu rumah sakit	75%	N/A	N/A	76,92%	N/A
	NDR (angka >48	$\leq 25\%$	10,32%	12,36%	13,96%	-12,94%

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI			PENINGKATAN TAHUN 2023- 2024
			2022	2023	2024	
kelola yang baik dan SDM yang profesional	jam)					

Sumber : Diolah, Unit Perencanaan RSUD Ploso, 2024

a. Indikator 1: Nilai evaluasi AKIP RSUD Ploso

Tabel di atas menunjukkan bahwa terdapat penurunan dari tahun 2022 ke tahun 2023 yaitu 80,10 menjadi 81,06. Sementara itu ada penurunan yang cukup signifikan nilai AKIP RSUD Ploso dari tahun 2023 ke tahun 2024, yaitu 81,06 menjadi 77,01. Hal ini dikarenakan ada perubahan mekanisme penilaian dari Tim Evaluator SAKIP Kabupaten, yaitu adanya observasi lapangan pada sejumlah pegawai yang menjadi sampel pada RSUD Ploso. Pelaksanaan observasi lapangan dilakukan oleh Tim Bagian Organisasi dengan menjawab pertanyaan yang telah disediakan. Hasilnya didapati bahwa sebagian besar pegawai yang menjadi sampel belum memahami penilaian SAKIP. Sehingga hal tersebut menjadi bahan evaluasi bagi Tim SAKIP RSUD Ploso untuk melakukan *refreshing* mengenai implementasi SAKIP kepada seluruh pegawai ASN yang ada di RSUD Ploso serta melibatkan mereka dalam tahap perencanaan sampai dengan evaluasi kinerja.

b. Indikator 2 : Persentase Capaian Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit

Berdasarkan tabel di atas, menunjukkan bahwa capaian tahun 2024 yaitu 76,92%. Capaian ini melebihi target yang telah ditetapkan yaitu sebesar 75%. Dari total 13 indikator yang ditetapkan, terdapat 10 indikator yang sudah memenuhi target. Hal ini menunjukkan capaian rumah sakit telah melampaui target yang telah ditetapkan dan mencerminkan peningkatan kualitas layanan yang diberikan. Keberhasilan ini tidak terlepas dari berbagai upaya peningkatan mutu, termasuk optimalisasi prosedur pelayanan, peningkatan kompetensi tenaga medis, serta penguatan monitoring dan evaluasi untuk perbaikan yang berkelanjutan.

Meskipun hasil yang dicapai sudah melampaui target, upaya perbaikan perlu dilakukan agar pencapaian ini dapat terus dipertahankan dan ditingkatkan. Monitoring dan evaluasi berkala, penguatan sistem pemantauan mutu, serta peningkatan kepuasan pasien menjadi aspek penting dalam menjaga konsistensi kinerja rumah sakit kedepan. Dengan adanya pencapaian ini, diharapkan rumah sakit dapat terus memberikan pelayanan yang berkualitas, aman, dan sesuai dengan standar nasional demi kesejahteraan dan keselamatan pasien.

c. Indikator 3 : NDR (angka kematian >48 jam)

Pada tahun 2024, nilai NDR masih di bawah target maksimal yang diperbolehkan oleh Kemenkes RI, yaitu 13,96 per mil dari target ≤ 25 per mil. Penyumbang kematian >48 jam terbanyak ada pada pelayanan intensif/ ICU dengan 55 orang, dimana pada tahun 2023 hanya ada 17 orang yang meninggal setelah >48 jam dirawat di RSUD Ploso. Sementara pada pelayanan rawat inap, terjadi penurunan jumlah kematian >48 jam dibanding tahun 2023, dari 66 orang menjadi 57 orang pada tahun 2024. Hal ini disebabkan karena keterbatasan sarana prasarana penunjang seperti CT-scan. Kompetensi SDM yang melayani di ICU telah sesuai namun jumlahnya kurang memadai. Selanjutnya meningkatnya NDR juga dipengaruhi oleh kondisi klinis pasien yang tidak *transportable* dan kondisi penyakit yang kronis sehingga tidak memungkinkan dirujuk. Di samping itu sebagian besar keluarga pasien menolak untuk dirujuk ke rumah sakit vertikal atau rumah sakit di luar Kabupaten Jombang.

Tabel 3.7
Perbandingan Realisasi Kinerja Program

PROGRAM	INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI			PENINGKATAN TAHUN 2023- 2024
			2022	2023	2024	
1. Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/ Kota	Persentase rata-rata capaian kinerja aparatur	100%	N/A	100%	100%	100%
2. Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat	Persentase capaian pemenuhan sarana, prasarana, alat kesehatan dan SDM penunjang layanan rujukan	84%	N/A	N/A	80,14%	N/A
	Persentase capaian pemenuhan sarana, prasarana, alat kesehatan, obat esensial/ BMHP esensial dan SDM penunjang layanan rujukan	N/A	83,80%	82,11%	N/A	N/A
	Persentase capaian SPM RS	82,98%	80,85%	85,11%	86,17%	101,25%

Sumber : Diolah, Unit Perencanaan RSUD Ploso, 2024

a. Persentase rata-rata capaian kinerja aparatur

Indikator program ini merupakan indikator pada RSUD Ploso sejak tahun 2023. Berdasarkan tabel di atas, menunjukkan bahwa capaian indikator ini adalah 100% tiap tahun. Maksudnya adalah hasil evaluasi kinerja semua ASN di RSUD Ploso memperoleh predikat BAIK dan SANGAT BAIK.

b. Persentase capaian pemenuhan sarana prasarana, alat kesehatan dan SDM penunjang layanan rujukan

Indikator ini merupakan indikator program RSUD Ploso sejak tahun 2024. Sementara pada tahun 2022 dan 2023 terdapat narasi yang sedikit berbeda pada indikator ini, yaitu persentase capaian pemenuhan sarana, prasarana, alat kesehatan, obat esensial/ BMHP esensial dan SDM penunjang layanan rujukan. Berdasarkan tabel di atas, menunjukkan bahwa terdapat penurunan capaian indikator lama pada tahun 2023 jika dibandingkan dengan tahun 2022 sebesar 1,69%. Hal ini disebabkan karena capaian nilai ASPAK unsur prasarana dan alat kesehatan terjadi penurunan pada tahun 2023 jika dibandingkan dengan tahun 2022. Pada tahun 2024, nilai ASPAK unsur sarana, prasarana dan alat kesehatan berturut-turut sebesar 100%, 86,02% dan 49,02%. Ada beberapa faktor yang menyebabkan nilai ASPAK unsur alat kesehatan menurun, antara lain :

- Adanya pengurangan jumlah dan jenis alat kesehatan yang dimiliki RSUD Ploso disebabkan rusak berat
- Penambahan ruangan rawat inap yang akan mempengaruhi keterpenuhan jumlah alat kesehatan

c. Persentase capaian SPM RS

Indikator program ini merupakan indikator yang dimiliki sejak tahun 2019-2023. Indikator ini masih dipergunakan di tahun 2024. Berdasarkan tabel di atas, menunjukkan bahwa terdapat peningkatan capaian indikator ini. Pada tahun 2022, capaian indikator ini adalah 80,85%, 85,11% pada tahun 2023 dan pada tahun 2024 sebesar 86,17%. Sehingga terjadi peningkatan sebesar 101,25% pada tahun 2024. Hal ini menunjukkan upaya perbaikan kinerja pelayanan oleh manajemen dan seluruh pegawai RSUD Ploso terus dilakukan sepanjang tahun 2024.

3.1.3 Perbandingan Antara Realisasi Kinerja Tahun Ini Dengan Target Jangka Menengah

Tabel 3.8
Perbandingan Realisasi Kinerja Sasaran s.d Akhir Periode RPJMD/ Renstra

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA	TARGET AKHIR RPJMD/ RENSTRA	REALISASI S/D TAHUN 2024	TINGKAT KEMAJUAN
1. Meningkatnya akuntabilitas dan kinerja perangkat daerah	Nilai evaluasi AKIP RSUD Ploso	84	77,01	-8,32%
2. Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan rujukan RSUD Ploso	Persentase capaian indikator nasional mutu rumah sakit	85%	76,92%	-9,50%

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA	TARGET AKHIR RPJMD/ RENSTRA	REALISASI S/D TAHUN 2024	TINGKAT KEMAJUAN
	NDR (angka >48 jam)	≤ 25 ‰	13,96‰	dipertahankan

Sumber : Diolah, Unit Perencanaan RSUD Ploso, 2024

a. Indikator 1: Nilai Evaluasi AKIP RSUD Ploso

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa target akhir capaian nilai evaluasi AKIP yang ada di akhir RPJMD/Renstra adalah 84, sedangkan realisasi sampai tahun 2024 adalah 77.01. Untuk mengukur tingkat kemajuan, maka rumus yang digunakan adalah rumus *Grow Rate* dengan rincian sebagai berikut:

$$\text{Growth Rate} = \left(\frac{\text{Realisasi}}{\text{Target}} \times 100 \right) - 100$$

$$\text{Growth Rate} = \left(\frac{77,01}{84} \times 100 \right) - 100$$

$$\text{Growth Rate} = -8,32\%$$

Dari perhitungan di atas diperoleh angka tingkat kemajuan sebesar -8,32%. RSUD Ploso menunjukkan performa AKIP yang cukup baik, namun masih terdapat gap sebesar 8,32 poin dari target jangka menengah. Ini menandakan bahwa aspek tata kelola kinerja dan akuntabilitas belum sepenuhnya optimal dan perlu percepatan dalam dua tahun ke depan. Berikut adalah faktor-faktor yang mempengaruhi kondisi tersebut:

- 1) Dokumen perencanaan dan kinerja belum terintegrasi optimal
 - Masih terdapat ketidakselarasan antara perencanaan strategis (renstra), rencana kerja dan perjanjian kinerja (PK).
- 2) Kualitas pengukuran dan pelaporan kinerja masih lemah
 - Sistem pengukuran kinerja belum berbasis data yang lengkap dan mutakhir.
 - Pelaporan masih bersifat administratif dan kurang analitis dalam menjelaskan deviasi kinerja dan solusi perbaikannya.
- 3) Monitoring dan evaluasi kinerja belum konsisten
 - Monev (monitoring dan evaluasi) internal telah dilakukan secara berkala namun *follow up* belum terdokumentasi dengan baik .
 - Tidak semua unit kerja melakukan *follow-up* atas hasil evaluasi triwulanan atau semesteran.
- 4) Budaya kinerja belum menjadi nilai bersama
 - Fokus pegawai lebih banyak pada *output* kegiatan, bukan pada *outcome* dan hasil strategis.
 - Belum terbentuk budaya kerja yang berbasis hasil dan dampak terhadap

masyarakat/pelayanan publik.

Upaya untuk memperbaiki/ mempercepat pencapaian target jangka menengah:

- 1) Penguatan integrasi perencanaan dan penganggaran berbasis kinerja
 - Menyelaraskan dokumen Renstra, Renja, PK, dan DPA dalam satu sistem berbasis kinerja dan outcome.
 - Menyusun indikator kinerja unit kerja yang mengacu pada IKU RSUD dan RPJMD Kabupaten.
- 2) Peningkatan kapasitas SDM dan penguatan pemahaman SAKIP
 - Melakukan pelatihan dan pendampingan untuk implementasi SAKIP.
 - Mendorong tiap unit kerja untuk memiliki tim kecil AKIP sebagai motor penggerak budaya akuntabilitas.
- 3) Penilaian dan penghargaan berbasis kinerja
 - Memberikan *reward* unit kerja dengan capaian indikator kinerja terbaik atau yang paling meningkat dalam satu tahun.
 - Mengintegrasikan hasil AKIP dalam sistem penilaian kinerja pegawai (SKP dan tunjangan kinerja bila memungkinkan).
- 4) Penguatan peran manajemen dan kepemimpinan transformasional
 - Meningkatkan keterlibatan manajemen puncak dalam forum evaluasi dan tindak lanjut hasil kinerja (bukan sekadar administrasi).
 - Menjadikan AKIP bukan hanya sebagai kewajiban pelaporan, tetapi sebagai alat manajemen perubahan dan peningkatan mutu layanan.

b. Indikator 2: Persentase Capaian Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit

Berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui target akhir capaian Persentase Capaian Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit yang ada di akhir RPJMD/Renstra adalah 85%, sedangkan realisasi sampai dengan tahun 2024 adalah 76,92% untuk mengukur tingkat kemajuan, maka rumus yang digunakan adalah rumus *Grow Rate* dengan rincian sebagai berikut :

$$\text{Growth Rate} = \frac{(\text{Realisasi} \times 100) - 100}{\text{Target}}$$

$$\text{Growth Rate} = \frac{(76,92 \times 100) - 100}{85}$$

$$\text{Growth Rate} = -9,5\%$$

Dari perhitungan di atas diperoleh angka tingkat kemajuan sebesar -9,5%. Artinya RSUD Ploso masih mengalami deviasi negatif sebesar 9,05% dari target nasional mutu yang ditetapkan untuk jangka menengah tahun 2026. Bila tidak ada percepatan, target sulit tercapai dalam dua tahun ke depan.

Faktor-faktor yang mempengaruhi capaian INM:

- 1) Kualitas SDM dan kepatuhan klinis
 - Masih terdapat inkonsistensi dalam penerapan SOP klinis, terutama pada aspek pelayanan yang dinilai dalam INM (misalnya kepatuhan hand hygiene, penggunaan APD, atau time response emergency).
 - Pelatihan dan supervisi belum merata, khususnya di unit-unit dengan beban kerja tinggi (IGD, rawat inap non isolasi).
- 2) Keterbatasan sarana & prasarana
 - Peralatan pendukung mutu (misal: sistem pemantauan, *dashboard* mutu) belum terintegrasi atau *realtime*, sehingga tim mutu kesulitan melakukan intervensi berbasis data.
 - Keterbatasan alat/infrastruktur (misal: ventilasi, ruang isolasi, atau sistem alur pasien) juga menurunkan efektivitas pelaksanaan standar mutu.
- 3) Beban kerja tinggi & rasio tenaga kesehatan tidak ideal
 - Jumlah tenaga kesehatan, khususnya perawat tidak sebanding dengan beban pasien, mengakibatkan penurunan kualitas pemantauan dan dokumentasi mutu.
- 4) Budaya mutu belum menjadi nilai bersama
 - Kepatuhan terhadap indikator mutu sering dilihat sebagai “beban administrasi”, bukan bagian dari kesadaran budaya kerja klinis yang sistemik.
 - Kurangnya insentif atau penguatan *reward system* bagi unit atau individu dengan performa mutu tinggi.
- 5) Kelemahan dalam monitoring & evaluasi
 - Pelaporan indikator mutu telah dilakukan secara periodik namun belum analitis, sehingga perbaikan bersifat reaktif, bukan preventif.

Upaya untuk memperbaiki/ mempercepat pencapaian target jangka menengah:

- 1) Penguatan kompetensi & supervisi berbasis unit
 - Melakukan pelatihan intensif dan sertifikasi pada indikator mutu utama
 - Meningkatkan frekuensi supervisi tim mutu klinis, dengan pendekatan *transfer knowledge* langsung ke tiap unit pelayanan.
- 2) Digitalisasi sistem pemantauan mutu
 - Mengembangkan *dashboard* INM berbasis digital yang *update* mingguan, terintegrasi dengan SIMRS dan bisa diakses kepala unit.
- 3) Peningkatan komitmen manajemen dan *reward system*
 - Menyusun kontrak kinerja indikator mutu dengan tiap kepala unit, termasuk insentif berbasis capaian mutu triwulan.
 - Mengadakan program "Unit Juara Mutu" untuk memicu budaya kompetisi

sehat dan kebanggaan unit.

4) Reformulasi SOP dan standarisasi praktik klinis

- Menyederhanakan dan menyesuaikan SOP INM agar aplikatif di lapangan.
- Menyiapkan video panduan terkait indikator mutu prioritas.

5) Kolaborasi tim multidisiplin dalam perbaikan mutu

- Membentuk satuan tugas INM per indikator, melibatkan dokter, perawat, bidan, farmasi, dan rekam medis.
- Mendorong pelibatan pasien dan keluarga (*patient safety partner*) untuk indikator mutu yang terkait hak pasien.

c. Indikator 3 : NDR (angka >48 jam)

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui kalau target akhir capaian NDR yang ada di akhir RPJMD/Renstra adalah $\leq 25\%$ sedangkan realisasi sampai tahun 2024 adalah 13,96%. Nilai NDR sebesar 13,96% menunjukkan performa RSUD Ploso yang positif, karena berada jauh di bawah batas maksimum yang ditetapkan nasional ($\leq 25\%$). Meski begitu, indikator ini tetap perlu dipertahankan secara berkelanjutan, sebab banyak rumah sakit mengalami fluktuasi NDR akibat faktor klinis maupun non-klinis.

Berikut faktor-faktor yang mempengaruhi capaian kinerja NDR tinggi:

1) Penerapan protokol klinis yang konsisten

- Kemungkinan RSUD Ploso telah menerapkan SOP klinis berbasis *evidence-based* secara konsisten, terutama dalam kasus kritis dan perawatan intensif.
- Terdapat kemampuan triase yang baik, yang mengarahkan pasien gawat ke penanganan cepat dan tepat.

2) Kemampuan manajemen kasus gawat dan komorbid

- Tim medis mampu mengelola pasien dengan risiko kematian tinggi secara efektif, termasuk pasien dengan komorbid (penyakit penyerta).
- Adanya dukungan ICU, ruang isolasi, dan peralatan penunjang yang memadai.

3) Ketersediaan SDM terlatih

- Tenaga medis dan paramedis memiliki kompetensi baik dalam penanganan kasus akut dan kronis.

4) Sistem rujukan internal yang efisien

- Penanganan pasien yang membutuhkan intervensi lanjutan dilakukan tepat waktu melalui sistem rujukan internal dari rawat inap biasa ke unit intensif.

5) Upaya peningkatan keselamatan pasien

- RSUD kemungkinan telah menjalankan program *patient safety* secara aktif (pelaporan insiden, *risk management*, edukasi pasien), sehingga mengurangi kejadian yang dapat menyebabkan kematian yang dapat dicegah.

Upaya untuk mempertahankan dan meningkatkan capaian NDR

1) Pemantauan NDR secara triwulan dengan analisis per kasus

- Melakukan audit kematian rutin (*death review*) untuk semua kasus kematian di atas 48 jam rawat inap.
- Memetakan pola penyebab kematian agar dapat dicegah di masa depan.

2) Penguatan *Early Warning System* (EWS)

- Menerapkan sistem pengawasan dini kondisi pasien (EWS) di seluruh ruang rawat inap untuk mendeteksi perubahan kondisi sebelum kritis.

3) Peningkatan kapasitas ICU dan ketersediaan peralatan kritis

- Memastikan ketersediaan tempat tidur ICU dan ventilator memadai untuk menghadapi lonjakan kasus gawat.

4) Pelatihan rutin tim klinis

- Mengadakan pelatihan berkala tentang manajemen kegawatdaruratan, penanganan syok, dan perawatan pasien kritis.
- Melakukan *refresh* SOP berdasarkan laporan klinis terbaru.

5) Kolaborasi dengan faskes primer

- Meningkatkan koordinasi dengan puskesmas agar pasien datang dalam kondisi yang belum terlalu gawat (rujukan tepat waktu).
- Melakukan edukasi pada masyarakat tentang deteksi dini penyakit kronis.

Tabel 3.9
Perbandingan Realisasi Kinerja Program s.d Akhir Periode RPJMD/ Renstra

PROGRAM	INDIKATOR KINERJA	TARGET AKHIR RPJMD/ RENSTRA	REALISASI S/D TAHUN 2024	TINGKAT KEMAJUAN
1. Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/ Kota	Persentase rata-rata capaian kinerja aparatur	100%	100%	0%
2. Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat	Persentase capaian pemenuhan sarana prasarana, alat kesehatan, dan SDM penunjang layanan rujukan	86%	80,14%	7,31%
	Persentase capaian SPM RS	91,49%	86,17%	6,17%

Sumber : Diolah, Unit Perencanaan RSUD Ploso, 2024

a. Persentase rata-rata capaian kinerja aparatur

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa target akhir capaian persentase rata-rata capaian kinerja aparatur yang ada di akhir RPJMD/RENSTRA adalah 100%. Sedangkan realisasi tahun 2024 adalah 100%. Sehingga pada indikator ini tidak dapat diukur tingkat kemajuannya.

b. Persentase capaian pemenuhan sarana prasarana, alat kesehatan dan SDM penunjang layanan rujukan

Berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui jika target akhir capaian pemenuhan sarana prasarana, alat kesehatan dan SDM penunjang layanan rujukan yang ada di akhir RPJMD/RENSTRA adalah 86%. Sementara itu realisasi pada tahun 2024 sebesar 80,14%. Untuk mengukur tingkat kemajuan maka rumus yang digunakan adalah rumus *Growth Rate* dengan rincian sebagai berikut:

$$Growth Rate = \frac{Present - Past}{Past} \times 100$$

$$Growth Rate = \frac{86-80,14}{7,31} \times 100$$

$$Growth Rate = 7,31\%$$

Dari perhitungan di atas diperoleh angka tingkat kemajuan sebesar 7,31%. Artinya adalah agar tahun 2026 bisa mencapai target capaian 86% maka harus dapat menciptakan angka pertumbuhan 7,31% bila dibandingkan dengan realisasi tahun 2024.

c. Persentase capaian SPM RS

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa target akhir capaian SPM rumah sakit di akhir RPJMD/RENSTRA adalah 91,49%. Realisasi pada tahun 2024 adalah 86,17%. Capaian SPM RS di tahun 2024 belum memenuhi target yang ditentukan. Untuk mengukur tingkat kemajuan maka rumus yang digunakan adalah rumus *Growth Rate* dengan rincian sebagai berikut:

$$Growth Rate = \frac{Present - Past}{Past} \times 100$$

$$Growth Rate = \frac{91,49-86,17}{86,17} \times 100$$

$$Growth Rate = 6,17\%$$

Dari perhitungan di atas, diperoleh angka tingkat kemajuan sebesar 6,17%. Artinya Artinya adalah agar tahun 2026 bisa mencapai target capaian 91,49% maka harus dapat menciptakan angka pertumbuhan 6,17% bila dibandingkan dengan realisasi tahun 2024.

3.1.4 Perbandingan Antara Realisasi Kinerja Tahun Ini dengan Realisasi Kinerja Level Nasional/ Internasional

Tabel 3.10
Perbandingan Realisasi Kinerja Sasaran RSUD Ploso Tahun 2024 dengan Standar Nasional

NO	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA	REALISASI				STANDAR NASIONAL
			RSUD PLOSO	KABUPATEN	PROVINSI	RATA-RATA NASIONAL	
1	Meningkatnya akuntabilitas dan kinerja perangkat daerah	Nilai evaluasi AKIP RSUD Ploso	77,01	72,33	84,19	64,23	AA (>90 -100)
2	Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan rujukan RSUD Ploso	Persentase capaian indikator nasional mutu rumah sakit	76.92%	-	-	-	100%
		NDR (angka >48 jam)	13,96‰	-	21,5‰*	-	≤ 25‰

Sumber : Diolah, Unit Perencanaan RSUD Ploso, 2024

a. Nilai Evaluasi AKIP

Berdasarkan Tabel 3.9 Perbandingan Realisasi Kinerja RSUD Ploso Tahun 2024 dengan Standar Nasional, disebutkan sebagai berikut:

1. Hasil pengukuran atas nilai akuntabilitas kinerja kabupaten adalah 72,33;
2. Hasil pengukuran atas nilai akuntabilitas kinerja provinsi adalah 84,19 dan;
3. Hasil pengukuran atas nilai akuntabilitas kinerja rata-rata nasional tahun 2024 adalah 64,23

Sehingga berdasarkan data-data tersebut, dapat diketahui bahwa nilai AKIP RSUD Ploso pada tahun 2024 sebesar 77.01, masih berada diatas nilai akuntabilitas kinerja kabupaten dan nilai akuntabilitas rata-rata nasional. Sebaliknya, nilai AKIP RSUD Ploso masih berada di bawah nilai akuntabilitas kinerja provinsi. Nilai AKIP RSUD Ploso menunjukkan kinerja akuntabilitas yang baik sekali, di atas rata-rata nasional (64,23) maupun di atas induk pemerintah daerahnya sendiri (Kabupaten Jombang: 72,33). Ini menggambarkan bahwa RSUD Ploso memiliki sistem manajemen kinerja dan pelaporan yang lebih tertib dan terstruktur dibandingkan instansi sekelas. RSUD Ploso tidak hanya mengikuti kewajiban administratif, tetapi telah berupaya menginternalisasi *performance management* dengan cukup baik.

