

# LAPORAN KINERJA INSTANSI PEMERINTAH

TAHUN 2025

---

**PEMERINTAH KABUPATEN JOMBANG**

**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PLOSO**

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala limpahan rahmat, karunia-Nya sehingga Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) RSUD Ploso Kabupaten Jombang Tahun 2025 ini dapat diselesaikan dengan baik dan tepat waktu. Penyusunan laporan ini merupakan bentuk pertanggungjawaban manajemen Rumah Sakit Umum Daerah Ploso atas pelaksanaan tugas, fungsi, serta pencapaian kinerja selama tahun anggaran 2025, sesuai dengan amanat Peraturan Pemerintah mengenai Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP).

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 Republik Indonesia Nomor 53 Tahun 2014 tentang Pentunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah.

Laporan ini memuat gambaran menyeluruh mengenai kinerja RSUD Ploso, termasuk capaian indikator strategis, efektivitas program dan kegiatan, pengelolaan sumber daya, serta evaluasi atas upaya peningkatan mutu layanan kesehatan kepada masyarakat. Sepanjang tahun 2025, RSUD Ploso terus berupaya mewujudkan pelayanan yang profesional, responsif dan berorientasi pada keselamatan pasien, sejalan dengan visi dan misi rumah sakit sebagai fasilitas kesehatan rujukan di wilayah utara Kabupaten Jombang.

Tahun 2025 merupakan fase penting bagi RSUD Ploso dalam memperkuat fondasi pelayanan, meningkatkan tata kelola, serta mempersiapkan pencapaian target-target strategis dalam Rencana Strategis 2025-2029. Berbagai tantangan seperti peningkatan kebutuhan layanan, dinamika pembiayaan kesehatan, serta tuntutan akreditasi dan standar mutu telah mendorong rumah sakit untuk melakukan inovasi, optimalisasi proses bisnis, dan penguatan kolaborasi antar-unit. Laporan ini diharapkan dapat menjadi baha evaluasi yang obyektif bagi seluruh unsur manajemen, sekaligus menjadi dasar perbaikan berkelanjutan di tahun-tahun berikutnya.

Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada seluruh jajaran manajemen, tenaga medis dan non medis, unit pendukung serta seluruh pihak yang telah berkontribusi dalam pencapaian kinerja RSUD Ploso. Semoga laporan ini memberikan manfaat bagi

peningkatan kualitas tata kelola. Penyelenggaraan pelayanan publik serta akuntabilitas instansi dalam memberikan layanan kesehatan terbaik bagi masyarakat.

Akhir kata, kami berharap LKjIP Tahun 2025 ini dapat menjadi sarana transparansi dan akuntabilitas kinerja RSUD Ploso, serta mendorong terwujudnya pelayanan kesehatan yang bermutu, aman, dan efektif di masa mendatang.

Jombang, 30 Maret 2026

DIREKTUR RSUD PLOSO

KABUPATEN JOMBANG



dr. MUHAMMAD VIDYA BUANA, M.H

Pembina

NIP. 19730306 200604 1 007

## DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iii
DAFTAR GAMBAR.....	v
DAFTAR TABEL.....	vi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Tugas, Fungsi, dan Struktur Organisasi.....	2
1.2.1 Tugas dan Fungsi dan Struktur Organisasi.....	2
1.2.2 Sumber Daya Manusia Perangkat Daerah.....	9
1.3. Mandat dan Peran Strategis Perangkat Daerah.....	14
1.4. Isu Strategis.....	15
BAB II PERENCANAAN KINERJA.....	20
2.1. Perencanaan Strategis.....	20
2.2. Penyusunan Perjanjian Kinerja Tahun n.....	21
2.3. Penyusunan Perjanjian Kinerja Tahun 2026.....	23
BAB III AKUNTABILITAS KINERJA.....	25
3.1. Capaian Kinerja Organisasi.....	25
3.1.1. Capaian kinerja organisasi dari tahun ke tahun.....	26
3.1.2. Perbandingan antara target dan realisasi kinerja tahun ini.....	289
3.1.3. Perbandingan antara realisasi kinerja tahun ini dengan 2 (dua) tahun terakhir.....	72
3.1.4 Perbandingan Antara Realisasi Kinerja Tahun Ini Dengan Target Jangka Menengah.....	92
3.1.5 Perbandingan antara realisasi kinerja tahun ini dengan realisasi kinerja di level nasional/internasional.....	125
3.1.6 Efisiensi penggunaan sumber daya.....	133
3.2 Realisasi Anggaran.....	154
BAB IV PENUTUP.....	158
4.1. Kesimpulan.....	158

4.2. Inovasi dan Penghargaan .....	159
4.3. Upaya Perbaikan.....	159
LAMPIRAN.....	164
1. Perjanjian Kinerja.....	164
2. Penetapan IKU.....	165
3. KKPT.....	192
4. Sasaran Kinerja Pegawai (SKP).....	197
5. Rencana Aksi Pencapaian Kinerja.....	201
6. Monitoring dan Evaluasi Rencana Aksi.....	202
7. Pengukuran Kinerja.....	204

## DAFTAR GAMBAR

<b>Nomor Gambar</b>	<b>Keterangan</b>	<b>Halaman</b>
Gambar 1.1	Struktur Organisasi Rumah Sakit Umum Daerah Ploso Berdasarkan Perda Nomor 14 Tahun 2011	3
Gambar 1.2	Struktur Organisasi Rumah Sakit Umum Daerah Ploso	8
Gambar 1.3	Grafik Perkembangan SDM RSUD Ploso dari Tahun ke Tahun	13
Gambar 2.1	Perjanjian Kinerja RSUD Ploso Tahun 2025 dan Perjanjian Kinerja Perubahan RSUD Ploso Tahun 2025	22
Gambar 3.1	Grafik Capaian Kinerja RSUD Ploso Tahun 2021 – 2025	27
Gambar 3.2	Sertifikat Akreditasi RSUD Ploso	52

## DAFTAR TABEL

<b>Nomor Tabel</b>	<b>Keterangan</b>	<b>Halaman</b>
Tabel 1.1	Jumlah SDM berdasarkan status dan jenis di RSUD Ploso Tahun 2025	12
Tabel 3.1	Perbandingan Antara Target dan Realisasi Kinerja Tahun Ini Per triwulan 3 Tahun 2025	29
Tabel 3.2	Pengukuran Kinerja Organisasi (PKO) RSUD Ploso per Triwulan 4 Tahun 2025	34
Tabel 3.3	Capaian Indikator Kinerja Tujuan Terhadap Target Jangka Menengah berdasarkan Renstra 2025-2029	35
Tabel 3.4	Capaian Indikator Kinerja Sasaran Strateis RSUD Ploso Triwulan 4 Tahun 2025	37
Tabel 3.5	Hasil Evaluasi Indeks Reformasi Birokrasi RSUD Ploso Kabupaten Jombang Tahun 2025	53
Tabel 3.6	Hasil Evaluasi Pelaksanaan Reformasi Birokrasi RSUD Ploso Tahun 2025	56
Tabel 3.7	Capaian Indikator Kinerja Program	66
Tabel 3.8	Hasil Evaluasi atas Implementasi SAKIP RSUD Ploso	66
Tabel 3.9	Nilai Akreditasi RSUD Ploso Tahun 2025	70
Tabel 3.10	Perbandingan Realisasi Kinerja 2 (dua) Tahun Terakhir RSUD Ploso	72
Tabel 3.11	Perbandingan Realisasi Kinerja Program 2 (dua) Tahun Terakhir RSUD Ploso	82
Tabel 3.12	Perbandingan Realisasi Kinerja Sasaran s.d Akhir Periode RPJMD/ Renstra	92
Tabel 3.13	Rencana Tindak Lanjut Hasil Evaluasi SAKIP RSUD Ploso Tahun 2025	95
Tabel 3.14	Perbandingan Realisasi Kinerja Program s.d Akhir Periode RPJMD/Rensta	115
Tabel 3.15	Perbandingan Realisasi Kinerja Sasaran RSUD Ploso Tahun 2025 dengan Realisasi Nasional	125
Tabel 3.16	Perbandingan Realisasi Kinerja Program RSUD Ploso Tahun 2025 dengan Realisasi Nasional	130
Tabel 3.17	Efisiensi Anggaran Kinerja/Program di RSUD Ploso Tahun 2025	134
Tabel 3.18	Efisiensi Sumber Daya Manusia di RSUD Ploso Tahun 2025	138
Tabel 3.19	Rencana Kebutuhan SDM di RSUD Ploso Tahun 2025	140
Tabel 3.20	Efisiensi Aset di RSUD Ploso Tahun 2025	152