Sementara itu, meskipun nilai evaluasi AKIP berada pada posisi baik sekali, masih terdapat gap sebesar 7,18 poin dibandingkan capaian pemerintah

provinsi. Hal ini menunjukkan adanya ruang peningkatan kualitas dalam perencanaan kinerja, pelaporan capaian output-outcome, dan evaluasi berkelanjutan. Provinsi telah melangkah ke *outcome orientation* yang lebih kuat, sementara RSUD Ploso mungkin masih berada pada tahap *output-centric*.

Selanjutnya dengan selisih 12,78 poin dari nilai nasional, RSUD Ploso menunjukkan kematangan sistem akuntabilitas kinerja yang lebih baik dibandingkan sebagian besar instansi pelayanan publik di Indonesia. Meskipun demikian, masih terdapat area perbaikan yang perlu ditindaklanjuti oleh RSUD Ploso, yaitu:

- 1) Penyusunan indikator outcome pada perencanaan kinerja selanjutnya
- 2) Benchmarking ke RSUD dengan nilai SAKIP A untuk adopsi *best practice*

b. Persentase Capaian Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit

Berdasarkan Tabel 3.10 Perbandingan Realisasi Kinerja RSUD Ploso Tahun 2024 dengan Standar Nasional, diketahui bahwa persentase capaian indikator nasional mutu Rumah Sakit Umum Daerah Ploso sebesar 76.92%. Namun sampai dengan Laporan Kinerja ini disusun, nilai INM rumah sakit tingkat Kabupaten, Provinsi Jawa Timur dan Nasional belum tersedia. Oleh karena itu, perbandingan capaian INM RSUD Ploso dapat dilakukan dengan RSUD Kabupaten Jombang. Indikator Nasional Mutu RSUD Kabupaten Jombang pada tahun 2024, memiliki kesamaan dengan RSUD Ploso, yaitu ada 10 (sepuluh) indikator yang tercapai dari 13 (tiga belas) indikator, dengan capaian sebesar 76,92%. Adapun ketiga indikator yang belum tercapai antara lain:

- 1) Kepatuhan penggunaan APD
- 2) Kepatuhan identifikasi pasien
- 3) Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium

Sementara itu ketiga indikator yang tidak tercapai pada RSUD Ploso yaitu:

- 1) Kepatuhan penggunaan APD
- 2) Waktu tanggap operasi seksio sesar emergensi
- 3) Kepatuhan terhadap alur klinis (*Clinical Pathway*)

Dari ketiga indikator yang belum tercapai tersebut, ada 1 indikator yang sama yaitu kepatuhan penggunaan APD. Sehingga RSUD Ploso berupaya melakukan pemantauan dan evaluasi lebih intens terkait kepatuhan Profesional Pemberi Asuhan dalam menggunakan APD. Di samping itu perlu dilakukan sosialisasi masif baik melalui tatap muka, sidak atau video untuk me-refresh kebiasaan PPA dalam memberikan layanan kepada pasien. Selanjutnya RSUD Ploso senantiasa melakukan monitoring dan evaluasi

untuk memantau terlaksananya implementasi INM RS di setiap unit layanan yang terkait. Manajemen dan seluruh unit layanan berupaya untuk mempertahankan atau bahkan meningkatkan mutu layanan. Sehingga dapat memberikan pelayanan kesehatan yang sesuai standar dan berkualitas.

c. Net Death Rate (NDR)

Rata-rata jumlah kematian 48 jam setelah dirawat untuk 1000 penderita keluar/ *Net Death Rate* (NDR) di Jawa Timur tahun 2023, menurut Profil Kesehatan Jawa Timur ada 21,5. Sedangkan data NDR di Jawa Timur pada tahun 2024 belum tersedia sampai dengan Laporan Kinerja ini disusun. NDR di RSUD Ploso berturut-turut mulai tahun 2023 dan 2024 adalah 12.36 dan 13.96.

Berdasarkan data tersebut, nilai NDR di RSUD ploso masih dibawah NDR Jawa Timur pada tahun 2023. Hal ini dikarenakan beberapa hal, yaitu:

- a. RSUD Ploso merupakan rumah sakit tipe C dan satu-satunya yang ada di wilayah Utara Sungai Brantas sehingga menjadi rumah sakit rujukan pertama oleh jejaring RSUD Ploso, yaitu fasilitas kesehatan tingkat satu. Sehingga tingkat keparahan pasien yang dirujuk dapat segera teratasi dan peluang untuk membuat kondisi pasien stabil lebih besar.
- b. RSUD Ploso telah mengalami perkembangan yang pesat dalam berbagai aspek pelayanan kesehatan dari tahun ke tahun. Seiring berjalannya waktu, RSUD Ploso tidak hanya memperluas jenis pelayanan yang ditawarkan, tetapi juga terus meningkatkan kualitas pelayanan untuk memenuhi harapan masyarakat dan standar yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan.
- c. RSUD Ploso terus berkomitmen untuk meningkatkan kualitas SDM di setiap lini. RSUD Ploso secara rutin memberikan pelatihan dan pengembangan kompetensi kepada tenaga medis maupun non-medis, untuk memastikan SDM yang ada dapat meningkatkan keterampilan dan mampu memberikan pelayanan terbaik kepada pasien. Selain itu, RSUD Ploso juga mengutamakan rekrutmen tenaga profesional yang berkompeten dan berintegritas, serta menciptakan lingkungan kerja yang mendukung kolaborasi tim yang efektif.
- d. RSUD Ploso terus melakukan penambahan dan perawatan alat kesehatan, sarana, dan prasarana untuk memastikan pelayanan yang optimal. Hal ini dapat mencegah tingkat keparahan lebih lanjut.

Nilai NDR tahun 2024 yang dapat dijadikan pembandingan di tingkat RSUD adalah NDR di RSUD dr. Soekandar Mojokerto dengan 29,49%. Tentunya

nilai NDR tersebut lebih tinggi dari RSUD Ploso dan melebihi target Kemenkes. Ada beberapa faktor yang menjadi penyebab nilai NDR di RSUD Ploso lebih baik, antara lain:

- 1) Deteksi dini kondisi memburuk (EWS) telah berjalan efektif
- 2) Sistem monitoring klinis, ICU yang responsif, serta triase dan rujukan internal yang efisien
- 3) Pasien rujukan datang dalam kondisi tidak terlalu berat

Tabel 3.11
Perbandingan Realisasi Kinerja Program RSUD Ploso Tahun 2024
dengan Standar Nasional

NO	PROGRAM	INDIKATOR KINERJA	REALISASI				STANDAR NASIONAL
			RSUD PLOSO	KABUPATEN	PROVINSI	RATA-RATA NASIONAL	
1	Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/ Kota	Persentase rata-rata capaian kinerja aparatur	100%	100%	-	-	-
2	Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat	Persentase capaian pemenuhan sarana prasarana, alat kesehatan dan SDM penunjang layanan rujukan	80,14%	-	-	-	-
		Persentase capaian SPM RS	86,17%	-	-	-	-

Sumber : Diolah, Unit Perencanaan RSUD Ploso, 2024

a. Persentase rata-rata capaian kinerja aparatur

Berdasarkan Tabel 3.11 Perbandingan Realisasi Kinerja Program RSUD Ploso Tahun 2024 dengan Standar Nasional, disebutkan bahwa hasil pengukuran atas persentase rata-rata capaian kinerja aparatur kabupaten adalah 100%. Sehingga capaian indikator ini pada RSUD Ploso sama dengan capaian kabupaten. Sementara hasil capaian indikator yang sama tidak ditemukan pada tingkat provinsi dan nasional.

b. Persentase capaian pemenuhan sarana prasarana, alat kesehatan dan SDM penunjang layanan rujukan

Capaian indikator capaian pemenuhan sarana prasarana, alat kesehatan dan SDM penunjang layanan rujukan diperoleh berdasarkan hasil capaian realisasi indikator kegiatan, yaitu 1) Nilai ASPAK unsur sarana, 2) Nilai ASPAK unsur prasarana, 3) Nilai ASPAK unsur alat kesehatan dan 4) Persentase pemenuhan SDM sesuai standar RS. Hasil evaluasi pada tahun 2024, capaian indikator program ini diperoleh hasil sebesar 80,14%. Sedangkan pada tingkat

kabupaten, provinsi dan nasional, tidak didapati indikator serupa sebagai pembandingan.

c. Persentase capaian SPM RS

Berdasarkan Tabel 3.11 di atas dapat disimpulkan bahwa tidak ada pembandingan untuk indikator persentase capaian SPM RS di tingkat kabupaten, provinsi dan nasional. Namun diharapkan agar pada tahun berikutnya terdapat perbaikan capaian SPM di RSUD Ploso. Sehingga dapat mencerminkan adanya peningkatan mutu pelayanan terhadap pasien.

3.1.5 Analisis Atas Realisasi Kinerja

Berdasarkan Tabel 3.3 Capaian Indikator Kinerja Sasaran Strategis, terlihat bahwa ada 1 (satu) indikator kinerja yang belum memenuhi target, yaitu :

1. Nilai Evaluasi AKIP RSUD Ploso

Pada tahun 2024 target yang diperjanjikan sebesar 82, namun realisasinya hanya 77.01, sehingga capaian kinerjanya adalah 93,91%. Tingkat capaian belum bisa 100% karena ada 2 (dua) indikator yang diperlukan evaluasi yaitu:

a. Evaluasi atas pengukuran kinerja dengan nilai 20.73 dari bobot 30% atau dengan capaian 69.10% (CC) yang berarti bahwa kualitas sebagian besar kriteria telah terpenuhi (>50% - 75%) telah terpenuhi, namun terdapat beberapa hal yang perlu mendapat perhatian antara lain:

- 1) Atas pelaksanaan pengukuran kinerja, sudah didapati Definisi Operasional atas kinerja dan cara mengukur indikator kinerja, namun hanya sebatas IKU sedangkan untuk IKI belum dibuat Definisi Operasional (sebagian).
- 2) Atas pengukuran capaian kinerja diketahui pimpinan telah terlibat dalam pengambilan keputusan dan penilaian kinerja, namun belum terdapat dokumentasi hasil pengukuran kinerja (bukti dukung yang memadai).
- 3) Berdasarkan hasil evaluasi lapangan, diketahui bahwa hasil pengukuran dan evaluasi kinerja belum menjadi pertimbangan dalam perencanaan periode berikutnya dan juga dalam melakukan mengukur kinerja individu belum mempertimbangkan capaian kinerja organisasi serta belum dilakukan pemberian penghargaan dan sanksi.

b. Evaluasi atas pelaporan kinerja dengan nilai 9.05 dari bobot 15% atau dengan capaian 60.33% (CC) yang berarti bahwa kualitas sebagian besar kriteria telah terpenuhi (>50% - 75%) sesuai dengan mandat kebijakan.

Dalam implementasi akuntabilitas kinerja, telah dilakukan upaya internalisasi pada pegawai di RSUD Ploso melalui monitoring dan evaluasi

SAKIP yang diselenggarakan pada bulan Januari 2025. Diharapkan setelah kegiatan tersebut terdapat perubahan pada budaya kerja organisasi dan mekanisme *reward and punishment* sehingga akuntabilitas kinerja dapat dijalankan dengan optimal serta sesuai dengan ketentuan.

Adapun rekomendasi yang diberikan oleh Tim Evaluator SAKIP Kabupaten sebagai berikut:

- a) Meningkatkan pemahaman pegawai melalui pelibatan secara 'aktif' seluruh pegawai baik secara bersamaan atau berjenjang dalam merumuskan perencanaan mulai dari identifikasi masalah, penentuan kinerja, indikator kinerja hingga penetapan target organisasi sampai dengan level paling operasional.
- b) Mencantumkan definisi operasional atas kinerja dan cara mengukur indikator kinerja pada seluruh IKI (Indikator Kinerja Individu) pegawai.
- c) Atas pengukuran capaian kinerja agar didukung dengan dokumentasi hasil pengukuran kinerja (bukti dukung hasil capaian/ analisa).
- d) Meningkatkan pemahaman pegawai untuk mempertimbangkan hasil pengukuran dan evaluasi dalam merencanakan periode selanjutnya. Agar disusun mekanisme pemberian penghargaan dan sanksi dengan mempertimbangkan hasil pengukuran kinerja.
- e) Melakukan koreksi atas Berita Acara Evaluasi Kinerja agar bisa menggambarkan hasil kinerja dengan pendalaman yang memadai, tidak hanya sebatas penilaian mandiri SAKIP melalui LKE.
- f) Mencantumkan bukti dukung atas pemanfaatan hasil evaluasi akuntabilitas kinerja agar bisa menunjukkan bahwa hasil evaluasi akuntabilitas kinerja untuk peningkatan akuntabilitas kinerja.

Adapun tindak lanjut rekomendasi yang diberikan adalah sebagai berikut:

Tabel 3.12
Matriks Tindak Lanjut Hasil Evaluasi SAKIP Tahun 2024

NO	REKOMENDASI	RENCANA AKSI TINDAK LANJUT	TARGET	WAKTU PELAKSANAAN	PENANGGUNG JAWAB	STATUS PROSES PENYELESAIAN	KETERANGAN
1	Meningkatkan pemahaman pegawai melalui pelibatan 'secara aktif' seluruh pegawai baik secara bersamaan maupun berjenjang dalam merumuskan perencanaan mulai dari identifikasi masalah, penentuan kinerja, indikator kinerja hingga penetapan target organisasi sampai dengan level paling operasional	Melibatkan Kepala Instalasi dan Kepala Unit/ Ruang dalam mengidentifikasi masalah internal RS, menyusun MPH, indikator kinerja dan penetapan target	3 (tiga) bulan	Januari-Maret 2025	Kasi Perencanaan dan Rekam Medis	Selesai	Dokumen kegiatan (penyusunan MPH beserta turunannya, penyusunan Renstra 2025-2029)
2	Mencantumkan Definisi Operasional atas kinerja dan cara mengukur indikator kinerja pada seluruh IKI pegawai	Menambahkan kolom Definisi Operasional pada format IKI seluruh pegawai yang akan ditetapkan oleh Direktur	3 (tiga) bulan	Januari-Maret 2025	Kasi Perencanaan dan Rekam Medis	Selesai	SK IKI Tahun 2025
3	Atas capaian pengukuran kinerja, agar didukung dengan dokumentasi hasil pengukuran kinerja (bukti dukung hasil capaian/ analisa)	Melampirkan bukti dukung atas hasil pengukuran kinerja pada seluruh pegawai	3 (tiga) bulan	Januari-Maret 2025	Kasi Perencanaan dan Rekam Medis, Tim SAKIP	Selesai	Dokumen pengukuran kinerja tribulan 4 tahun 2024 beserta data dukung yang dilampirkan dan diupload pada bit.ly/SAKIPTAHUN2024

NO	REKOMENDASI	RENCANA AKSI TINDAK LANJUT	TARGET	WAKTU PELAKSANAAN	PENANGGUNG JAWAB	STATUS PROSES PENYELESAIAN	KETERANGAN
4	Meningkatkan pemahaman pegawai untuk mempertimbangkan hasil pengukuran dan evaluasi dalam merencanakan periode selanjutnya. Selain itu, penting untuk memperhatikan kinerja individu di atasnya agar dapat diketahui apakah kinerja individu/ Perangkat Daerah telah cukup menunjang kinerja organisasi di atasnya. Agar disusun mekanisme pemberian penghargaan dan sanksi dengan mempertimbangkan hasil pengukuran kinerja	- Perubahan SK Reward and Punishment - Pengkajian ulang penyusunan indikator kinerja dan mekanisme pemberian reward and punishment	6 (enam) bulan	Januari-Juni 2025	Kasubbag TU	Selesai	Perubahan SK <i>reward and punishment</i>
5	Melakukan koreksi atas Berita Acara Evaluasi Kinerja agar bisa menggambarkan hasil kinerja dengan pendalaman yang memadai, tidak hanya sebatas penilaian mandiri SAKIP melalui LKE	Mengoreksi Berita Acara Evaluasi Kinerja pada penilaian mandiri tahun 2025	1 (satu) tahun	Januari-Desember 2025	Tim SAKIP	Selesai	BA evaluasi kinerja mandiri tahun 2025
6	Mencantumkan bukti dukung atas pemanfaatan hasil evaluasi akuntabilitas kinerja agar bisa menunjukkan bahwa hasil evaluasi akuntabilitas kinerja untuk peningkatan akuntabilitas kinerja	Menyusun kertas kerja target indikator kinerja berdasarkan capaian nilai SAKIP dan RB tahun 2024	6 (enam) bulan	Januari-Juni 2025	Kasi Perencanaan dan Rekam Medis	Belum selesai	

Berdasarkan Tabel 3.11 Matriks Tindak Lanjut Hasil Evaluasi SAKIP Tahun 2024, dapat diketahui bahwa ada 5 (lima) rekomendasi yang berstatus selesai ditindaklanjuti dengan bukti dukung sebagaimana pada tabel. Sedangkan ada 1 (satu) rekomendasi yang saat ini masih dalam proses penyelesaian dengan batas waktu sampai dengan bulan Juni 2025. Faktor pendukung ketercapaian kinerja antara lain:

- a) Pimpinan sudah terlibat aktif dalam pengambilan keputusan dan penilaian kinerja, yang merupakan syarat penting dalam sistem manajemen kinerja berbasis SAKIP. Hal ini menunjukkan adanya komitmen struktural dari *top management* dalam proses evaluasi akuntabilitas kinerja.
- b) Kegiatan monitoring dan evaluasi (monev) SAKIP telah dilaksanakan secara internal secara berkala. Hal ini menjadi indikasi awal internalisasi budaya akuntabilitas di lingkungan kerja, meskipun belum optimal.
- c) Pengukuran kinerja pada level IKU telah memiliki definisi operasional dan metode ukur, yang merupakan fondasi teknis penting dalam manajemen kinerja organisasi.

Sementara hambatan yang dihadapi RSUD Ploso adalah:

- a) Hanya sebagian kecil IKI (Indikator Kinerja Individu) yang memiliki definisi operasional dan alat ukur yang jelas. Hal ini menyebabkan kinerja individu tidak terukur secara sistematis, dan tidak bisa ditautkan dengan kinerja organisasi.
- b) Meskipun evaluasi dilakukan, tidak ada tindak lanjut berupa insentif atau sanksi berbasis hasil kinerja. Hal ini berisiko menurunkan motivasi kerja dan menumpulkan budaya akuntabilitas, karena hasil kerja tidak dikaitkan dengan konsekuensi nyata.
- c) Belum semua pegawai memahami penerapan AKIP

Berdasarkan Tabel 3.5 Capaian Indikator Kinerja Program, terlihat bahwa ada 1 (satu) indikator kinerja yang belum memenuhi target, yaitu :

1. Persentase capaian pemenuhan sarana prasarana, alat kesehatan dan SDM penunjang layanan rujukan

Pada tahun 2024, target program yang tercantum dalam Perjanjian Kinerja Direktur sebesar 84%, namun realisasinya hanya 80,14% sehingga tingkat capaian kerjanya adalah 95,40%. Capaian indikator ini merupakan capaian rata-rata dari keempat indikator kegiatan. Tingkat capaian belum bisa 100% karena hasil evaluasi atas penilaian menunjukkan ada 2 (dua) indikator kegiatan yang belum tercapai. Kedua indikator tersebut antara lain :

- a. Nilai ASPAK unsur alat kesehatan

Target nilai ASPAK unsur alat kesehatan pada tahun 2024 sebesar 51%, realisasi sebesar 49,02% sehingga tingkat capaian kinerja adalah 96,12%. Berdasarkan aplikasi ASPAK, ada banyak alat kesehatan yang belum dimiliki oleh RSUD Ploso, sehingga menyebabkan capaian belum 100%. Ditambah dengan peningkatan status kelas RSUD Ploso menjadi tipe C.

b. Persentase pemenuhan SDM sesuai standar RS

Target pemenuhan SDM sesuai standar RS pada tahun 2024 sebesar 100%, realisasi sebesar 85,49% sehingga tingkat capaian kinerja adalah 85,49%. Berdasarkan data dari Unit Kepegawaian tahun 2024, jumlah sumber daya manusia yang ada di RSUD Ploso sampai dengan 31 Desember 2024 sebanyak 330 orang. Kondisi tersebut belum sesuai dengan jumlah pegawai yang dibutuhkan, yaitu sesuai Analisis Beban Kerja sebanyak 386 orang. Berbagai cara telah dilakukan, diantaranya melakukan rekrutmen mandiri sesuai dengan ketersediaan anggaran BLUD, mengajukan rencana kebutuhan melalui aplikasi renbut Kemenkes dan bersurat kepada Kepala BKPSDM Kabupaten Jombang terkait pemenuhan tenaga teknis non medis (Perencanaan, Kepegawaian, Keuangan dan IT).

3.2 Realisasi Anggaran

3.2.1 Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Realisasi Anggaran

Pengukuran pencapaian kinerja anggaran adalah berdasarkan persentase rata-rata realisasi anggaran pada masing-masing program dan kegiatan yang telah ditetapkan dalam DPPA APBD tahun 2024. Adapun jumlah APBD RSUD Ploso Kabupaten Jombang tahun 2024 adalah sebesar Rp. 60.947.230.273,- dan terealisasi sebesar Rp. 58.079.869.146,29 atau capaiannya sebesar 95,30% dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 3.13
Pencapaian Kinerja dan Anggaran Tahun 2024

Sasaran/ Program	Indikator	Kinerja			Anggaran		
		Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
1. Meningkatnya akuntabilitas dan kinerja perangkat daerah	Nilai evaluasi AKIP RSUD Ploso	82	77.01	93,91%	60.947.230.273	58.079.869,29	95,30%
2. Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan rujukan RSUD Ploso	Persentase capaian indikator nasional mutu rumah sakit	75%	76.92%	102,56 %			
		NDR (angka >48 jam)	≤ 25 ‰	13,96 ‰	144,16 %		

Sasaran/ Program	Indikator	Kinerja			Anggaran		
		Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
1. Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat	1. Persentase capaian pemenuhan sarana, prasarana, alat kesehatan dan SDM Penunjang layanan rujukan	84%	80.14%	95.40%	11.826.874.775	11.117.863.836	96,45%
	2. Persentase capaian SPM RS	82.98%	87,23%	105,12%	41.344.825.861	40.033.965.012,29	96,83%
2. Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kab/Kota	Persentase rata-rata capaian kinerja pegawai	100%	100%	100%	7.775.529.637	6.928.040.298	89,10%

Sumber : Diolah, Unit Perencanaan RSUD Ploso, 2024

Tabel 3.14
Jumlah Anggaran dan Realisasi APBD Tahun 2024

No	Program/ Kegiatan/ Sub Kegiatan	Alokasi Biaya		Capaian (%)
		Anggaran (Rp)	Realisasi (Rp)	
1.	Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat	52.871.700.636	51.151.828.848,29	96,74%
	Kegiatan : Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Kewenangan Daerah Kabupaten Kota	11.526.874.775,00	11.117.863.836	96,45%
	Sub Kegiatan : Pengadaan Alat Kesehatan / Alat Penunjang Medik, Fasilitas Pelayanan Kesehatan	5.987.368.375	5.810.040.336	97,04%
	Sub Kegiatan : Rehabilitasi dan Pemeliharaan Rumah Sakit	5.539.506.400	5.307.823.500	95,82%
	Kegiatan : Penyediaan layanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Rujukan Tingkat Daerah Kabupaten/Kota	41.344.825.861,00	40.033.965.012,29	96,83%
	Sub Kegiatan : Operasional Pelayanan Rumah Sakit	41.344.825.861,00	40.033.965.012,29	96,83%
2.	Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kab/Kota	7.775.529.637,00	6.928.040.298	89,10%
	Kegiatan : Administrasi Keuangan Perangkat Daerah	7.710.729.637,00	6.864.144.258	89,02%
	Sub Kegiatan : Penyediaan Gaji dan Tunjangan ASN	7.710.729.637,00	6.864.144.258	89,02%
	Kegiatan : Administrasi Kepegawaian Perangkat Daerah	64.800.000,00	63.896.040,00	98,61%
	Sub Kegiatan : Pengadaan Pakaian Dinas beserta Atribut Kelengkapannya	64.800.000,00	63.896.040,00	98,61%

Sumber : Diolah, Unit Perencanaan RSUD Ploso, 2024

Dalam pencapaian kinerja tahun 2024, ada dua program RSUD Ploso yang dijalankan, yaitu program utama dan rutin. Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat merupakan program utama RSUD Ploso. Besar anggaran pada program ini adalah Rp 52.871.700.636,- dengan realisasi sebesar Rp 51.151.828.848,29 dan capaiannya sebesar 96,74%. Program ini didukung oleh sumber anggaran DBHCHT, DAK dan BLUD. Anggaran DBHCHT dan DAK terdapat pada Kegiatan Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Kewenangan Daerah Kabupaten/ Kota. Anggaran DBHCHT sebesar Rp 10.026.874.775,- dengan realisasi penyerapan Rp 9.727.753.736,- atau sebesar 97,02%. Anggaran yang berasal dari DAK sebesar Rp. 1.500.000.000,- dengan realisasi penyerapan Rp. 1.390.110.100,- atau capaiannya sebesar 92,67%.