<b>Nomor Tabel</b>	<b>Keterangan</b>	<b>Halaman</b>
Tabel 3.21	Realisasi Anggaran RSUD Ploso Tahun 2025	154

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1. Latar Belakang**

Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) merupakan dokumen pertanggungjawaban tahunan yang wajib disusun oleh setiap perangkat daerah sebagai bagian dari penerapan Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP). Penyusunan LKjIP RSUD Ploso Tahun 2025 dilaksanakan untuk memberikan gambaran mengenai capaian kinerja rumah sakit dalam melaksanakan tugas dan fungsi pelayanan kesehatan kepada masyarakat, serta sejauh mana target yang ditetapkan dalam perencanaan strategis dapat direalisasikan sepanjang tahun anggaran 2025.

Sebagai satu-satunya rumah sakit umum daerah di wilayah utara Kabupaten Jombang, RSUD Ploso memiliki peran strategis dalam penyediaan pelayanan kesehatan rujukan tingkat pertama dan kedua, terutama bagi masyarakat di kawasan industri, wilayah perdesaan, serta daerah dengan akses pelayanan kesehatan yang terbatas. Dinamika kebutuhan pelayanan, peningkatan tuntutan mutu dan keselamatan pasien serta perkembangan kebijakan nasional di bidang kesehatan menuntut perangkat daerah untuk melakukan evaluasi kinerja secara menyeluruh dan berkelanjutan.

Urgensi penyusunan LKjIP ini didasarkan pada beberapa aspek penting. Pertama sebagai bentuk implementasi 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 untuk menyusun laporan kinerja sebagai alat ukur keberhasilan dalam mencapai tujuan dan sasaran strategis. Kedua, LKjIP menjadi instrumen yang memastikan bahwa pengelolaan anggaran daerah dilakukan secara efektif, efisien, transparan dan dapat dipertanggungjawabkan. Ketiga, laporan ini berfungsi sebagai dasar evaluasi manajemen rumah sakit dalam mengidentifikasi keberhasilan, hambatan dan peluang perbaikan untuk tahun anggaran berikutnya.

Selain itu, pada tahun 2025 RSUD Ploso berada pada masa transisi perencanaan akibat adanya perubahan periode kepemimpinan daerah. Hal ini menyebabkan penggunaan dua dokumen perencanaan strategis (Renstra) dalam satu tahun anggaran. Pada triwulan I sampai dengan triwulan III, pelaksanaan program dan kegiatan masih mengacu pada Renstra RSUD Ploso tahun 2024-2026, sedangkan mulai triwulan IV telah diselaraskan dengan Renstra RSUD Ploso tahun 2025-2029 sebagai tindak lanjut penetapan arah kebijakan kepala daerah yang baru.

Penyusunan LKjIP tahun 2025 menjadi bagian dari siklus perencanaan dan penganggaran dalam Rencana Strategis RSUD Ploso Tahun 2025-2029. Pada tahun pertama periode renstra ini, rumah sakit dihadapkan pada berbagai tantangan seperti peningkatan jumlah kunjungan, kebutuhan penguatan sumber daya manusia kesehatan, penyesuaian terhadap regulasi nasional, dan optimalisasi layanan berbasis teknologi. Evaluasi kinerja melalui LKjIP menjadi dasar penting untuk memastikan bahwa seluruh program dan kegiatan tidak hanya berjalan sesuai ketentuan, tetapi juga memberikan dampak nyata bagi peningkatan mutu layanan kesehatan.

Melalui penyusunan LKjIP, RSUD Ploso berkomitmen untuk meningkatkan akuntabilitas, memperkuat tata kelola organisasi serta membangun budaya kerja yang berorientasi pada hasil (*result-based management*). Laporan ini diharapkan menjadi rujukan bagi manajemen, pemangku kepentingan dan Pemerintah Kabupaten Jombang dalam mengambil kebijakan, menyusun strategi, serta mendorong perbaikan berkelanjutan guna mewujudkan pelayanan kesehatan yang berkualitas, aman dan merata bagi seluruh masyarakat.