Sedangkan anggaran yang berasal dari BLUD ada pada Kegiatan Operasional Pelayanan Rumah Sakit sebesar Rp 41.344.825.861,- dengan realisasi sebesar Rp 40.033.965.012,29 dengan capaian penyerapan sebesar 96,83%. Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kab/Kota merupakan program rutin

RSUD Ploso dengan sumber anggaran berasal dari APBD. Jumlah anggaran yang ada sebesar Rp 7.775.529.637,- dengan realisasi sebesar Rp 6.928.040.298,- dengan capaian sebesar 89,10%.

3.2.2 Analisis Atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

A. Anggaran

Berikut ini akan dilakukan analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya dengan cara membandingkan capaian kinerja dengan penyerapan anggaran sebagai berikut :

Tabel 3.15
Efisiensi Penggunaan Sumber Daya Anggaran

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	% Capaian Kinerja	% Rata-rata Capaian Kinerja	% Penyerapan Anggaran	% Tingkat Efisiensi
1. Meningkatnya akuntabilitas dan kinerja perangkat daerah	Nilai evaluasi AKIP RSUD Ploso	93,91%	113,54%	95,30%	18,24%
2. Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan rujukan RSUD Ploso	Persentase Capaian Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit	102,56%			
1. Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat	NDR (angka >48 jam)	144,16 %	100,26%	96,74%	3,52%
	1. Persentase capaian pemenuhan sarana prasarana, alat kesehatan dan SDM penunjang layanan rujukan	95,40%			
2. Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kab/Kota	2. Persentase capaian SPM RS	105,12%	100%	89,10%	10,9%
	Persentase rata-rata capaian kinerja pegawai	100%			

Sumber : Diolah, Unit Perencanaan RSUD Ploso, 2024

Untuk menjalankan sasaran strategis, RSUD Ploso mendapatkan alokasi anggaran sebesar Rp. 52.871.700.636,- dan terealisasi sebesar Rp. 51.151.828.848,29 atau capaiannya sebesar 96,74%

Pengukuran efisiensi dilakukan dengan membandingkan selisih antara pencapaian sasaran strategis dengan pencapaian realisasi anggaran yang mendukung pencapaian sasaran strategis tersebut. Berdasarkan tabel di atas tampak bahwa rata-rata pencapaian sasaran strategis meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan rujukan RSUD Ploso dengan persentase capaian kinerja sebesar 113,54% dan persentase penyerapan anggaran sebesar 95,30% telah mengefisiensi penggunaan sumberdaya sebesar 18,24%. Sementara untuk program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat, rata-rata persentase capaian kinerja sebesar 100,26% dan persentase penyerapan anggaran sebesar 96,74% telah mengefisiensi penggunaan anggaran sebesar 3,52%. Sedangkan persentase capaian kinerja

pada program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kab/Kota sebesar 100% dan persentase realisasi anggaran sebesar 89,10%. Artinya adalah telah ada efisiensi anggaran sebesar 10,9%. Upaya konkret yang telah dilakukan oleh RSUD Ploso antara lain:

1) Perencanaan kinerja dan anggaran yang sinkron

RSUD Ploso menyusun rencana anggaran yang benar-benar dikaitkan dengan target output dan outcome, bukan berdasarkan pola historis atau pagu semata.

2) Monitoring dan evaluasi *realtime*

Adanya sistem monitoring kinerja dan anggaran secara berkala memungkinkan manajemen melakukan:

- Penyesuaian cepat pada belanja tidak produktif.
- Pergeseran ke program berdampak tinggi.

3) Pemanfaatan SDM dan teknologi dengan baik

Meskipun belum seluruh SDM terpenuhi (berdasarkan ABK), RSUD Ploso mampu memberdayakan tenaga yang ada melalui:

- Penjadwalan efisien.
- Melakukan rotasi rasional
- Pemanfaatan teknologi digital untuk dokumentasi, pelaporan, dan monitoring internal.

4) Strategi Pengadaan dan Belanja yang Terkendali

Proses pengadaan barang dan jasa diupayakan:

- Tepat spesifikasi, tanpa pemborosan, dan berorientasi pada efektivitas program.
- Adanya seleksi rekanan yang transparan dan kompetitif turut menekan biaya belanja modal dan operasional.

5. Transformasi layanan pasien berbasis mutu

Pelayanan rawat jalan dan rawat inap diarahkan pada:

- Peningkatan mutu (indikator mutu tercapai) tanpa pemborosan sumber daya.
- Optimalisasi alur layanan pasien, sehingga berdampak efektif waktu dan efisiensi biaya.

6) Pemanfaatan dana non-APBD

RSUD Ploso memanfaatkan sumber pendanaan alternatif seperti DBHCHT, dan BLUD untuk membiayai kegiatan prioritas, sehingga tidak seluruh beban program ditanggung APBD. Hal ini mengurangi tekanan terhadap anggaran utama namun tetap memungkinkan pencapaian output.

B. Sumber Daya Manusia

Berikut ini akan dilakukan analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya dengan cara membandingkan jumlah sumber daya manusia yang seharusnya ada sesuai dengan Analisis Beban Kerja (ABK) dan ketersediaan sumber daya manusia di RSUD Ploso sebagai berikut:

Tabel 3.16
Jumlah Sumber Daya Manusia Menurut Analisis Beban Kerja
RSUD Ploso Tahun 2024

Struktur Organisasi	Eksisting		Perhitungan ABK
	ASN	Non-ASN	
RSUD PLOSO	104	198	386
Instalasi Rawat Jalan dan IGD	34	39	84
Poli Paru	2	0	3
Dokter Spesialis Pulmonologi dan Kedokteran Respirasi (Paru) - Ahli Muda	1	0	2
Perawat - Ahli Muda	1	0	1
Poli Penyakit Kulit dan Kelamin	0	2	2
Perawat - Terampil	0	1	1
Dokter - Ahli Pertama	0	1	1
Poli Kandungan / Obgyn	4	0	5
Dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi - Ahli Muda	2	0	2
Bidan - Ahli Madya	1	0	1
Bidan - Mahir	1	0	1
Dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi - Ahli Madya	0	0	1
Poli Penyakit Dalam	2	3	5
Perawat - Mahir	2	0	2
Dokter Spesialis Penyakit Dalam - Ahli Pertama	0	3	3
Poli Gigi	6	0	6
teknisi gigi - Penyelia	2	0	2
Dokter Gigi - Ahli Muda	1	0	1
Dokter Spesialis Prostodonsia - Ahli Muda	1	0	1
Dokter Gigi - Ahli Pertama	2	0	2
Poli Umum dan Bedah	1	3	5
Perawat - Mahir	0	0	1
Perawat - Terampil	1	1	2
Dokter Spesialis Bedah - Ahli Pertama	0	2	2
Poli Saraf	1	3	4
Perawat - Terampil	0	1	1
Dokter Spesialis Neurologi - Ahli Pertama	0	2	2
Perawat - Ahli Madya	1	0	1
Poli Mata	1	2	3
Dokter Spesialis Mata - Ahli Pertama	0	1	1
Perawat - Terampil	0	1	1
Refraksionis optisien/optometris - Pelaksana	1	0	1
Poli Jantung	1	1	2
Dokter Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah - Ahli Pertama	0	1	1
Perawat - Terampil	1	0	1
IGD	12	18	33
Dokter - Ahli Pertama	4	4	10
Dokter - Ahli Muda	1	0	1
Dokter - Ahli Madya	2	0	2
Perawat - Ahli Madya	1	0	1
Perawat - Mahir	1	0	1
Perawat - Terampil	3	9	12
Bidan - Terampil	0	4	4
Pengadministrasi Umum -	0	1	2
Poli Orthopedi	0	2	2
Dokter Spesialis Orthopaedi dan Traumatologi - Ahli Pertama	0	1	1

Struktur Organisasi	Eksisting		Perhitungan ABK
	ASN	Non-ASN	
RSUD PLOSO	104	198	386
Perawat - Terampil	0	1	1
- Poli Fisioterapi dan Akupunktur	2	3	6
fisioterapis - Pelaksana	1	3	5
Dokter Spesialis Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi - Ahli Madya	1	0	1
Poli Anak	2	2	4
Dokter Spesialis Anak - Ahli Muda	2	1	3
Perawat - Terampil	0	1	1
Poli THT	0	0	2
Dokter Spesialis Telinga Hidung Tenggorok - Bedah Kepala dan Leher - Ahli Pertama	0	0	1
Perawat - Terampil	0	0	1
Poli Urologi	0	0	2
Dokter Spesialis Urologi - Ahli Pertama	0	0	1
Perawat - Terampil	0	0	1
Instalasi Rawat Inap	39	50	114
- Rawat Inap Isolasi	8	9	17
Perawat - Ahli Madya	1	0	1
Perawat - Terampil	7	8	15
Pengadministrasi Umum -	0	1	1
- Rawat Inap Non Isolasi	9	14	24
Perawat - Ahli Muda	1	0	1
Perawat - Mahir	2	0	2
Perawat - Terampil	6	13	19
Pengadministrasi Umum -	0	1	1
Perawat - Penyelia	0	0	1
- Kamar Operasi / OK	6	5	15
Dokter Spesialis Anestesiologi dan Terapi Intensif - Ahli Madya	1	0	1
Perawat - Ahli Muda	1	0	1
Perawat - Terampil	3	4	7
Bidan - Penyelia	1	0	1
Bidan - Terampil	0	1	1
Pengadministrasi Umum -	0	0	1
penata anestesi - Ahli Pertama	0	0	3
VK / Nifas dan Materna	13	16	33
Bidan - Ahli Madya	1	0	1
Bidan - Penyelia	2	0	2
Bidan - Mahir	3	0	3
Bidan - Terampil	7	16	24
Bidan - Ahli Muda	0	0	2
Pengadministrasi Umum -	0	0	1
Neonatus	3	6	12
Perawat - Ahli Muda	1	0	1
Perawat - Terampil	2	3	6
Bidan - Terampil	0	3	4
Pengadministrasi Umum -	0	0	1
- Intensive Care Unit / ICU	0	0	13
Dokter Spesialis Anestesiologi dan Terapi Intensif - Ahli Pertama	0	0	1
Perawat - Terampil	0	0	8
Perawat - Ahli Pertama	0	0	3
Pengadministrasi Umum -	0	0	1
Instalasi Pelayanan Penunjang	19	32	65
Instalasi Farmasi	8	12	27
Apoteker - Ahli Madya	1	0	1

Struktur Organisasi	Eksisting		Perhitungan ABK
	ASN	Non- ASN	
RSUD PLOSO	104	198	386
Apoteker - Ahli Muda	1	0	1
Apoteker - Ahli Pertama	1	1	4
Asisten Apoteker - Penyelia	2	0	2
Asisten Apoteker - Pelaksana Lanjutan	1	0	1
Asisten Apoteker - Pelaksana	2	3	10
Pengadministrasi Umum -	0	8	8
Instalasi Radiologi	3	1	8
Dokter Spesialis Radiologi - Ahli Madya	0	0	0
Radiografer - Penyelia	2	0	2
Radiografer - Pelaksana	1	0	3
Pengadministrasi Umum -	0	1	1
Dokter Spesialis Radiologi - Ahli Pertama	0	0	1
fisikawan medik - Ahli Pertama	0	0	1
Instalasi laboratorium	4	7	11
Dokter Spesialis Patologi Anatomi - Ahli Muda	1	0	1
Dokter Spesialis Patologi Klinik - Ahli Pertama	0	2	2
Pranata Laboratorium Kesehatan - Penyelia	1	0	1
Pranata Laboratorium Kesehatan - Pelaksana Lanjutan	1	0	1
Pranata Laboratorium Kesehatan - Pelaksana	1	5	5
Pengadministrasi Umum -	0	0	1
Instalasi Gizi	4	8	15
Nutrisionis - Penyelia	1	0	1
Nutrisionis - Pelaksana	3	1	4
Pengadministrasi Umum -	0	7	9
Nutrisionis - Ahli Pertama	0	0	1
- Pemulasaran Jenazah			
- CSSD Dan Laundry	0	4	4
Pramu Kebersihan -	0	4	4
Seksi Perencanaan dan Rekam Medis	2	16	40
Pranata Komputer - Terampil	0	3	3
Perekam Medis - Pelaksana Lanjutan	1	0	1
Perekam Medis - Pelaksana	1	4	11
Pengadministrasi Umum -	0	7	7
Perencanaan, Pelaporan dan Evaluasi	0	2	5
Perencana - Ahli Pertama	0	2	2
Penyusun Program Anggaran dan Pelaporan -	0	0	1
Pengadministrasi Perencanaan dan Program -	0	0	1
Analisis Perencanaan Anggaran -	0	0	1
Pengelolaan Data, Informasi dan Rekam Medis	0	0	13
Pengelola Teknologi Informasi -	0	0	1
Analisis Data dan Informasi -	0	0	1
Pengelola Database -	0	0	1
Pengadministrasi Rekam Medis dan Informasi -	0	0	10
SUB BAGIAN TATA USAHA	10	61	83
Umum dan Kepegawaian	1	5	10
Pengelola Kepegawaian -	0	2	3
Pengelola Layanan Kehumasan -	1	2	2
Pengelola Dokumen dan Informasi Hukum -	0	1	1
Penyuluh Kesehatan Masyarakat - Ahli Pertama	0	0	2
Arsiparis - Terampil	0	0	1
Pengadministrasi Kepegawaian -	0	0	1
Keuangan	2	14	17
Bendahara -	2	0	2

Struktur Organisasi	Eksisting		Perhitungan ABK
	ASN	Non-ASN	
RSUD PLOSO	104	198	386
Pengelola Keuangan -	0	3	4
Verifikator Medis -	0	5	5
Pengadministrasi Keuangan -	0	6	6
Pengelolaan Aset dan lingkungan	7	42	56
Pengadministrasi Sarana dan Prasarana -	1	2	3
Teknisi Elektromedik - Pelaksana	2	1	3
Sanitarian - Penyelia	0	0	1
Sanitarian - Pelaksana	1	0	1
Pramu Kebersihan -	0	17	17
Petugas Keamanan -	0	8	8
Pengemudi -	0	2	2
Pengemudi Ambulan -	0	4	4
Juru Pungut Retribusi -	0	7	7
Pengadministrasi Umum -	2	1	3
Sanitarian - Ahli Pertama	0	0	1
Sanitarian - Terampil	1	0	2
Teknisi Listrik dan Jaringan -	0	0	1
Teknisi Gedung atau Bangunan -	0	0	1
Pemelihara Sarana Dan Prasarana -	0	0	1
Sanitarian - Mahir	0	0	1

Sumber : Unit Kepegawaian, 2024

Berdasarkan data dari Unit Kepegawaian tahun 2024, jumlah sumber daya manusia yang ada di RSUD Ploso sampai dengan 31 Desember 2024 sebanyak 330 orang. Kondisi tersebut belum sesuai dengan jumlah pegawai yang dibutuhkan, yaitu sesuai dengan Analisis Beban Kerja, sebanyak 386 orang, dengan tingkatan capaian pemenuhan SDM 85,49%.

Meskipun terbatasnya jumlah Sumber Daya Manusia (SDM) dapat menjadi tantangan, namun hal tersebut tidak menjadi kendala berarti bagi RSUD Ploso dalam memberikan pelayanan terbaik kepada masyarakat. RSUD Ploso telah berhasil menunjukkan komitmen yang luar biasa dengan tetap menjaga kualitas pelayanan yang optimal, meskipun dalam keterbatasan sumber daya.

Tabel 3.17
Efisiensi Penggunaan Sumber Daya Manusia

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	% Capaian Kinerja	% Rata-rata Capaian Kinerja	% Pemenuhan SDM	% Tingkat Efisiensi
1. Meningkatnya akuntabilitas dan kinerja perangkat daerah	Nilai evaluasi AKIP RSUD Ploso	93,91%	113,54%	85,49%	28,05%
2. Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan rujukan RSUD Ploso	Persentase Capaian Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit	102,56%			
	NDR (angka >48 jam)	144,16 %			
1. Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya	1. Persentase capaian pemenuhan sarana prasarana, alat	95,40%	100,26%	85,49%	14,77%

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	% Capaian Kinerja	% Rata-rata Capaian Kinerja	% Pemenuhan SDM	% Tingkat Efisiensi
Kesehatan Masyarakat	kesehatan dan SDM penunjang layanan rujukan				
	2. Persentase capaian SPM RS	105,12%			
2. Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kab/Kota	Persentase rata-rata capaian kinerja pegawai	100%	100%	85,49%	14,51%

Sumber : Diolah, Unit Perencanaan RSUD Ploso, 2024

Berdasarkan tabel di atas tampak bahwa rata-rata pencapaian sasaran strategis meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan rujukan RSUD Ploso dengan rata-rata persentase capaian kinerja sebesar 113,54 % dan persentase pemenuhan SDM sebesar 85,49% telah mengefisiensi penggunaan anggaran sebesar 29,05%. Sementara untuk program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat, rata-rata persentase capaian kinerja sebesar 100,26% dan persentase pemenuhan SDM sebesar 85,49% telah mengefisiensi penggunaan anggaran sebesar 14,77%. Sedangkan persentase capaian kinerja pada program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kab/Kota sebesar 100% dan persentase pemenuhan SDM sebesar 85,49%. Artinya adalah telah ada efisiensi anggaran sebesar 14,51%. Dihadapkan pada kondisi tersebut, RSUD Ploso tetap berupaya agar jumlah SDM yang kurang bukan menjadi kendala utama dalam pencapaian Indikator Kinerja Utama pada tahun 2024. Hasil pada tabel di atas menunjukkan bahwa dedikasi dan semangat kerja yang tinggi dari seluruh pegawai, mampu menghasilkan kinerja yang memuaskan. Meskipun dengan jumlah SDM yang terbatas, RSUD Ploso tetap berupaya untuk memaksimalkan setiap potensi yang ada dan melakukan inovasi untuk menjaga mutu pelayanan.

Keberhasilan dalam capaian IKU ini menunjukkan bahwa kualitas pelayanan tidak hanya tergantung pada jumlah SDM, tetapi juga pada pengelolaan yang efisien, koordinasi yang baik, serta semangat bersama dalam memberikan yang terbaik untuk pasien dan masyarakat. RSUD Ploso terus berkomitmen untuk terus berkembang dan memberikan pelayanan yang prima, meskipun dalam keterbatasan, karena kepuasan pasien dan kesehatan masyarakat adalah prioritas utama.

C. Sarana dan Prasarana

Berdasarkan data capaian ASPAK (Aplikasi Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan) Kementerian Kesehatan Tahun 2024, diketahui bahwa persentase

pemenuhan sarana, prasarana, dan alat kesehatan, yang juga menjadi indikator Kegiatan Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Kewenangan Daerah Kabupaten/Kota sebagai berikut:

Tabel 3.18
Capaian ASPAK Tahun 2024

No	Indikator	Target	Realisasi	Tingkat Capaian
1	Sarana	93%	100%	107.52%
2	Prasarana	86%	86.02%	100,02%
3	Alat Kesehatan	51%	49.02%	96.11%

Sumber : Unit Pemeliharaan Sarana dan Prasarana, 2024

Dari tabel di atas, rata-rata capaian pemenuhan sarana, prasarana, dan alat kesehatan adalah 101,21%. Berikut tabel perbandingan antara capaian kinerja dengan capaian pemenuhan sarana, prasarana dan alat kesehatan di RSUD Ploso.

Tabel 3.19
Efisiensi Penggunaan Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	% Capaian Kinerja	% Rata-rata Capaian Kinerja	% Pemenuhan SDM	% Tingkat Efisiensi
1. Meningkatnya akuntabilitas dan kinerja perangkat daerah	Nilai evaluasi AKIP RSUD Ploso	93,91%	113,54%	101,21%	12,33%
2. Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan rujukan RSUD Ploso	Persentase Capaian Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit NDR (angka >48 jam)	102,56% 144,16 %			
1. Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat	1. Persentase capaian pemenuhan sarana prasarana, alat kesehatan dan SDM penunjang layanan rujukan	95,40%	100,26%	101,21%	-0,95%
	2. Persentase capaian SPM RS	105,12%			
2. Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kab/Kota	Persentase rata-rata capaian kinerja pegawai	100%	100%	101,21%	-1,21%

Sumber : Diolah, Unit Perencanaan RSUD Ploso, 2024

Berdasarkan tabel di atas tampak bahwa rata-rata pencapaian sasaran strategis meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan rujukan RSUD Ploso dengan rata-rata persentase capaian kinerja sebesar 113,54% dan persentase pemenuhan sarana, prasarana dan alat kesehatan sebesar 101,21% telah mengefisiensi penggunaan anggaran sebesar 12,33%. Sementara untuk program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan

Masyarakat, rata-rata persentase capaian kinerja sebesar 100,26% dan persentase pemenuhan sarana, prasarana dan alat kesehatan sebesar 101,21% terdapat inefisiensi penggunaan anggaran sebesar -0,95%. Sedangkan persentase capaian kinerja pada program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kab/Kota sebesar 100% dan persentase pemenuhan sarana, prasarana dan alat kesehatan sebesar 101,21%. Artinya terdapat inefisiensi anggaran sebesar -1,21%. Dihadapkan pada kondisi tersebut, RSUD Ploso tetap berupaya agar pemenuhan sarana, prasarana dan alat kesehatan yang belum sesuai standar tidak menjadi kendala utama dalam pencapaian Indikator Kinerja Utama pada tahun 2024.

3.3 Upaya Perbaikan Kinerja

Berdasarkan hasil evaluasi atas realisasi kinerja sasaran strategis, tindak lanjut untuk rekomendasi pada indikator nilai evaluasi AKIP RSUD Ploso adalah sebagai berikut:

1. Meningkatkan pemahaman pegawai melalui pelibatan 'secara aktif' seluruh pegawai baik secara bersamaan maupun berjenjang dalam merumuskan perencanaan mulai dari identifikasi masalah, penentuan kinerja, indikator kinerja hingga penetapan target organisasi sampai dengan level paling operasional

Tindak lanjutnya adalah melibatkan Kepala Instalasi dan Kepala Unit/ Ruang dalam mengidentifikasi masalah internal RS, menyusun MPH, indikator kinerja dan penetapan target. Output yang dihasilkan berupa dokumen MPH beserta turunannya dan penyusunan Renstra tahun 2025-2029.

2. Mencantumkan Definisi Operasional atas kinerja dan cara mengukur indikator kinerja pada seluruh IKI pegawai

Tindak lanjutnya adalah menambahkan kolom Definisi Operasional pada format IKI seluruh pegawai yang akan ditetapkan oleh Direktur. Outputnya berupa SK IKI Tahun 2025.

3. Atas capaian pengukuran kinerja, agar didukung dengan dokumentasi hasil pengukuran kinerja (bukti dukung hasil capaian/ analisa)

Tindak lanjutnya berupa melampirkan bukti dukung atas hasil pengukuran kinerja pada seluruh pegawai.

4. Meningkatkan pemahaman pegawai untuk mempertimbangkan hasil pengukuran dan evaluasi dalam merencanakan periode selanjutnya. Selain itu, penting untuk memperhatikan kinerja individu di atasnya agar dapat diketahui apakah kinerja individu/ Perangkat Daerah telah cukup menunjang kinerja organisasi di atasnya. Agar disusun mekanisme pemberian penghargaan dan sanksi dengan mempertimbangkan hasil pengukuran kinerja.

Tindak lanjutnya berupa perubahan SK Direktur tentang *Reward and Punishment* serta pengkajian ulang penyusunan indikator kinerja dan mekanisme pemberian *reward and punishment*. Waktu pelaksanaan Januari – Juni 2025.

5. Melakukan koreksi atas Berita Acara Evaluasi Kinerja agar bisa menggambarkan hasil kinerja dengan pendalaman yang memadai, tidak hanya sebatas penilaian mandiri SAKIP melalui LKE.

Tindak lanjutnya melakukan koreksi Berita Acara Evaluasi Kinerja pada penilaian mandiri tahun 2025.

6. Mencantumkan bukti dukung atas pemanfaatan hasil evaluasi akuntabilitas kinerja agar bisa menunjukkan bahwa hasil evaluasi akuntabilitas kinerja untuk peningkatan akuntabilitas kinerja.

Tindak lanjutnya dengan menyusun kertas kerja target indikator kinerja berdasarkan capaian nilai SAKIP dan RB tahun 2024.

Berdasarkan hasil evaluasi atas realisasi kinerja program, tindak lanjut yang bisa dilakukan antara lain:

1. Nilai ASPAK unsur alat kesehatan

Kasubbag Tata Usaha mengkoordinir seluruh kepala unit/ ruangan untuk menelaah kebutuhan alat kesehatan yang harus dimiliki oleh RS tipe C. Selanjutnya menyusun daftar kebutuhan alkes sesuai dengan ASPAK Kemenkes untuk diusulkan dalam rencana kebutuhan unit pada tahun 2027.

2. Persentase pemenuhan SDM sesuai standar RS

Saat ini RSUD Ploso telah berupaya untuk memenuhi kebutuhan tenaga secara mandiri menyesuaikan dengan anggaran BLUD. Selain itu mengajukan kebutuhan SDM melalui aplikasi renbut Kemenkes. Selanjutnya bersurat kepada Kepala BKPSDM Kabupaten Jombang terkait kebutuhan tenaga teknis non medis.

BAB IV

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Laporan Kinerja Instansi Pemerintah RSUD Ploso Kabupaten Jombang Tahun 2024 merupakan pertanggungjawaban atas kinerja RSUD dalam rangka mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam Rencana Strategis RSUD Ploso Kabupaten Jombang tahun 2024-2026 yang berisi uraian tentang capaian indikator kinerja kegiatan, program, dan sasaran yang telah dilaksanakan oleh RSUD Ploso Kabupaten Jombang pada tahun 2024 adalah sebesar 113,54%. Dalam mendukung pelaksanaan pencapaian sasaran strategis, pada tahun 2024, RSUD Ploso Kabupaten Jombang mendapatkan alokasi dana DBHCHT tahun 2024 sebesar Rp. 10.026.874.775,- dengan realisasi penyerapan Rp. 9.727.753.736,- atau sebesar 97,02%. Alokasi DAK sebesar Rp. 1.500.000.000,- dengan realisasi penyerapan Rp. 1.390.110.100,- atau capaiannya sebesar 92,67%. Dari 3 (tiga) indikator kinerja utama, terdapat 1 (satu) Indikator kinerja yang tidak mencapai target, yaitu Nilai Evaluasi AKIP dengan capaian 93,91%. Dua indikator yang lain telah sesuai dengan target.

Dalam proses pencapaian tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan oleh RSUD Ploso Kabupaten Jombang pada tahun 2024 masih ditemui sejumlah kendala sebagai berikut :

1. Implementasi akuntabilitas kinerja internal rumah sakit belum berjalan optimal
2. Pemenuhan alat kesehatan rumah sakit menyesuaikan ketersediaan anggaran.
3. Ketersediaan SDM belum memenuhi kebutuhan rumah sakit

4.2 Rekomendasi

Berdasarkan kesimpulan di atas dapat diketahui bahwa masih terdapat kendala dan hambatan dalam proses pencapaian target kinerja RSUD Ploso Kabupaten Jombang sehingga kedepan perlu dilakukan upaya untuk meningkatkan kinerja dalam pencapaian tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan diantaranya sebagai berikut :

1. Mengoptimalkan keterlibatan seluruh pegawai RSUD Ploso dengan monitoring dan evaluasi oleh Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) serta Komite PPI untuk memantau terjaganya mutu layanan.
2. Memanfaatkan anggaran non BLUD untuk memenuhi sarana prasarana dan alat kesehatan secara berkelanjutan
3. Bekerja sama dengan pihak ketiga untuk membantu percepatan digitalisasi pelayanan dan pemanfaatan teknologi informasi dalam pengukuran kinerja di RSUD Ploso.

Demikian Laporan Kinerja RSUD Ploso Kabupaten Jombang Tahun 2024 yang dapat disajikan sebagai pertanggungjawaban pelaksana tugas dan fungsi serta kinerja yang telah dicapai berdasarkan kewenangan yang diberikan sesuai dengan ketentuan dan pelaksanaan perundang-undangan yang berlaku.

LAMPIRAN

1. Perjanjian Kinerja



**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2024
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PLOSO KABUPATEN JOMBANG
NOMOR : 060.1/61/415.01/2024**

Dalam rangka mewujudkan manajemen pemerintahan yang efektif, transparan, akuntabel serta berorientasi pada hasil, yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : **dr. HENDRI MARZUKI**
Jabatan : **Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ploso**
Selanjutnya disebut Pihak Pertama

Nama : **SUGIAT, S.Sos., M.Psi.T.**
Jabatan : **Pj. Bupati Jombang**
Selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut Pihak Kedua

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

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

Jombang, 9 Januari 2024
PIHAK PERTAMA
Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ploso

Ditandatangani secara elektronik



dr. HENDRI MARZUKI
NIP. 197010312014121001

PIHAK KEDUA
Pj. Bupati Jombang

Ditandatangani secara elektronik



SUGIAT, S.Sos., M.Psi.T.



Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik yang diterbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSrE), BSSN

KODE UNIT : 415.48

**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2024
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PLOSO KABUPATEN JOMBANG**

NO.	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA	TARGET
1.	Meningkatnya akuntabilitas dan kinerja perangkat daerah	Nilai evaluasi AKIP RSUD Ploso	82
2.	Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan rujukan RSUD Ploso	Persentase capaian indikator Nasional Mutu rumah sakit	75%
		NDR (angka kematian > 48 jam)	≤ 25 %

NO	SASARAN PROGRAM	PROGRAM	INDIKATOR PROGRAM	TARGET	ANGGARAN
1.	Terpenuhinya penunjang urusan pemerintahan daerah kab/kota	Program penunjang urusan Pemerintahan Daerah Kab/Kota	Persentase rata-rata capaian kinerja pegawai	100%	7.418.212.782
2.	Terpenuhinya upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat	Program pemenuhan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat	Persentase capaian pemenuhan sarana prasarana, alat kesehatan, dan SDM penunjang layanan rujukan	84%	51.318.734.665,30
			Persentase capaian SPM RS	82,98%	
JUMLAH					58.736.947.447,30

Jombang, 9 Januari 2024
PIHAK PERTAMA
 Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ploso
 Ditandatangani secara elektronik



dr. HENDRI MARZUKI
 NIP. 197010312014121001

PIHAK KEDUA
 Pj. Bupati Jombang
 Ditandatangani secara elektronik



SUGIAT, S.Sos., M.Psi.T.



Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik yang diterbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSrE), BSSN

KODE UNIT : 415.48



**PERJANJIAN KINERJA PERUBAHAN TAHUN 2024
RSUD PLOSO KABUPATEN JOMBANG
NOMOR : : 000.8.6.3/488/415.01/2024**

Dalam rangka mewujudkan manajemen pemerintahan yang efektif, transparan, akuntabel serta berorientasi pada hasil, yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : **dr. HENDRI MARZUKI**
Jabatan : **DIREKTUR RSUD PLOSO**

Selanjutnya disebut Pihak Pertama

Nama : **Dr. Drs. TEGUH NARUTOMO, MM**
Jabatan : **Pj. BUPATI JOMBANG**

Selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut Pihak Kedua

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

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

Jombang, 10 September 2024
PIHAK PERTAMA
Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ploso
Ditandatangani secara elektronik



dr. HENDRI MARZUKI
NIP. 197010312014121001

PIHAK KEDUA
Pj. Bupati Jombang

Ditandatangani secara elektronik



Dr. Drs. TEGUH NARUTOMO, MM

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSrE), BSSN

**PERJANJIAN KINERJA PERUBAHAN TAHUN 2024
RSUD PLOSO KABUPATEN JOMBANG**

NO	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA	TARGET
1.	Meningkatnya akuntabilitas dan kinerja perangkat daerah	1. Nilai evaluasi AKIP RSUD Ploso	82
2.	Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan rujukan RSUD Ploso	2. Persentase capaian Indikator Nasional Mutu rumah sakit	75%
		3. NDR (angka kematian > 48 jam)	≤ 25 % _e

NO.	SASARAN PROGRAM	PROGRAM	INDIKATOR PROGRAM	TARGET	ANGGARAN (Rp)
1	Terpenuhinya Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kab/Kota	Program penunjang urusan Pemerintahan Daerah Kab/Kota	Persentase rata-rata capaian kinerja pegawai	100%	7.775.529.637
2	Terpenuhinya upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat	Program pemenuhan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat	Persentase capaian pemenuhan sarana, prasarana, alat kesehatan, dan SDM penunjang layanan rujukan	84%	52.871.700.636
			Persentase pencapaian SPM RS	82.98%	
TOTAL					60.647.230.273

Jombang, 10 September 2024
PIHAK PERTAMA
 Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ploso
 Ditandatangani secara elektronik



dr. HENDRI MARZUKI
 NIP. 197010312014121001

PIHAK KEDUA
 Pj. Bupati Jombang
 Ditandatangani secara elektronik



Dr. Drs. TEGUH NARUTOMO, MM

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSrE), BSSN

2. Sasaran Kinerja Pegawai

**EVALUASI KINERJA PEGAWAI
PENDEKATAN HASIL KERJA KUANTITATIF
PERIODE: Periode RKP 1 Tahun**

PEMERINTAH KAB. JOHOREBAR

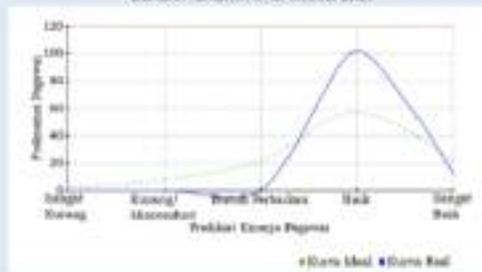
PERIODE PENYALAIAN: 1 JANUARI SD 31 DESEMBER TAHUN 2024

NO	PEGAWAI YANG DIEVALUASI	NO	PEJABAT PENYALAI KINERJA
1	NAMA dr HENDRI MARGUZE	1	NAMA TEOUH HARUTOMO
2	NIP 197505032014422001	2	NIP -
3	PANGKAT/ GOL. RIJANG Pusat Tingkat I / III/a	3	PANGKAT/ GOL. RIJANG -
4	JABATAN Kepala Rumah Sakit Umum Daerah Ploso	4	JABATAN D. Bupati Johorebar
5	LOKUS KERJA Rumah Sakit Umum Daerah Ploso	5	LOKUS KERJA Pemerintah Kabupaten Johorebar

CIKAPAN KINERJA ORGANISASI BAKI

POLA DISTRIBUSI:

EKUIVA DISTRIBUSI PREDIKSI KINERJA PEGAWAI DENGAN CARANYA KINERJA ORGANISASI BAKI



NO	BENCARA HASIL KERJA	INDIKATOR KINERJA INDIVIDU	TARGET	PERSPEKTIF	REALISASI BERDASARKAN BUNTI DUKUNG	UMPAH BALIK BERKELANJUTAN BERDASARKAN BUNTI DUKUNG
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

SPESIFIKASI						
1	Meningkatnya akuntabilitas dan kinerja pelayanan daerah	Misi utama ACP RSUD Ploso	82	Pengantar Internal	77,01% berdasarkan Data dukung	Paspas: ●
		Persentase rasio rata-rata kinerja pegawai	100%	Pengantar Internal	100% berdasarkan Data dukung	Paspas: ●
2	Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan rujukan RSUD Ploso	Persentase capaian indikator Nasional Menu rumah sakit JDR (rangkaian > 45 jam)	75 % - 25 %	Pengantar Internal Pemerintah Layanan	75,9% berdasarkan Data dukung lebih dari 25 persai berdasarkan Data dukung	Paspas: ●
		Persentase capaian pemenuhan sarana pelayanan, alat kesehatan, dan SDM penunjang layanan rujukan	84 %	Pemerintah Layanan	80,14% berdasarkan Data dukung	Paspas: ●
		Persentase capaian SPH RA	82,98%	Pemerintah Layanan	87,20% berdasarkan Data dukung	Paspas: ●
3	Terlaksananya pengujian saggama di RSUD Ploso	Persentase Kelembagaan Program Kerja PD dengan ROPD	100 %	Pengantar Internal	100% berdasarkan Data dukung	Paspas: ●
4	Terlaksananya dibentuk pimpinan sesuai kompetensi pimpinan	Persentase pengisian/pengawasan dibentuk pimpinan sesuai target waktu yang ditetapkan	88 %	Pemerintah Layanan	100% berdasarkan Data dukung	Paspas: ●

TAMBAHAN							
KATEGORI HASIL KERJA SESUAI SIFAT-SIFAT							
PERILAKU KERJA						UMPAH BALIK BERKELANJUTAN BERDASARKAN BUNTI DUKUNG	
1	Berorientasi Pelayanan		<ul style="list-style-type: none"> Menghormati dan memenuhi kebutuhan masyarakat Ramah, cekatan, efektif, dan dapat diandalkan Melakukan perbaikan tiada henti 			<p>Efektifitas Kinerja Pimpinan: Menjadi role model/pantulan dalam menunjang keberhasilan dan integritas pegawai di lingkungan kerjanya.</p>	Paspas: ●
2	Akuntabel						

PERILAKU KERJA						UMPAH BALIK BERKELANJUTAN BERDASARKAN BUNTI DUKUNG
1	<ul style="list-style-type: none"> Melaksanakan tugas dengan jujur bertanggung jawab cermat disiplin dan berintegritas tinggi Menggunakan kebijakan dan SIM secara bertanggung jawab efektif dan efisien Tidak menyumbangkan lowongan jabatan 	<p>Efektifitas Kinerja Pimpinan: Menjadi role model/pantulan dalam menunjang keberhasilan dan integritas pegawai di lingkungan kerjanya.</p>				Paspas: ●
3	<ul style="list-style-type: none"> Mengembangkan kompetensi diri untuk menjawab tantangan yang selalu berubah Membantu orang lain belajar Melaksanakan tugas dengan kualitas terbaik 	<p>Efektifitas Kinerja Pimpinan: Menjadi untuk menginspirasi atau kompetensi yang dimiliki/ kepada orang lain</p> <p>Mengembangkan setiap pekerjaan sesuai dengan target dan standar kualitas yang ditetapkan</p>				Paspas: ●
4	<ul style="list-style-type: none"> Menghargai setiap orang apapun latar belakangnya Suka menolong orang lain Membangun lingkungan kerja yang kondusif 	<p>Efektifitas Kinerja Pimpinan: Membangun komunikasi yang lebih terbuka dan menjaga hubungan baik dengan stakeholder</p>				Paspas: ●
5	<ul style="list-style-type: none"> Loyal Menegang teguh Undang Pancasila, Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, serta pada NEM serta pemerintahan yang sah Menghaji nama baik sesama ASN, Pimpinan, Instansi dan Negara Menjaga rahasia jabatan dan negara 	<p>Efektifitas Kinerja Pimpinan: Bersua memunculkan adanya inovasi/ hal-hal yang dapat merugikan dan membahayakan Negara</p>				Paspas: ●
6	<ul style="list-style-type: none"> Dapat menyesuaikan diri menghadapi perubahan Teras berinovasi dan mengembangkan kreatifitas Bertindak proaktif 	<p>Efektifitas Kinerja Pimpinan: Bersua memunculkan adanya inovasi/ hal-hal yang dapat merugikan dan membahayakan Negara</p>				Paspas: ●
7	<ul style="list-style-type: none"> Membina kesempatan kepada berbagai pihak untuk berkontribusi Terbuka dalam menerima semua untuk menghasilkan nilai tambah Menggunakan pemanfaatan berbagai sumberdaya untuk tujuan bersama 	<p>Efektifitas Kinerja Pimpinan: meningkatkan kualitas yang realistis antar pegawai melalui kegiatan rutin memberikan kesempatan kepada setiap anggota untuk menyempatkan diri atau pegawai yang produktif</p>				Paspas: ●

BATAS PERILAKU KERJA
SENYAWA EKSPERIMENTASI
PREDIKAT BUNDELA PEDAGANG
DAK

3. Rencana Aksi

RENCANA AKSI PENCAPAIAN KINERJA TAHUN 2024

- 1. NAMA : Dr. HENDRI MARCELLO
- 2. NIP : 9701001201402 1 001
- 3. JABATAN/LOKASI : Kepala Tk. I / II D
- 4. JAMBATAN : DUREN
- 5. UNIT KERJA : Rumah Sakit Gungur Duren, Pulo

NO.	KINERJA	INDIKATOR KINERJA	TRIMESTER 1		TRIMESTER 2		TRIMESTER 3		TRIMESTER 4	
			INDIKATOR AKSI	TARGET						
1	Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan rujukan RSUD Pulo	Nilai evaluasi KIP RSUD Pulo	Mengkoordinasikan, memantau, dan berupaya melaksanakan SACS	1 kali	Mengkoordinasikan, memantau, dan berupaya melaksanakan SACS	1 kali	Mengkoordinasikan, memantau, dan berupaya melaksanakan SACS	1 kali	Mengkoordinasikan, memantau, dan berupaya melaksanakan SACS	1 kali
	Peningkatan capaian Indikator Nasional Ikatan Rumah Sakit	Peningkatan capaian Indikator Nasional Ikatan Rumah Sakit	Mengkoordinasikan, memantau, dan berupaya melaksanakan IRI 20	1 kali	Mengkoordinasikan, memantau, dan berupaya melaksanakan IRI 20	1 kali	Mengkoordinasikan, memantau, dan berupaya melaksanakan IRI 20	1 kali	Mengkoordinasikan, memantau, dan berupaya melaksanakan IRI 20	1 kali
	NRK target kualitas > 44,000	NRK target kualitas > 44,000	Mengkoordinasikan, memantau, dan berupaya melaksanakan NRK	1 kali	Mengkoordinasikan, memantau, dan berupaya melaksanakan NRK	1 kali	Mengkoordinasikan, memantau, dan berupaya melaksanakan NRK	1 kali	Mengkoordinasikan, memantau, dan berupaya melaksanakan NRK	1 kali
2	Meningkatkan pelayanan prima kualitas pelayanan dan upaya kesehatan masyarakat tingkat RS	Peningkatan rata-rata capaian standar pelayanan	Mengkoordinasikan, memantau, dan berupaya layanan standar pelayanan	1 kali	Mengkoordinasikan, memantau, dan berupaya layanan standar pelayanan	1 kali	Mengkoordinasikan, memantau, dan berupaya layanan standar pelayanan	1 kali	Mengkoordinasikan, memantau, dan berupaya layanan standar pelayanan	1 kali
	Peningkatan capaian pelayanan prima, nilai kualitas, dan SCM pelayanan layanan rujukan	Peningkatan capaian pelayanan prima, nilai kualitas, dan SCM pelayanan layanan rujukan	Mengkoordinasikan, memantau, dan berupaya layanan prima, nilai kualitas, dan SCM pelayanan layanan rujukan	1 kali	Mengkoordinasikan, memantau, dan berupaya layanan prima, nilai kualitas, dan SCM pelayanan layanan rujukan	1 kali	Mengkoordinasikan, memantau, dan berupaya layanan prima, nilai kualitas, dan SCM pelayanan layanan rujukan	1 kali	Mengkoordinasikan, memantau, dan berupaya layanan prima, nilai kualitas, dan SCM pelayanan layanan rujukan	1 kali
	Peningkatan capaian IPM rumah sakit	Peningkatan capaian IPM rumah sakit	Mengkoordinasikan, memantau, dan berupaya layanan IPM	1 kali	Mengkoordinasikan, memantau, dan berupaya layanan IPM	1 kali	Mengkoordinasikan, memantau, dan berupaya layanan IPM	1 kali	Mengkoordinasikan, memantau, dan berupaya layanan IPM	1 kali


 HENDRI MARCELLO

Duren, 01 Januari 2024
 202401


 Dr. HENDRI MARCELLO
 NIP. 9701001201402 1 001

4. Monev Rencana Aksi

MONITORING DAN EVALUASI RENCANA AKSI PENCAPAIAN KINERJA TRIBUNAL 4 - 2024

1 NAMA : HENDRI MARZUKI
 2 NIP : 19701012014121001
 3 PANGKAT/ GOL : Penata Tingkat I
 4 JABATAN : Direktur Rumah Sakit
 5 UNIT KERJA : RSUD PLOSÓ

NO	REVISI/ TINDAKAN YANG DIBERIKAN	RENCANA KINERJA	ASPEK	INDIKATOR KINERJA TERBUKA	RENCANA AKSI	TARGET	WAKTU/TAHUN	CAPAIAN	CADANGAN/REVISI	TINDAK LANJUT	BUKTI/BUKTI
1		Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan rakyat RSUD Plosó	Kualitas	Nilai evaluasi AKIP RSUD Plosó	1. Melakukan sosialisasi, sosialisasi, dan supervisi implementasi SAKIP	1 kali	1 kali	100%	-	Melakukan supervisi pelaksanaan SAKIP di RSUD Plosó terhadap implementasi SAKIP tahun berjalan	1.11 SAKIP RSUD Plosó
			Kualitas	Persentase kepuasan Indeks Satisfaksi Masyarakat RSUD Plosó	1. Melakukan sosialisasi, sosialisasi, dan supervisi pelaksanaan DMG RI	1 kali	1 kali	100%	-	Melakukan supervisi capaian DMG tahun 4 tahun 2024	Persentase capaian DMG RI 4 tahun 2024
			Kualitas	Nilai NUR (angka kesetiaan >= 40 pers)	1. Melakukan sosialisasi, sosialisasi, dan supervisi pencapaian NUR	1 kali	1 kali	100%	-	Memeriksa dan evaluasi Kesetiaan NUR untuk pencapaian nilai DMG atau keterlaksanaan indikator untuk mengahai pelaksanaan program DMG	1.11 capaian NUR, DM 4 tahun 2024
2		Terdapatnya pemantauan upaya kesehatan promotif dan upaya kesehatan masyarakat dengan baik	Kualitas	Persentase upaya kesehatan promotif dan upaya kesehatan masyarakat, dan upaya kesehatan masyarakat dengan baik	1. Melakukan sosialisasi, sosialisasi, dan supervisi capaian kegiatan promotif	1 kali	1 kali	100%	-	Melakukan supervisi SPP/ASD RSUD Plosó	1.11 capaian SPP/ASD RSUD Plosó, capaian SPP/ASD 4 tahun 2024
			Kualitas	Persentase capaian pemantauan upaya kesehatan promotif dan upaya kesehatan masyarakat, dan upaya kesehatan masyarakat dengan baik	1. Melakukan sosialisasi, sosialisasi, dan supervisi capaian pemantauan upaya kesehatan dan DMG promotif dan upaya kesehatan masyarakat	1 kali	1 kali	100%	-	Melakukan supervisi pencapaian pemantauan upaya kesehatan dan DMG	Capaian SPP/ASD, dan capaian Pemantauan SPP/ASD
			Kualitas	Persentase capaian SPM rumah sakit	1. Melakukan sosialisasi, sosialisasi, dan supervisi capaian SPM RS	1 kali	1 kali	100%	-	Melakukan supervisi perbaikan hasil evaluasi capaian SPM tahun 4 tahun 2024	Capaian SPP/ASD, dan capaian SPM RSUD Plosó tahun 2024

5. Pengukuran Kinerja

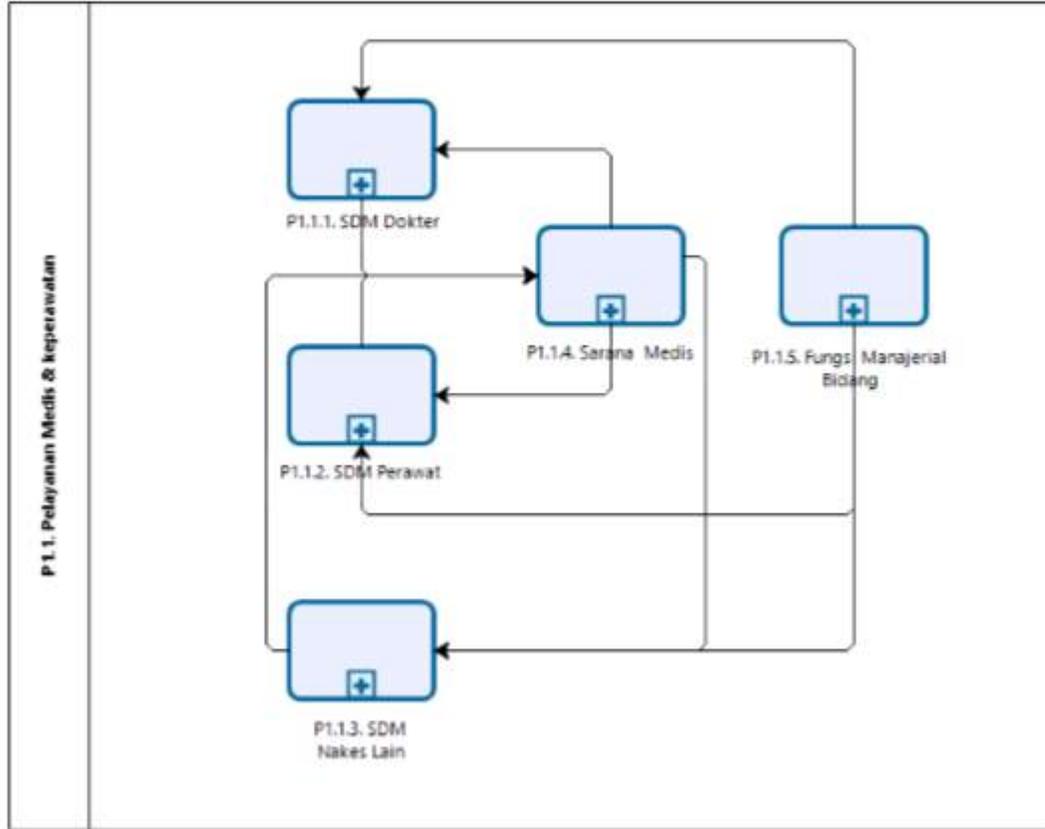
PENGUKURAN KINERJA TRIBUNAL 4 - 2024

1 NAMA : HENDRI MARZUKI
 2 NIP : 197010312014121001
 3 PANGKAT/GOL : Pemula Tingkat I
 4 JABATAN : Direktur Ramah Sakit
 5 UNIT KERJA : RSUD PLOSO

NO	KINERJA	INDIKATOR KINERJA INDIVIDU	TARGET 01 TAHUN	REALISASI s.d. Tertutup 4 - 2024	CAPAIAN (%)	KETERCAKUPAN DENGAN KOMPOSISI ANGGARAN				PENJELASAN	ALTERNATIF UPAYA YANG TELAH DIKERAKAN	
						NO	NAMA PROGRAM/KEGIATAN / SUB-KEGIATAN	ANGGARAN	REALISASI (Rp)			REALISASI (%)
1.	Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan rujukan RSUD Ploso	Nilai evaluasi AKIP RSUD Ploso	82	77,01	93,91					Nilai SAKIP RSUD Ploso tahun 2024 sebesar 77,01	Implementasi SAKIP di RSUD Ploso telah dilakukan secara sistematis sesuai prosedur untuk memastikan bentuk implementasi tersebut	
		Persentase capaian Indikator Nasional Mutu Ramah Sakit	70%	76,92%	102,36					Ada 10 indikator dari 13 indikator nasional mutu yang tercapai	Melakukan supervisi atau laporan capaian NSM TW 4	
		NDR (angka kematian > 45 per)	7,25 %	13,96 %	189,16					Ada 112 pasien yang meninggal setelah dirawat >45 jam	Melakukan supervisi atau laporan capaian atau laporan kinerja pegawai TW 4	
2.	Terlaksananya pemenuhan upaya kesehatan promotif dan upaya kesehatan masyarakat dengan baik.	Persentase atau rata-rata capaian kinerja program	100%	100%	100	1	Program Pemangung Urutan Pemertahanan Daerah Kabupaten Kota Kegiatan Administrasi, Kegiatan Pemangung Daerah, Kegiatan Administrasi, Kegiatan Administrasi Pemangung Daerah, Kegiatan Pemertahanan Kota dan Jaringan ASN Sub-Kegiatan Administrasi Kegiatan Pemangung Daerah	7.775.529.637,00	6.528.048.288,00	89,1 %	Seluruh ASN mendapatkan penugasan kinerja SANGAT BAIK dan BAIK	Melakukan supervisi atau laporan kinerja pegawai TW 4
		Persentase capaian pemenuhan upaya kesehatan, atau kesehatan, dan SDM penunjang layanan rujukan	84%	81,34%	95,49	2	Program Pemertahanan Upaya Kesehatan Masyarakat dan Upaya Kesehatan Masyarakat Kegiatan Pemertahanan Kesehatan Jarak UKM dan UKP Rujukan Tingkat Daerah Kabupaten Kota Sub-Kegiatan Rehabilitasi dan Pemertahanan Ramah Sakit Sub-Kegiatan/Program Alat Kesehatan/ Alat Pemangung Medis Fasilitas Pelayanan Kesehatan	11.329.874.775,00	1.177.863.826,00	96,43 %	Ada beberapa indikator yang belum terpenuhi target, diantaranya blandt ada beberapa jabatan yang belum terpenuhi dibuktikan berdasarkan pengamatan, keterbatasan pemenuhan yang belum terpenuhi standar serta alokasi yang dimiliki masih belum memadai standar baik jumlah maupun jenis	Melakukan supervisi atau target yang belum tercapai
		Persentase capaian SDM ramah sakit	82,08%	87,23%	105,12	3	Program Pemertahanan Upaya Kesehatan Masyarakat dan Upaya Kesehatan Masyarakat Kegiatan Pemertahanan Pelayanan Kesehatan Jarak UKM dan UKP Sub-Kegiatan Operasional Pelayanan Ramah Sakit	41.344.825.861,00	35.905.031.903,25	96,87 %	Ada 12 indikator dari 19 indikator SDM yang belum tercapai	Melakukan supervisi atau proses capaian SDM TW 4

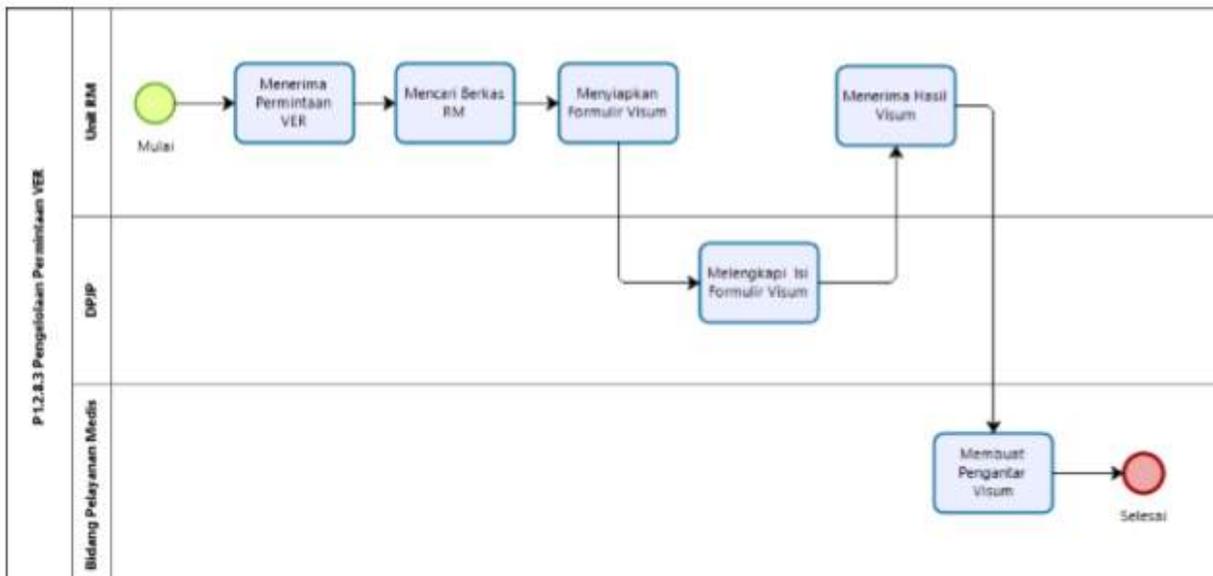
6. Proses Bisnis

P1.1. PELAYANAN MEDIS & KEPERAWATAN



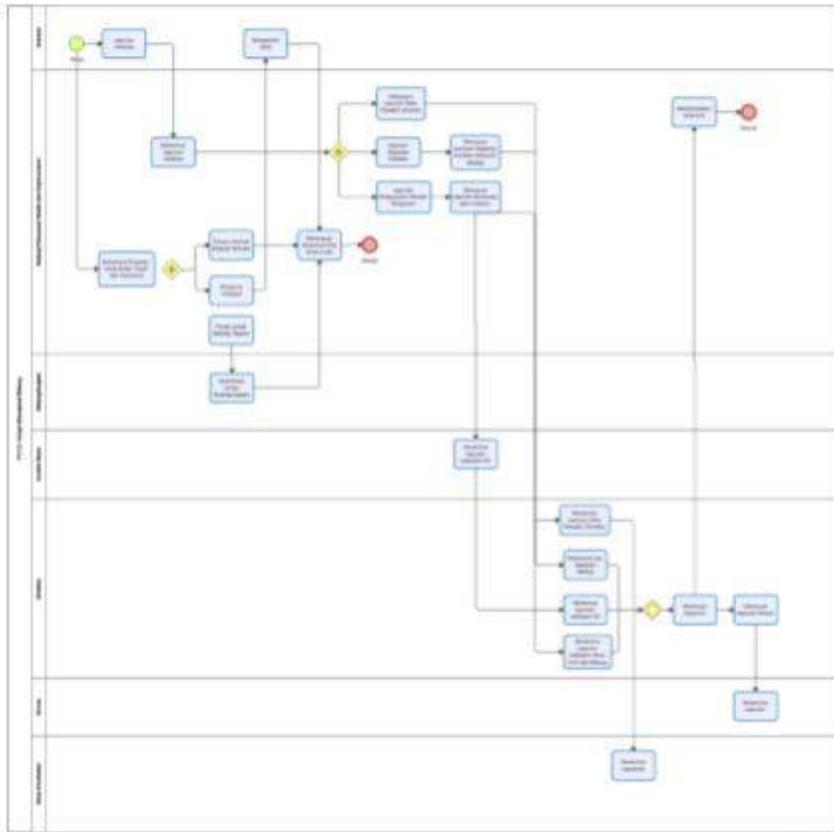
Powered by
bizagi
Multir

1 P1.2.10.3 PENGELOLAAN PERMINTAAN VER

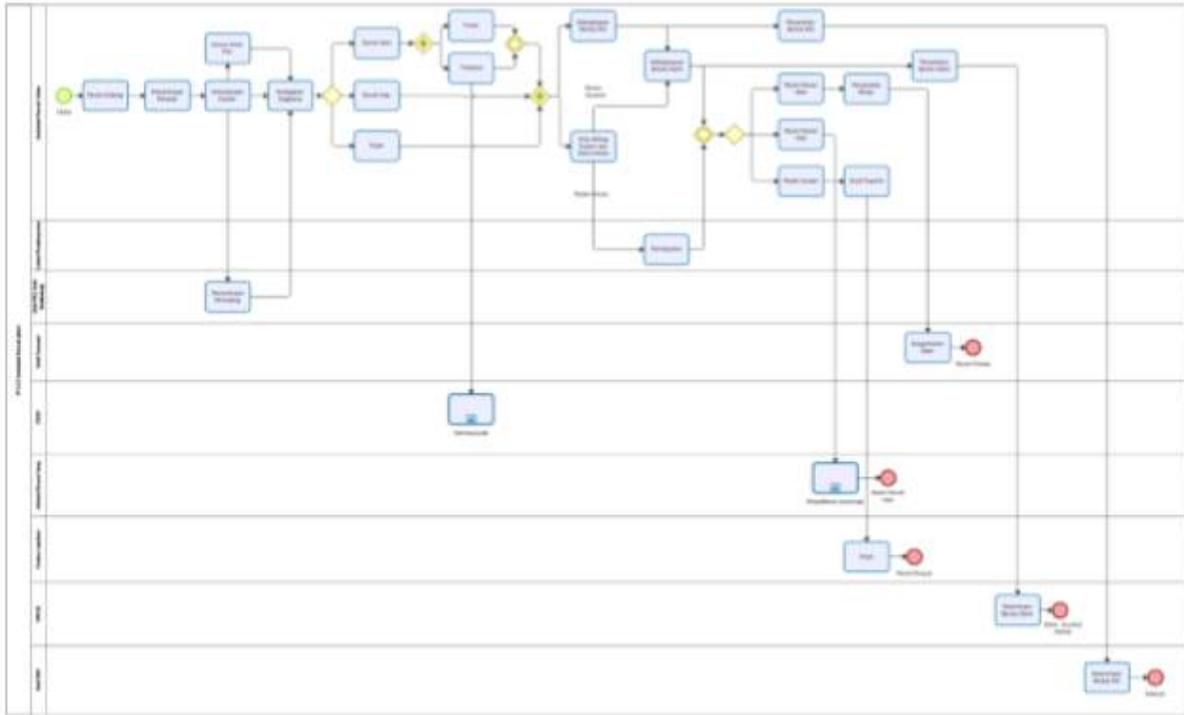


Powered by
bizagi
Multir

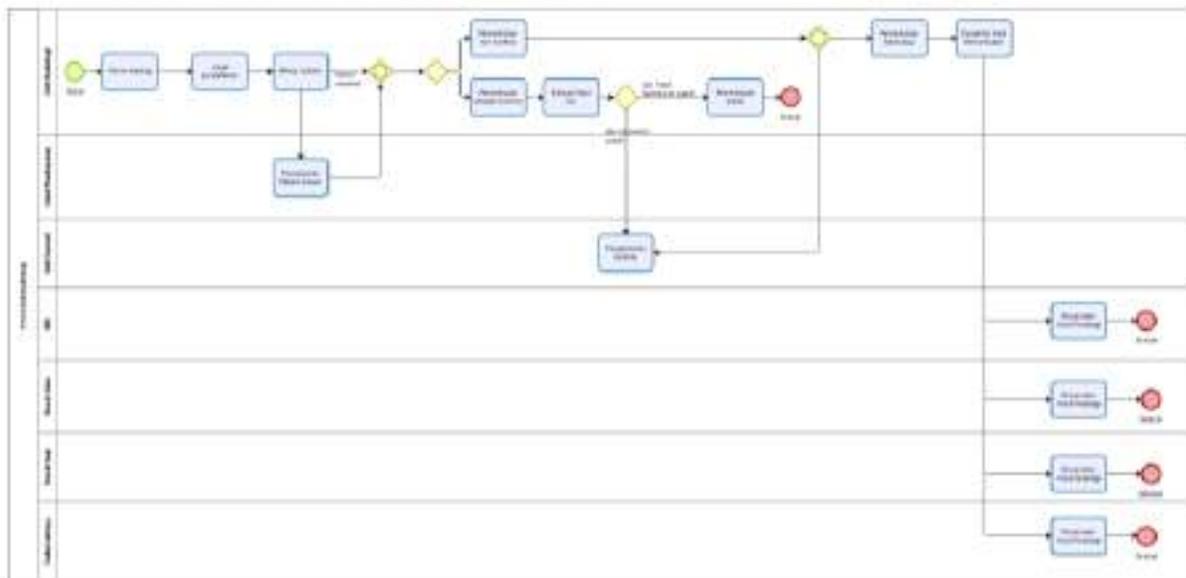
4 P1.1.5. FUNGSI MANAJERIAL BIDANG



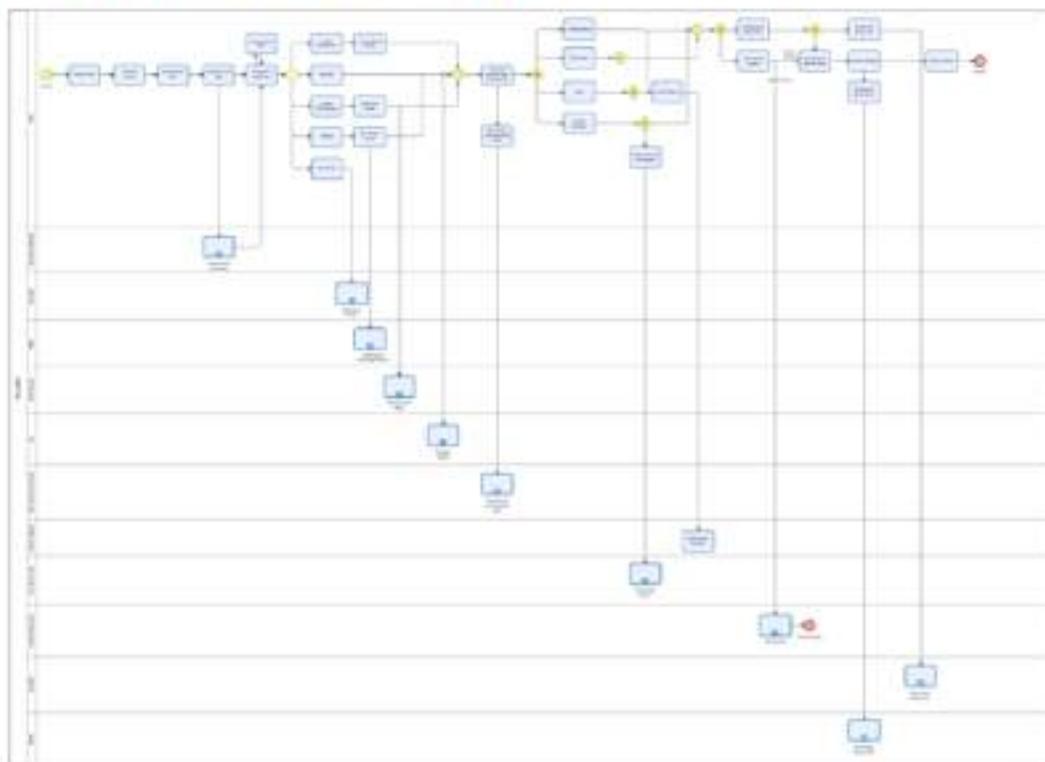
5 P1.2.2 INSTALASI RAWAT JALAN



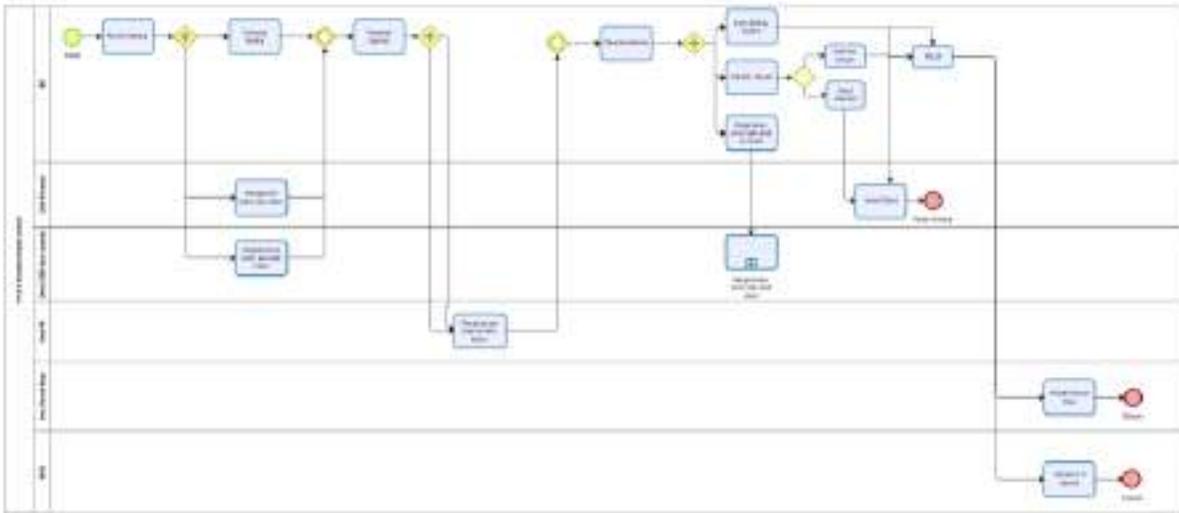
16 P1.2.6 INSTALASI RADIOLOGI



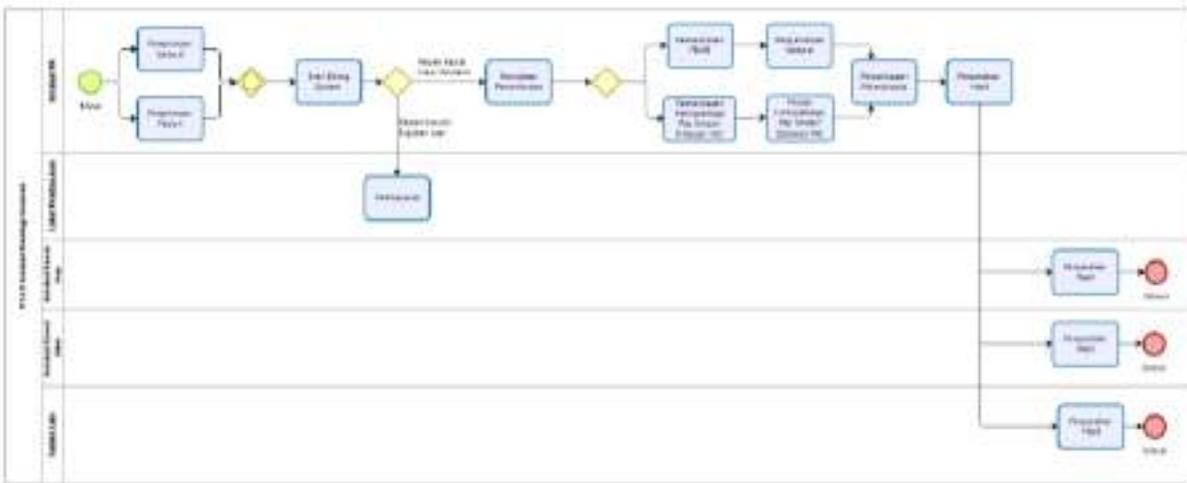
17 P1.2.4 INSTALASI ICU SENTRAL



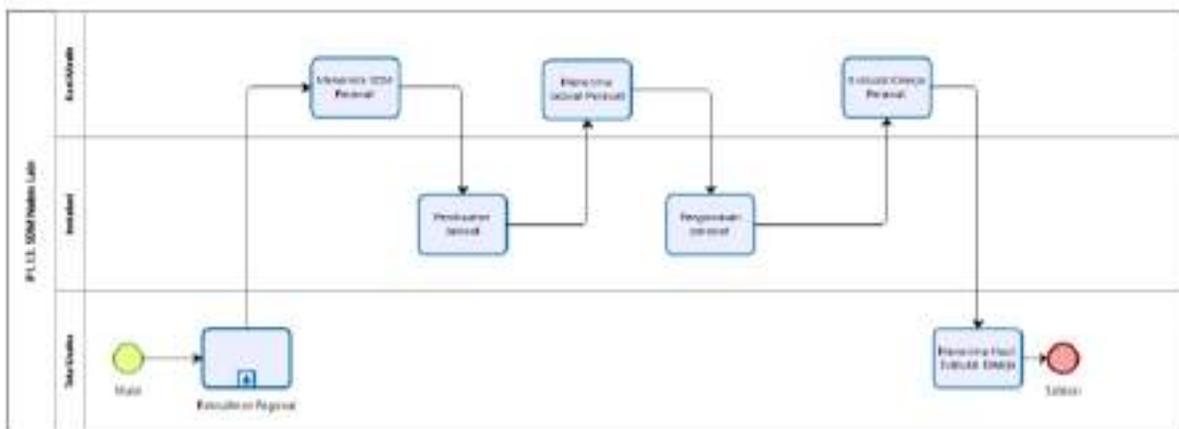
18 P1.2.5 INSTALASI BEDAH SENTRAL



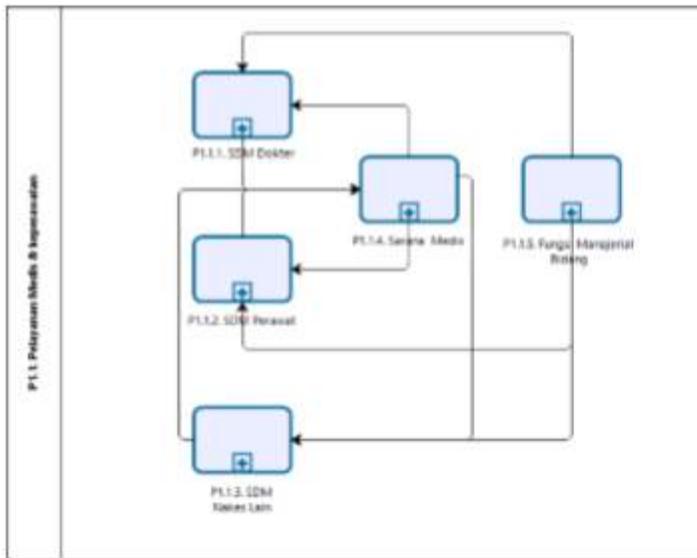
19 P1.2.9 INSTALASI PATOLOGI ANATOMI



20 P1.1.3. SDM NAKES LAIN



26 P1.1. PELAYANAN MEDIS & KEPERAWATAN



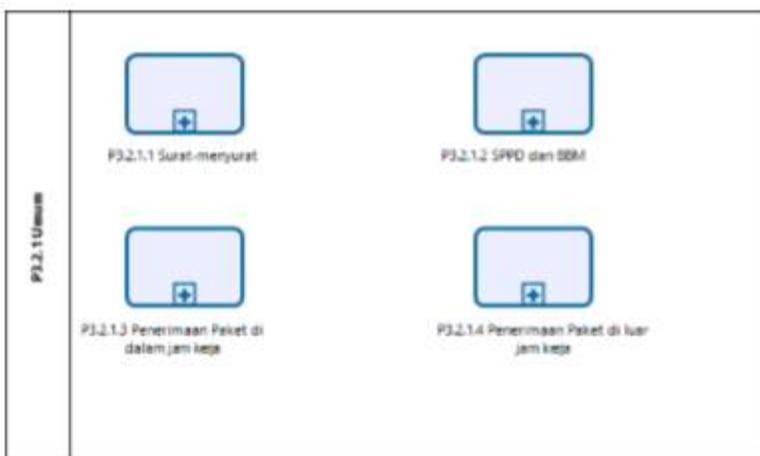
Powered by
bizagi
Moodle

1 P3.3.2 PENGADUAN



Powered by
bizagi
Moodle

2 P3.2.1 UMUM



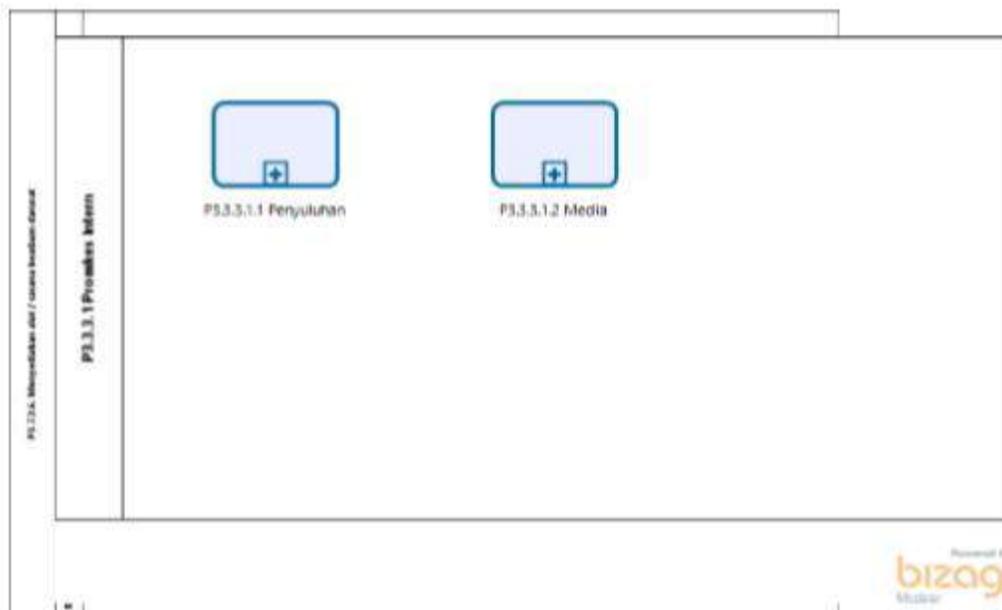
Powered by
bizagi
Moodle

3 P3.2.2.7 PENITIPAN BARANG PASIEN



Powered by
bizagi
Studio

4 P3.7.3.6. MENYEDIAKAN ALAT SARANA KEA DAAN DARURAT



Powered by
bizagi
Studio

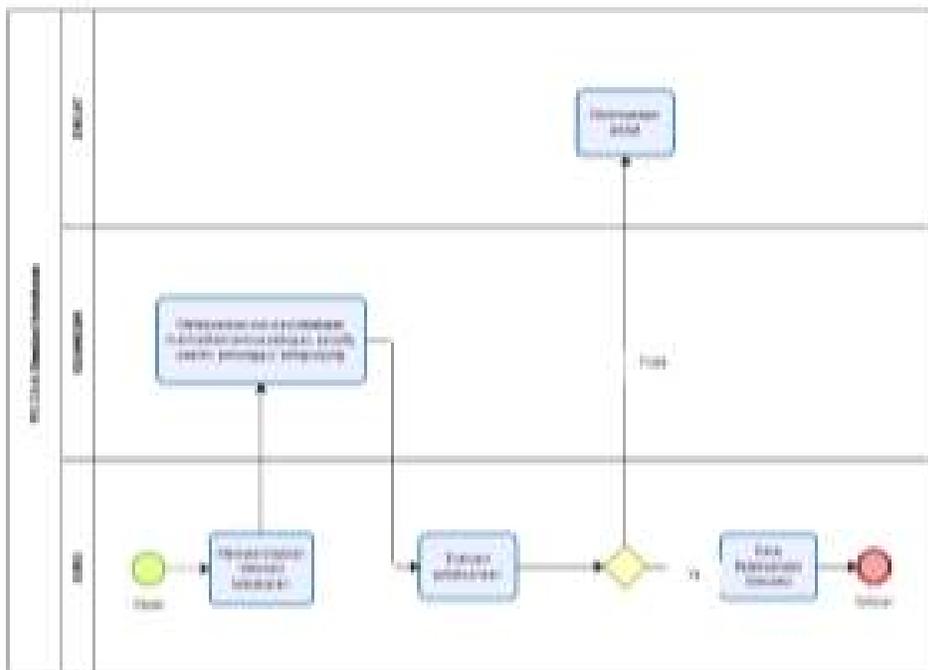
Powered by
bizagi

5 P3.3.3.1 PROMKES INTERN



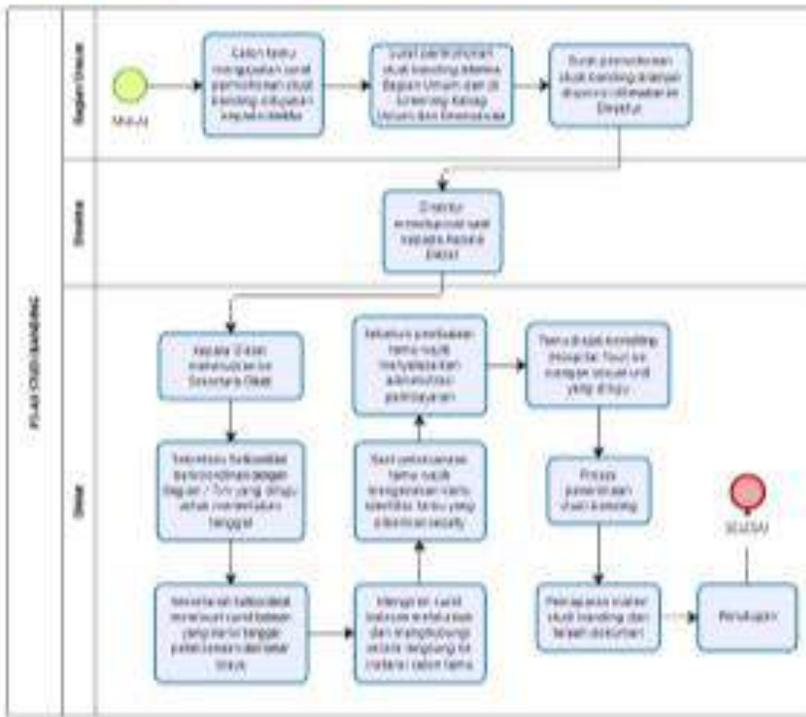
Powered by
bizagi
 Model

6 P3.7.3.4. SIMULASI KEBAKARAN



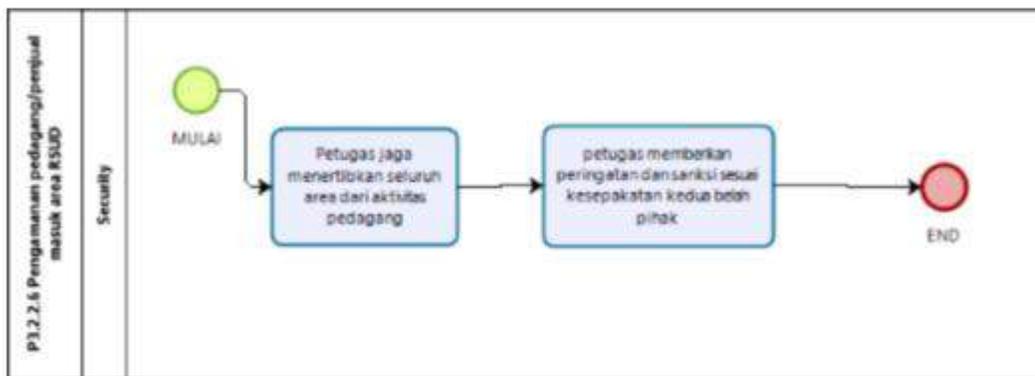
Powered by
bizagi
 Model

7 P3.4.8 STUDI BANDING



Powered by
bizagi
Flowchart

8 P3.2.2.6 PENGAMANAN PEDAGANGPENJUAL MASUK AREA RSUD

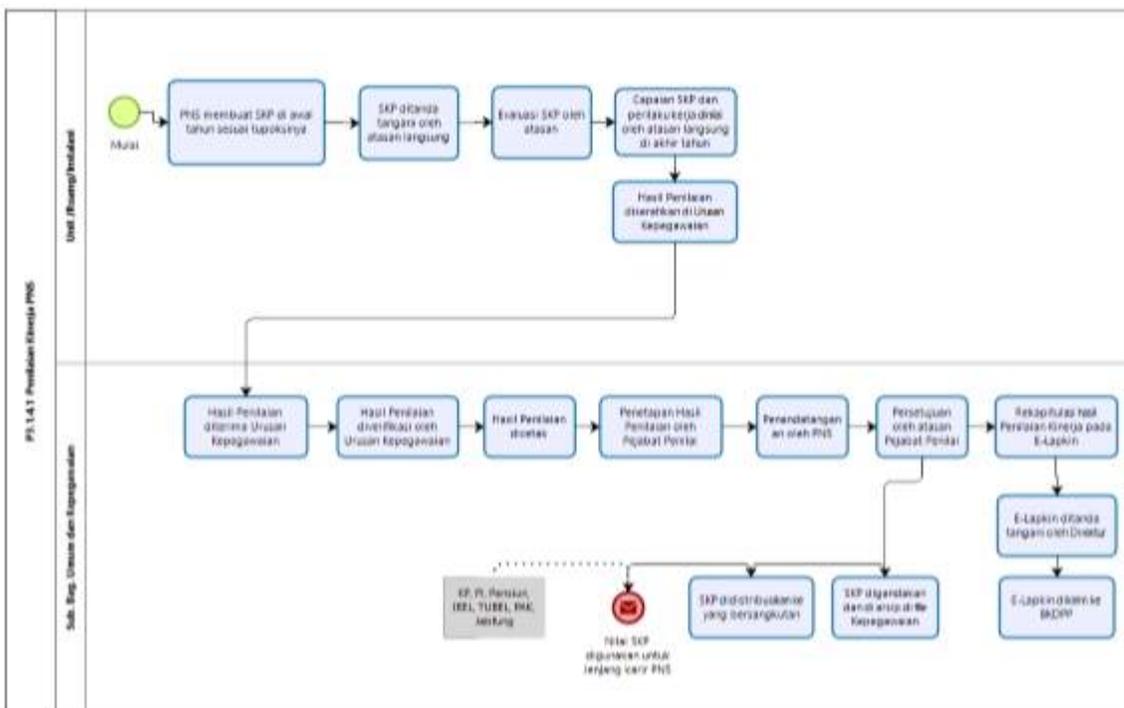


Powered by
bizagi
Flowchart

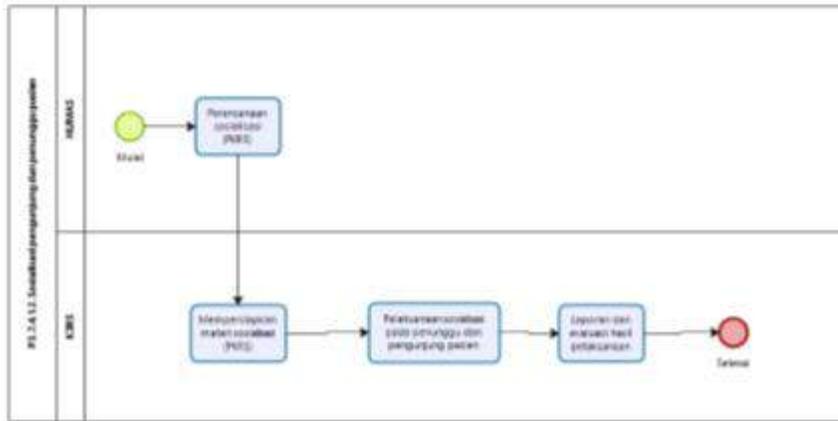
9 P3.1.6.5 E- FILING



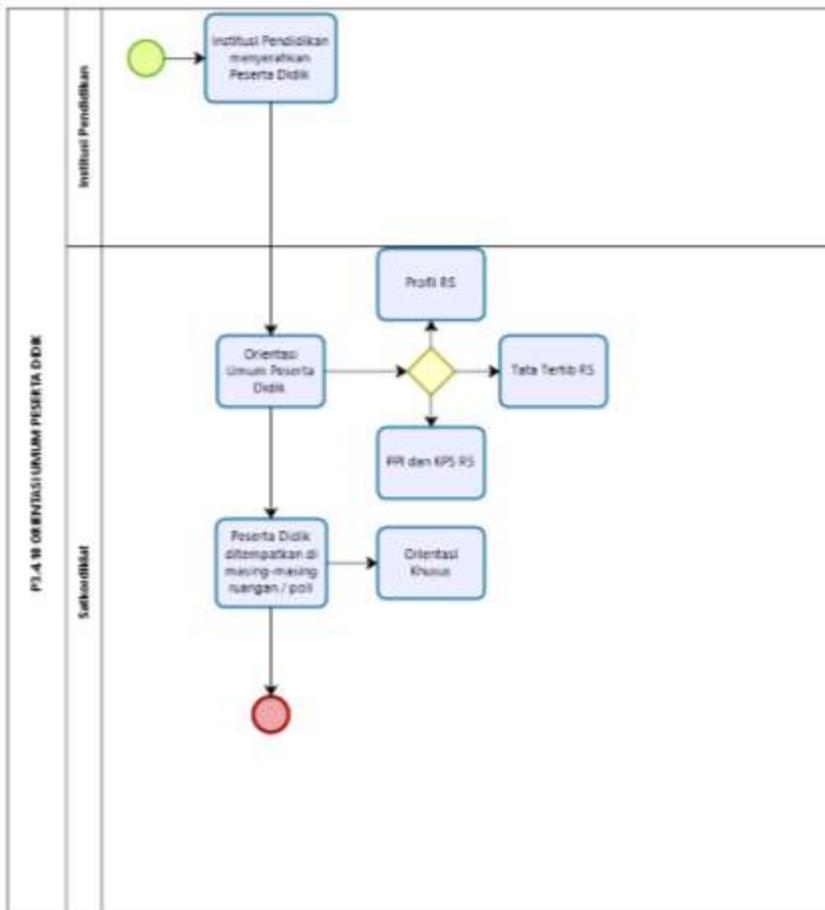
10 P3.1.4.1 PENILAIAN KINERJA PNS



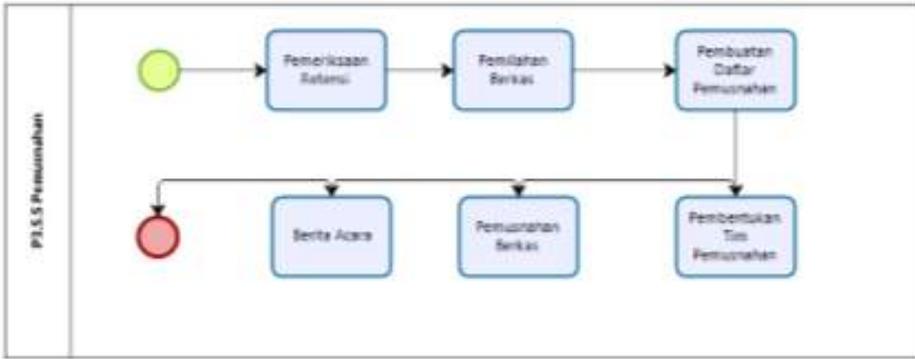
13 P3.7.4.1.2. SOSIALISASI PENGUNJUNG DAN PENUNGGU PASIEN



14 P3.4.10 ORIENTASI UMUM PESERTA DIDIK

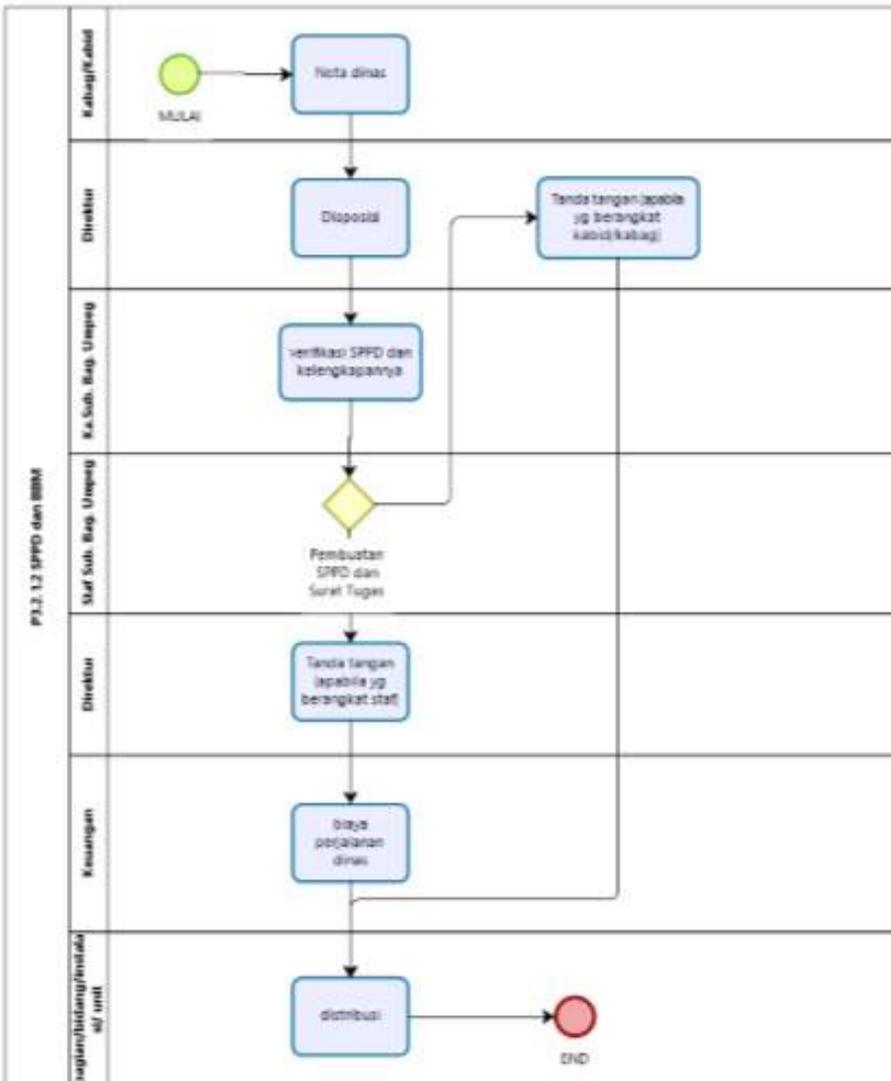


15 P3.5.5 PEMUSNAHAN



Powered by
bizagi
Workflow

16 P3.2.1.2 SPPD DAN BBM

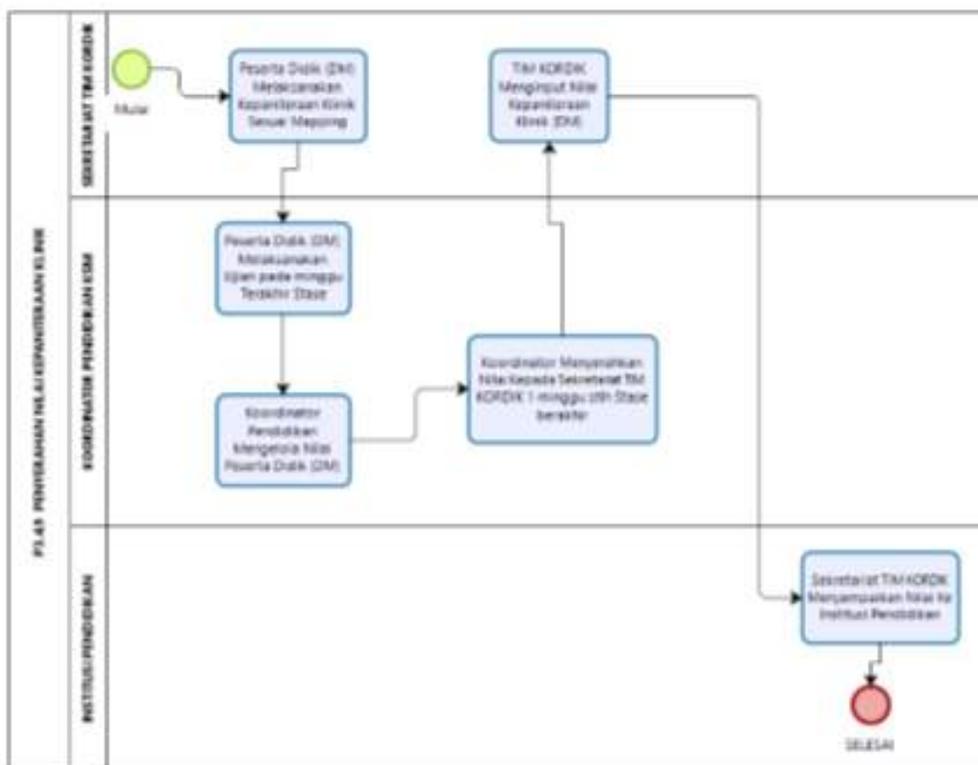


Powered by
bizagi
Workflow

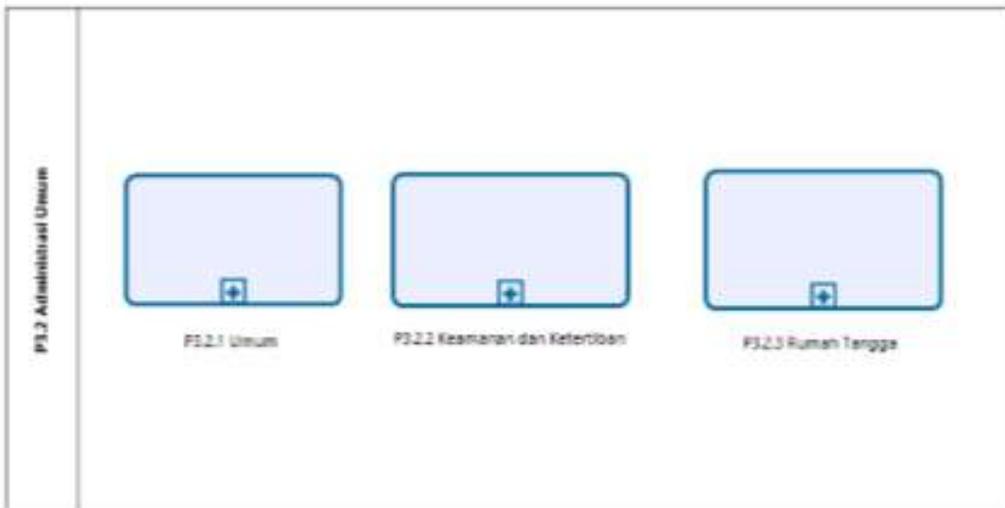
17 P3.7.1. BIDANG MANAJEMEN RESIKO



18 P3.4.9 PENYERAHAN NILAI KEPANITERAAN KLINIK

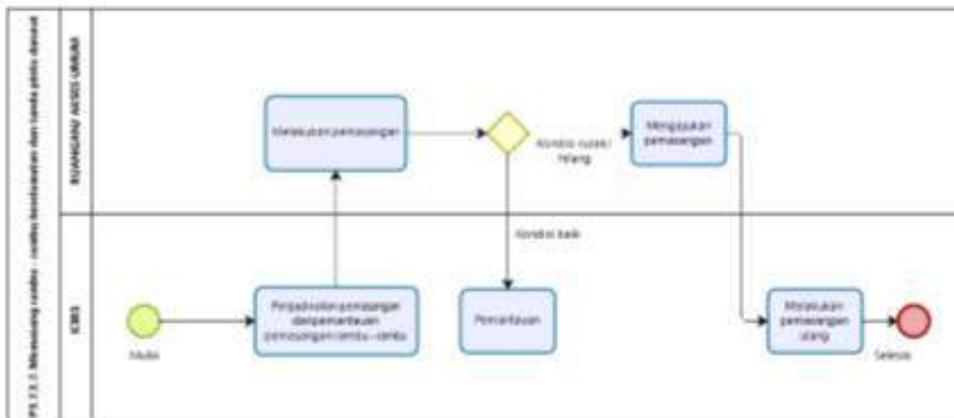


21 P3.2.ADMINISTRASI UMUM



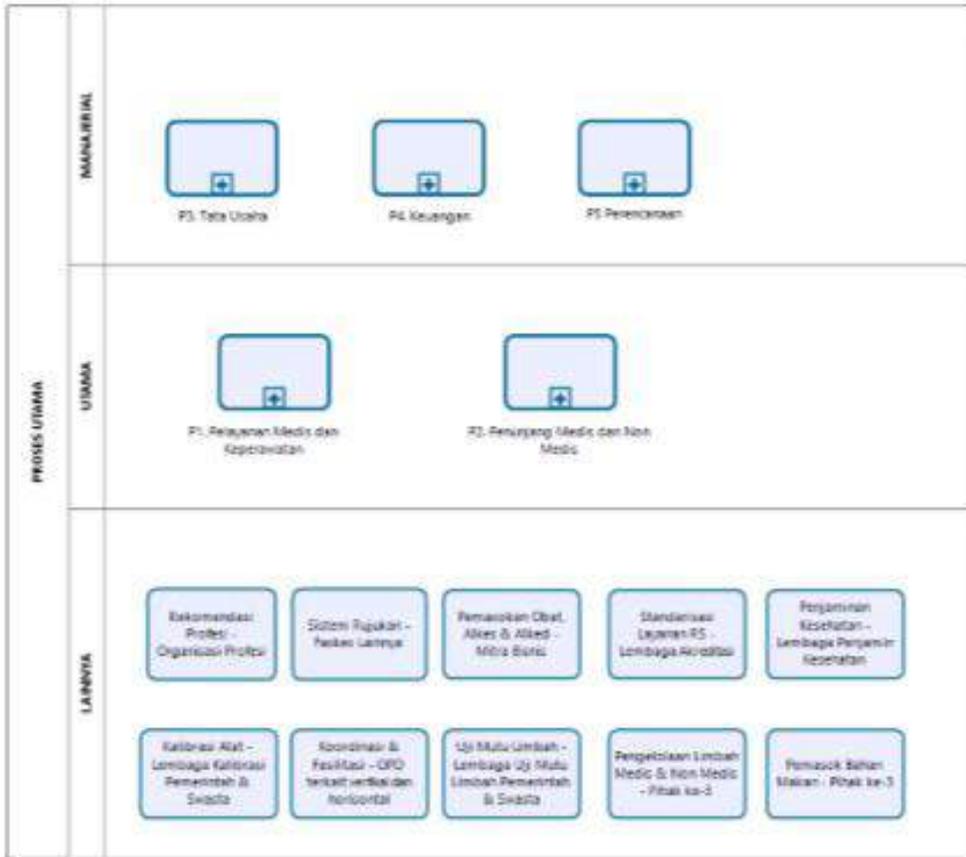
Powered by
bizagi
Studio

23 P3.7.3.7. MEMASANG RAMBU - RAMBU KESELAMATAN DAN TANDA PINTU DARURAT

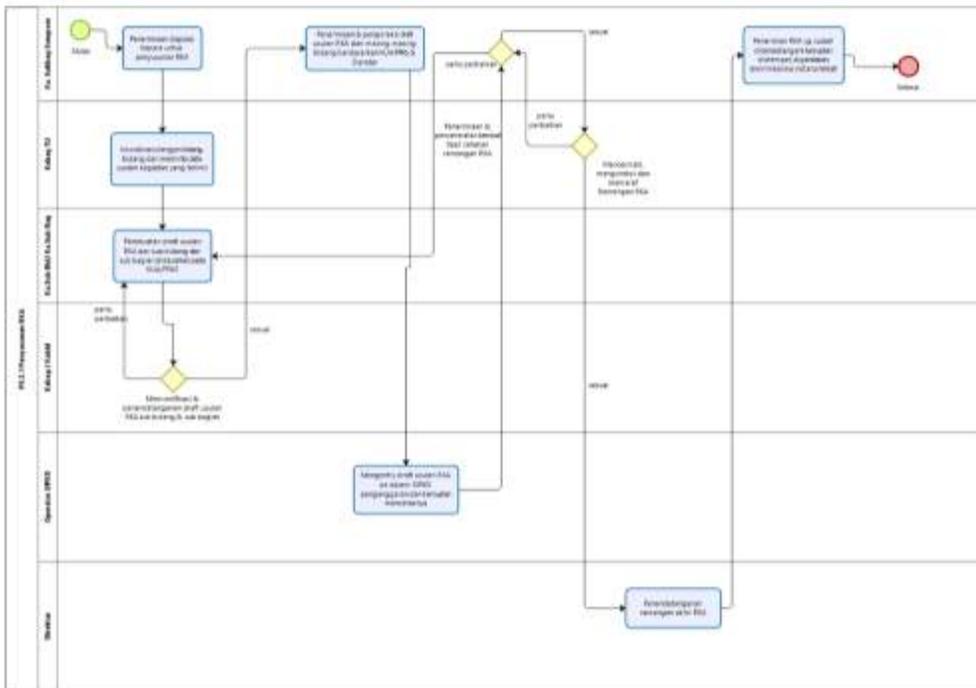


Powered by
bizagi
Studio

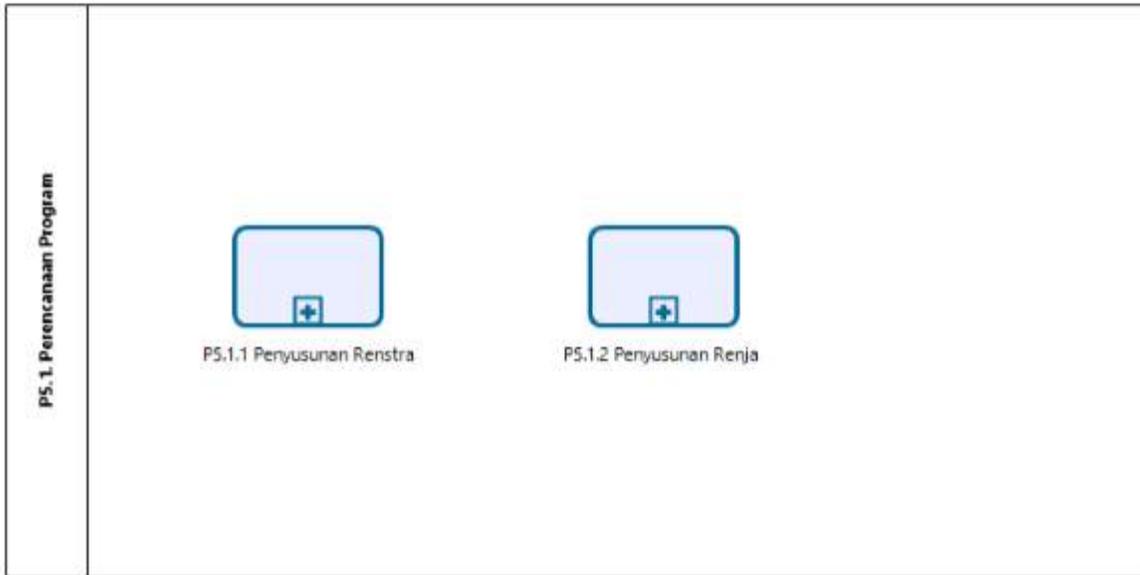
27PROSES UTAMA



1 P5.2.1 PENYUSUNAN RKA

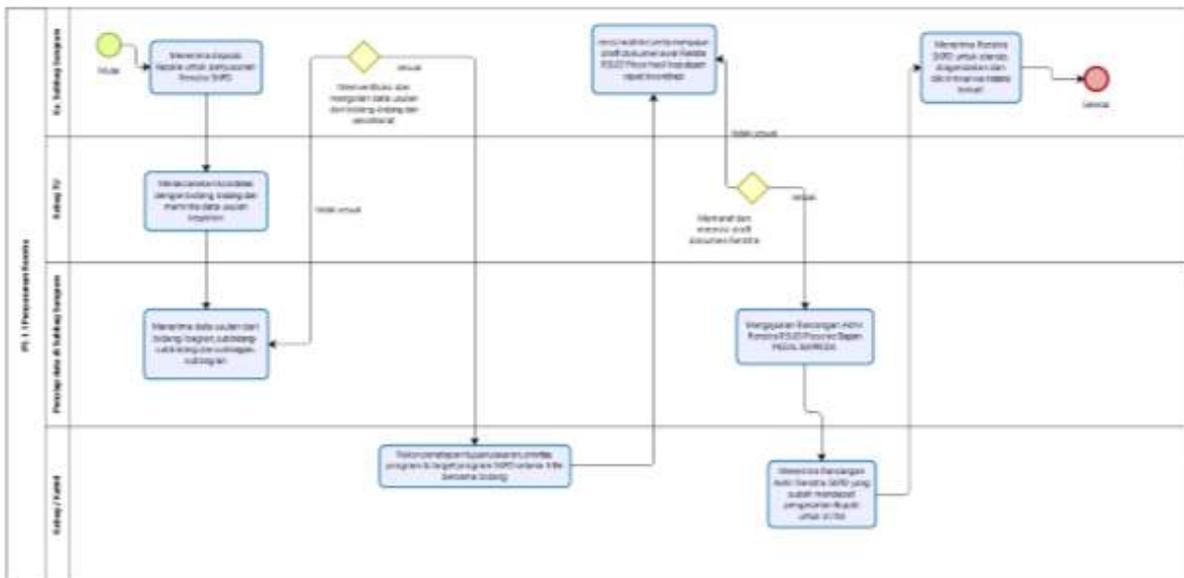


2 P5.1. PERENCANAAN PROGRAM



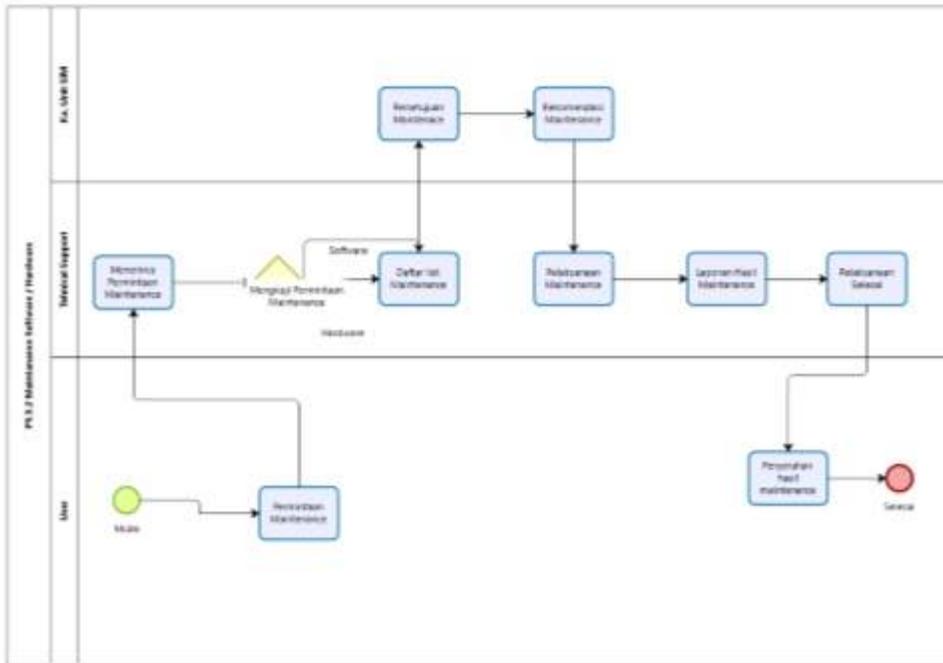
Powered by
bizagi
Modeler

3 P5.1.1 PENYUSUNAN RENSTRA



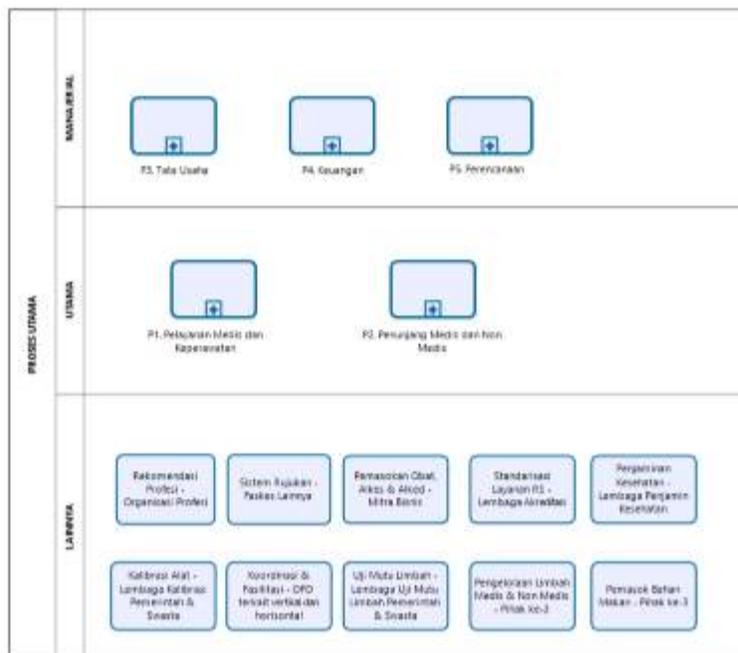
Powered by
bizagi
Modeler

4 P5.5.2 MAINTANANCE SOFTWARE HARDWARE



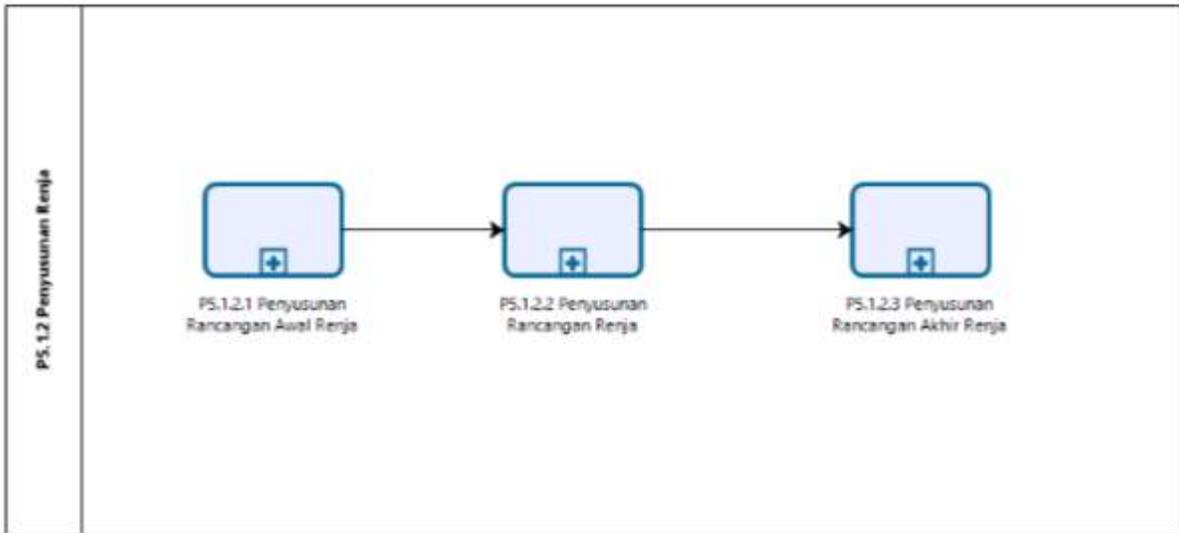
Powered by **bizagi**

5 PROSES UTAMA



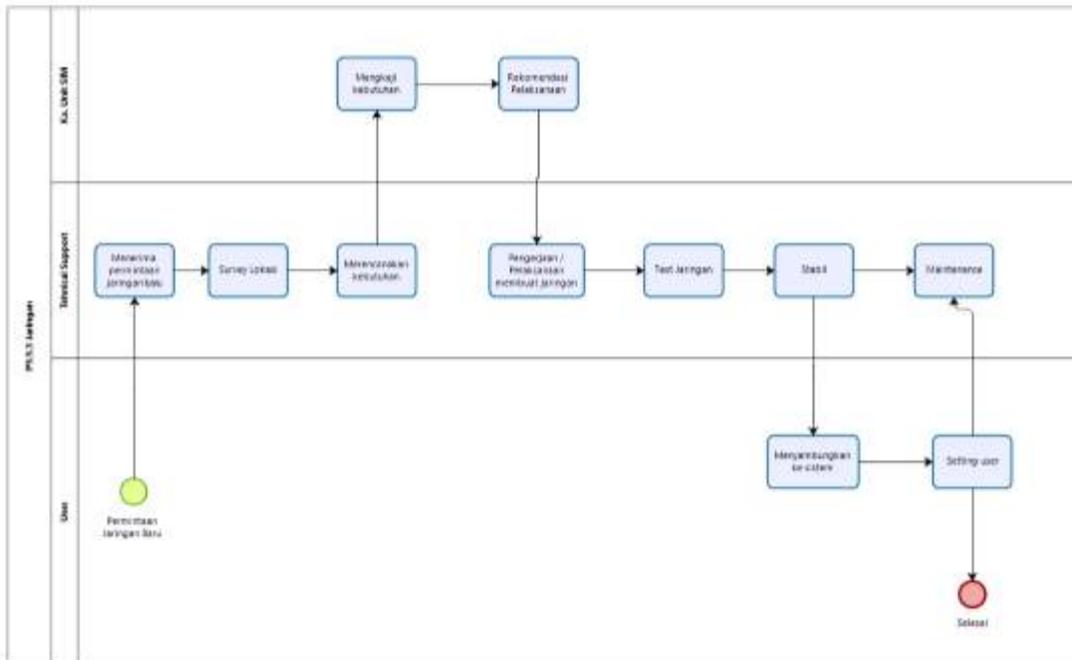
Powered by **bizagi**

6 P5.1.2 PENYUSUNAN RENJA



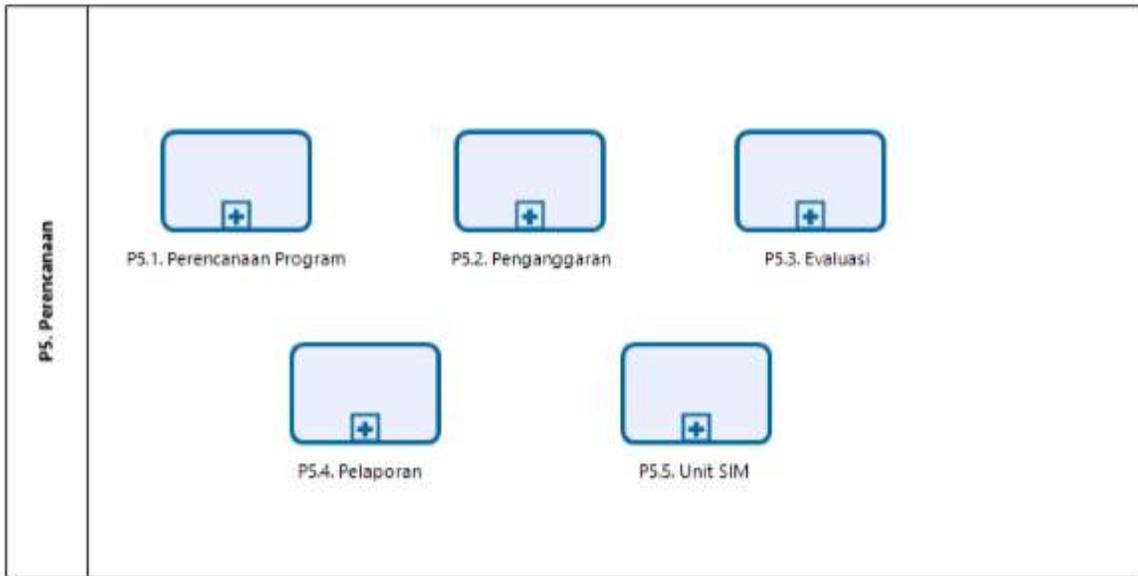
Powered by
bizagi
Modeler

7 P5.5.3 JARINGAN



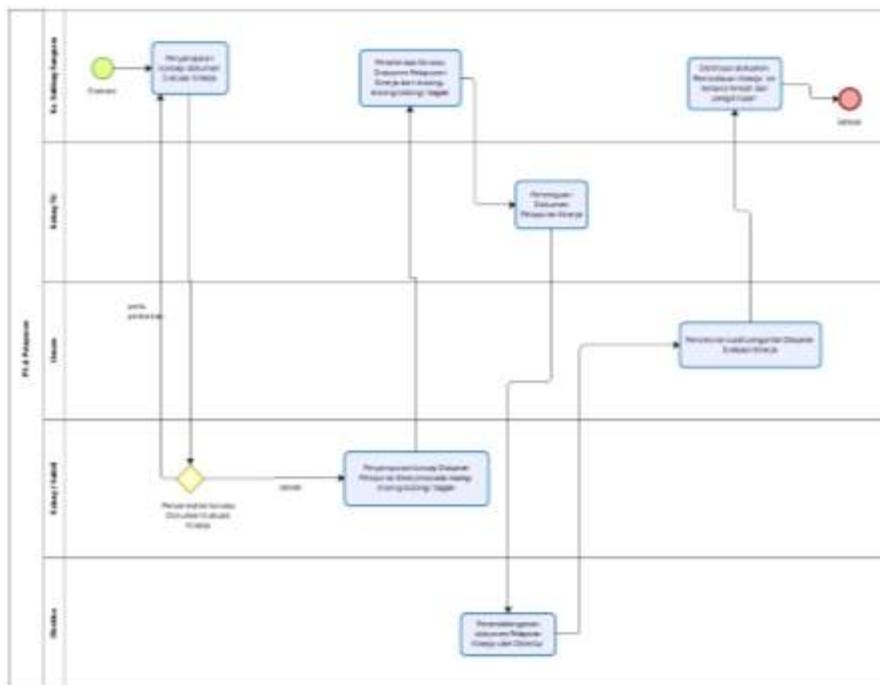
Powered by
bizagi
Modeler

8 P5. PERENCANAAN



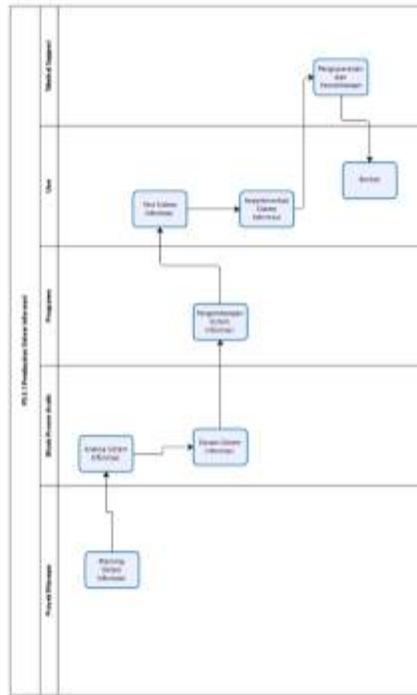
Powered by
bizagi
Master

9 P5.4. PELAPORAN



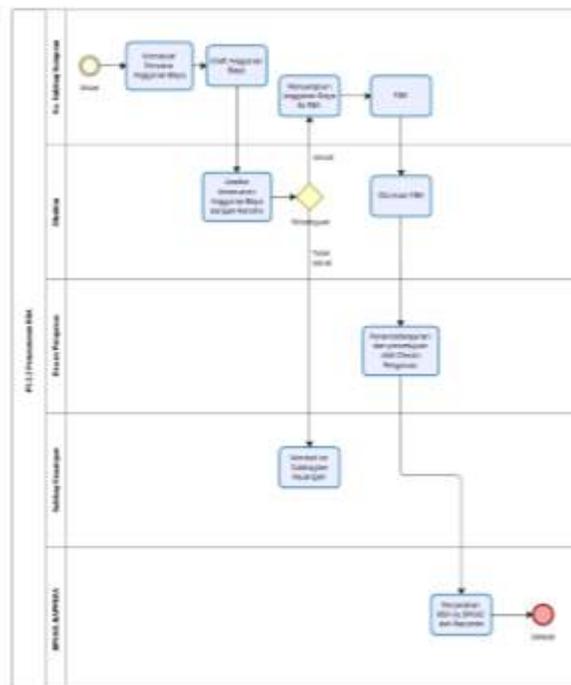
bizagi

10 P5.5.1 PEMBUATAN SISTEM INFORMASI



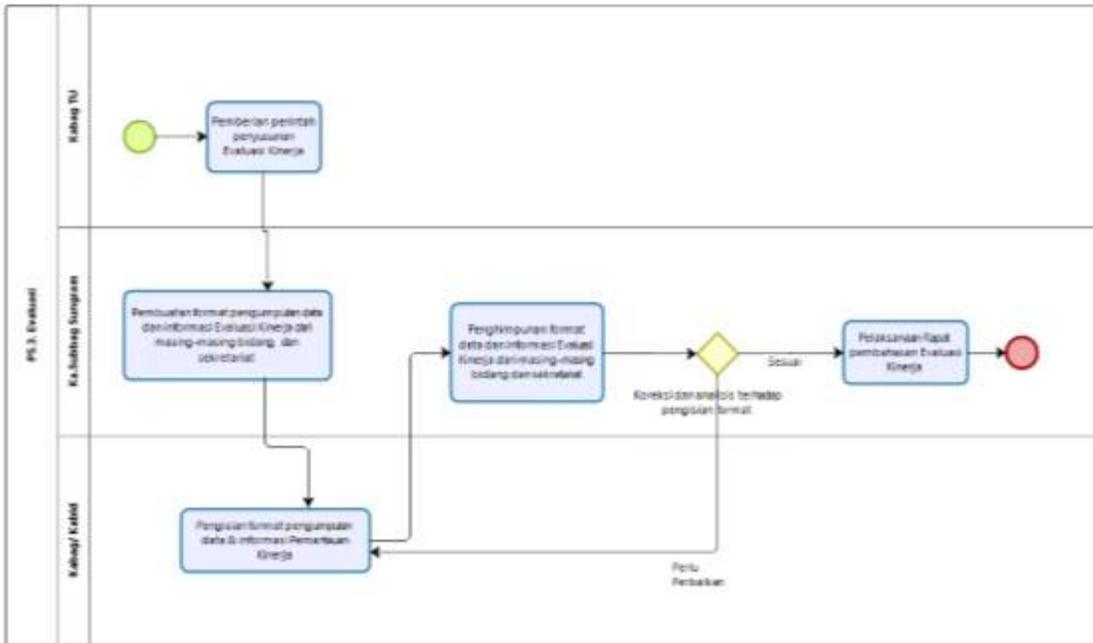
bioagi

11 P5.2.2 PENYUSUNAN RBA



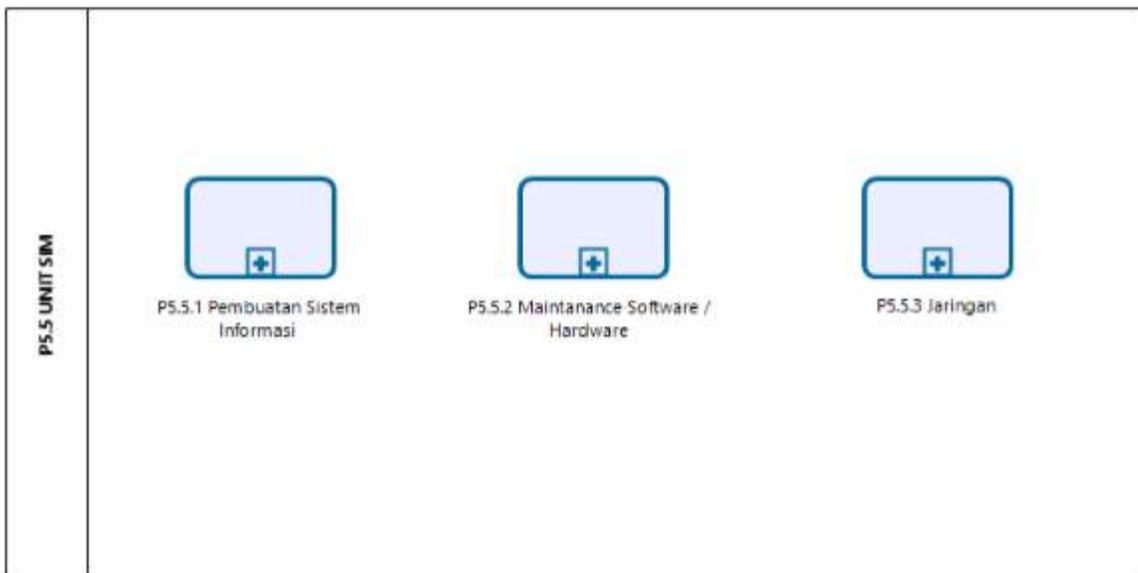
bioagi

14 P5.3. EVALUASI



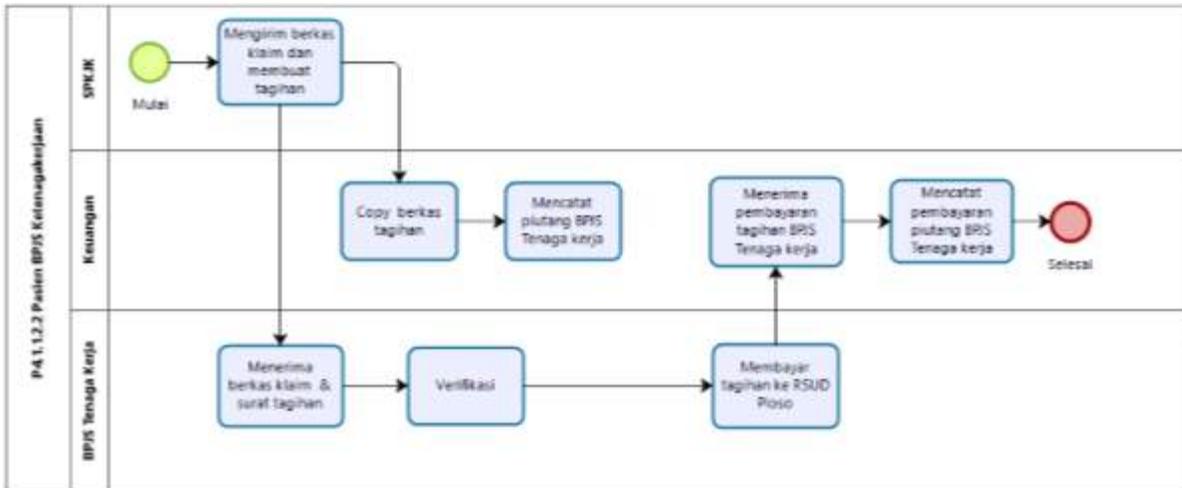
Powered by bizagi Modeler

15 P5.5 UNIT SIM



Powered by bizagi Modeler

1 P4.1.1.2.2 PASIEN BPJS KETENAGAKERJAAN



Powered by
bizagi
Workflow

2 P4.2 PENGELOLAAN BELANJA



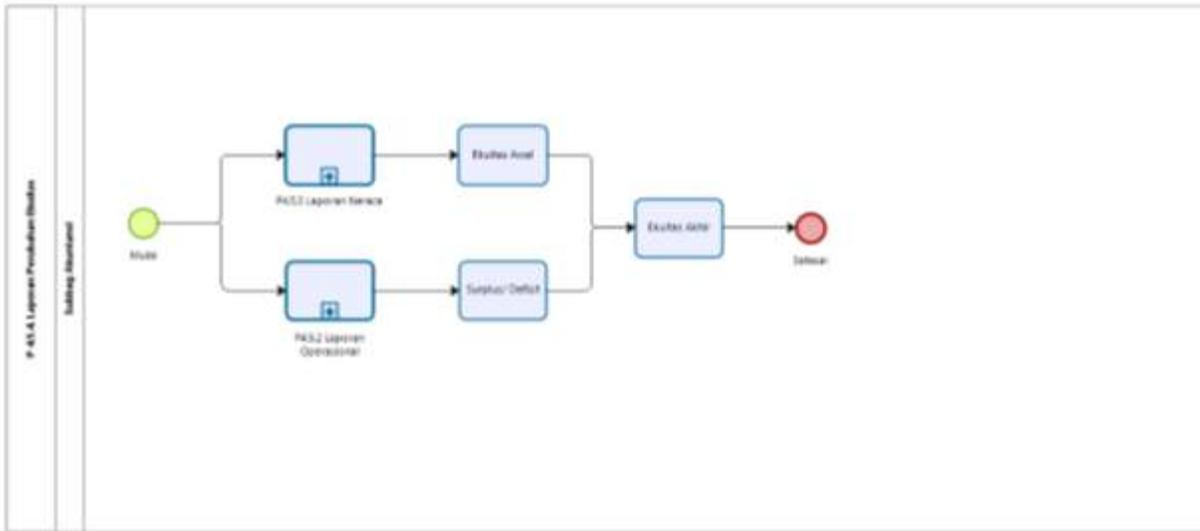
Powered by
bizagi
Workflow

3 P4.1.1.1.3.2 PENERIMAAN PENUNJANG RINAP

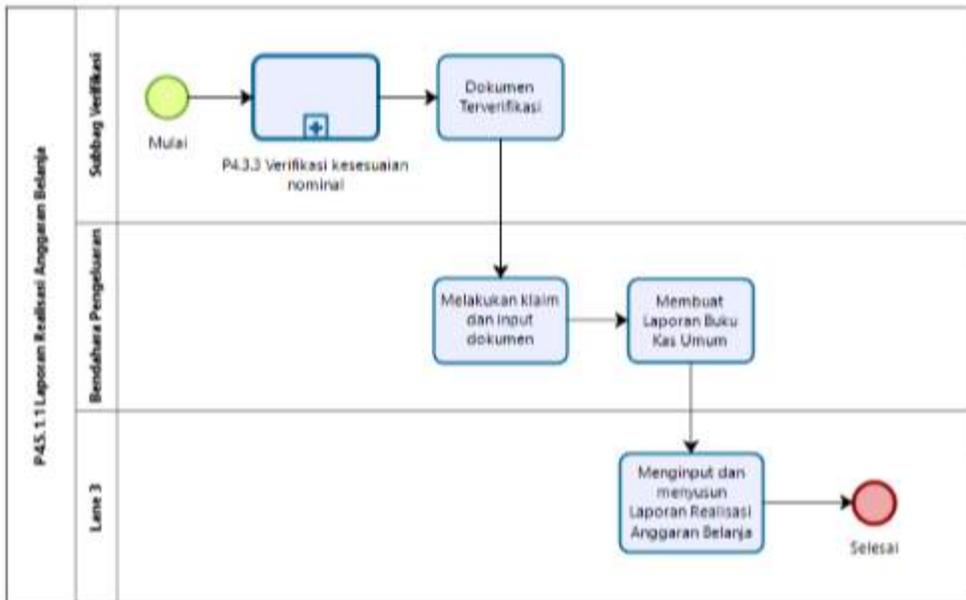


Powered by
bizagi
Workflow

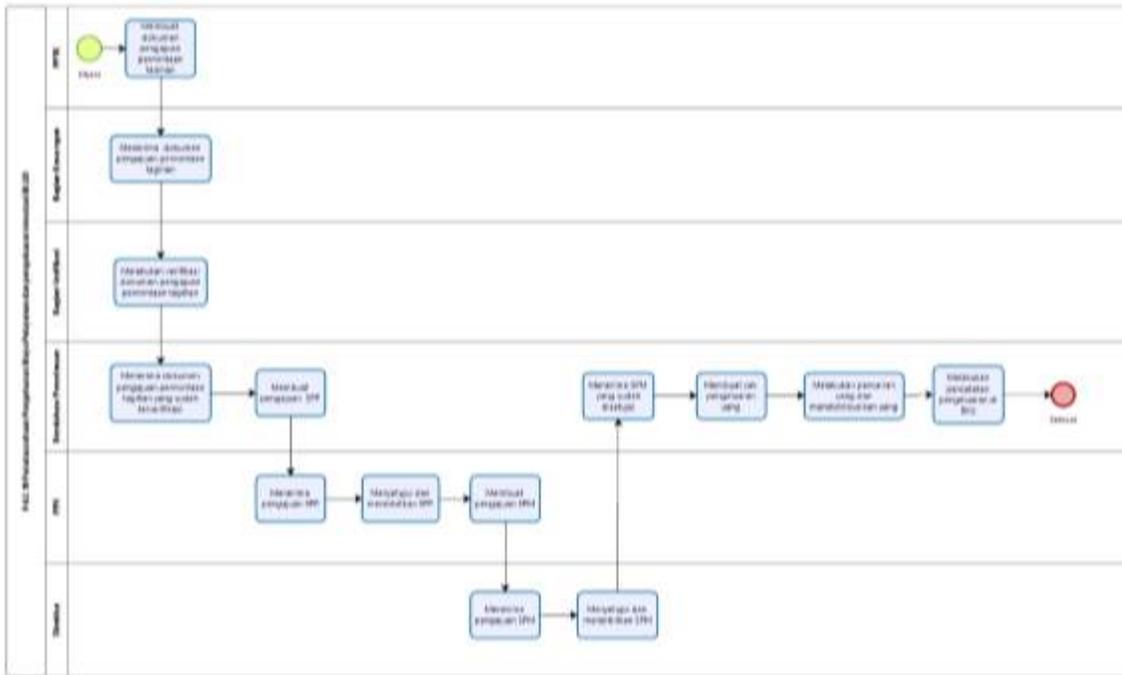
4 P 4.5.4. LAPORAN PERUBAHAN EKUITAS



5 P4.5.1.1 LAPORAN REALISASI ANGGARAN BELANJA

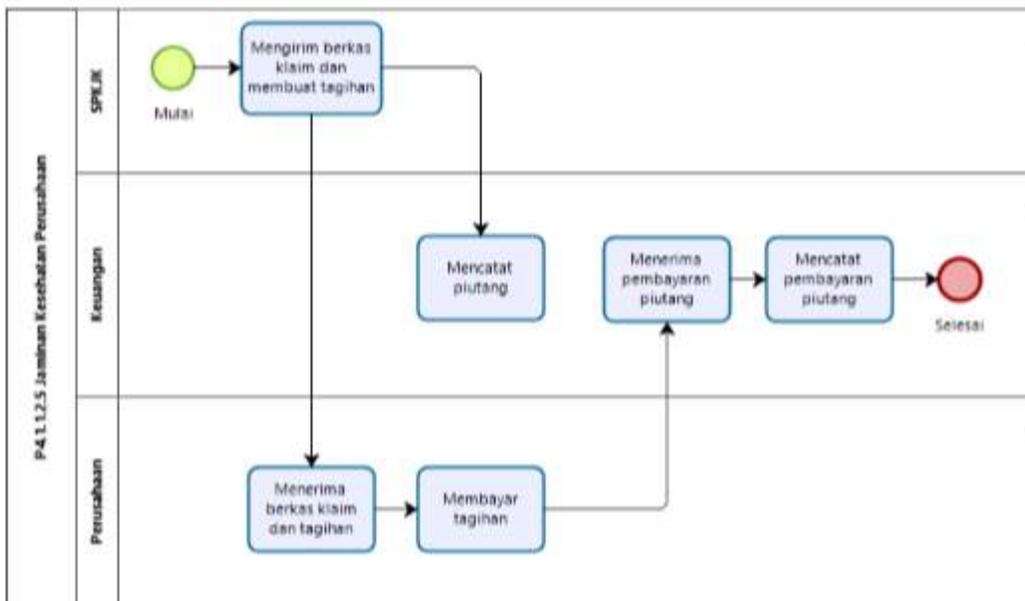


6 P.4.2.10 PENATAUSAHAAN PENGELUARAN BIAYA PELAYANAN DAN PENGELUARAN INVESTASI BLUD



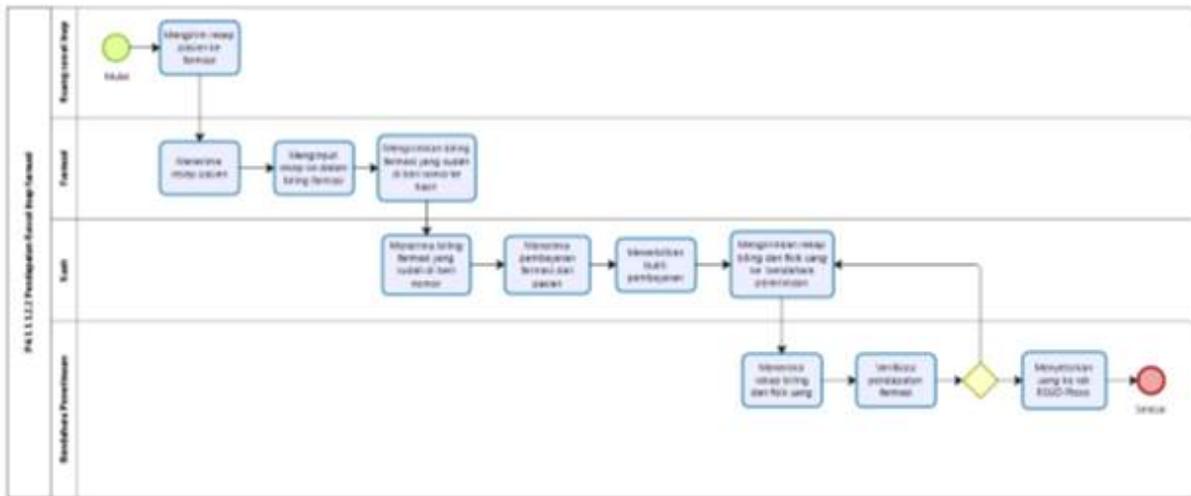
Powered by bizagi

7 P4.1.1.2.5 JAMINAN KESEHATAN PERUSAHAAN

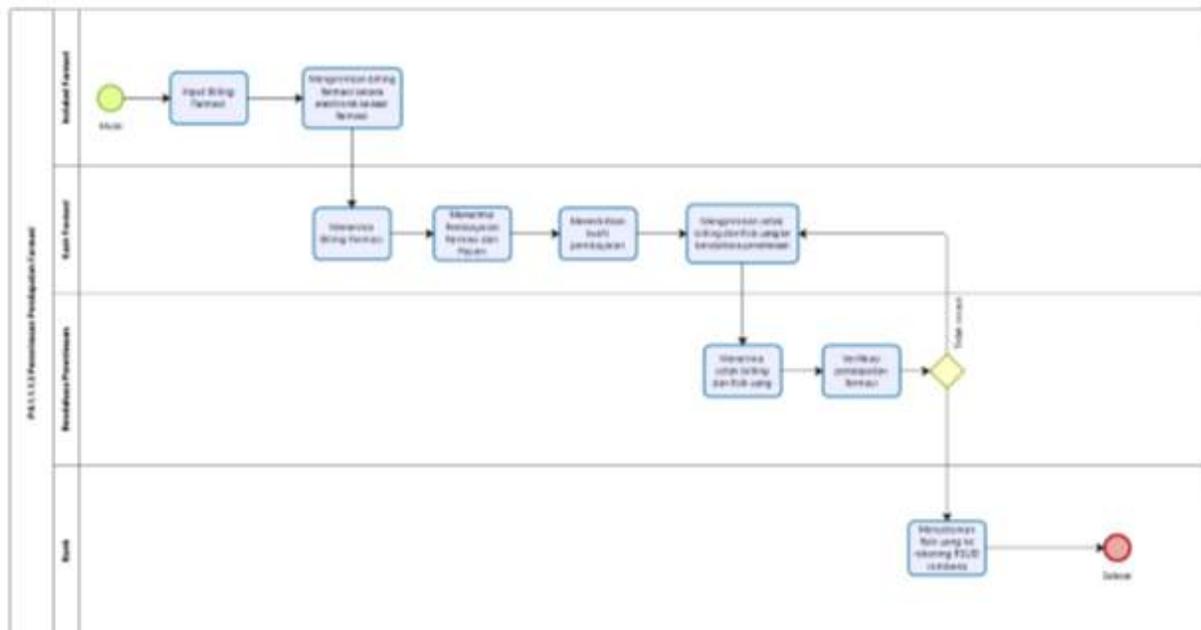


Powered by bizagi

12 P4.1.1.1.2.2 PENDAPATAN RAWAT INAP FARMASI



13 P4.1.1.1.3 PENERIMAAN PENDAPATAN FARMASI



15 P4.1.1.1.2 PENERIMAAN PENDAPATAN TINDAKAN POLI