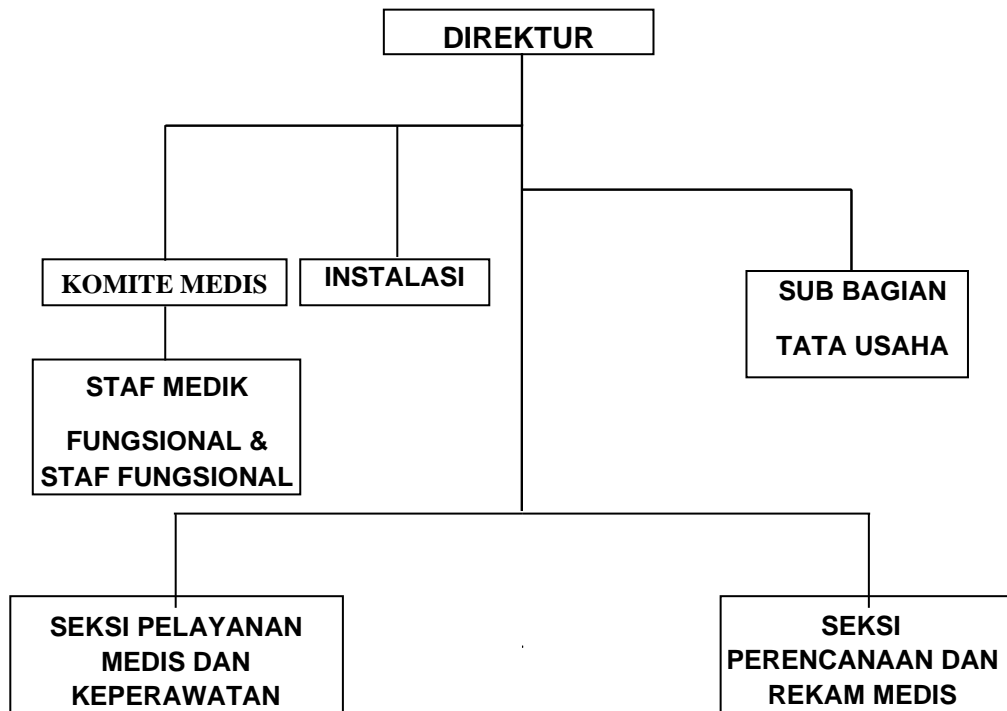
## **1.2. Tugas, Fungsi, dan Struktur Organisasi**

### **1.2.1 Tugas dan Fungsi dan Struktur Organisasi**

Struktur organisasi RSUD Ploso sebagaimana ditetapkan dalam Peraturan Daerah Kabupaten Jombang Nomor 14 Tahun 2011 dirancang untuk mendukung kelancaran penyelenggaraan pelayanan kesehatan, tata kelola administrasi, serta koordinasi antar-unit dalam lingkungan rumah sakit. Struktur ini menempatkan Direktur sebagai unsur pimpinan tertinggi yang memiliki tanggung jawab penuh terhadap manajemen, penyelenggaraan pelayanan, pembinaan pegawai serta pencapaian tujuan dan sasaran rumah sakit.

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*

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 antar instansi terkait agar pelaksanaan tugas pokok dan fungsi Rumah Sakit Umum Daerah Ploso berjalan dengan baik.

## 2. Sub Bagian Tata Usaha

### Tugas Pokok

- a. Mengelola urusan rumah tangga ketatausahaan yang meliputi persuratan, tata kearsipan, perjalanan dinas, dan keprotokolan, perpustakaan serta perlengkapan kantor;
- b. Menyusun rencana kebutuhan, pengelolaan, pengadaan dan pemeliharaan peralatan kantor, kendaraan operasional, ambulan dan barang inventaris lainnya;
- c. Menyelenggarakan urusan kebersihan kantor, keamanan dan ketertiban;
- d. Menyusun dan memelihara data perencanaan serta pengembangan pegawai;
- e. 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;
- f. Melaksanakan monitoring dan evaluasi kinerja serta disiplin pegawai;
- g. Menyediakan fasilitas penyelenggaraan peningkatan sumber daya manusia dan pemantauan kegiatan profesi, penataran, bimbingan teknis, pelatihan, penelitian, dan pengembangan;
- h. Melaksanakan pembukuan dan pencatatan keuangan;
- i. Mengelola gaji pegawai, dana operasional dan perbendaharaan;
- k. Mengelola dan menggunakan dana yang diperoleh dari pelayanan fungsional;
- l. Menyiapkan bahan koordinasi atau kerjasama dengan instansi/lembaga lain;
- n. Mengembangkan promosi, membangun *image* pelayanan kesehatan serta melaksanakan sosialisasi program pelayanan;
- o. Mengembangkan fungsi dan penampilan / performa petugas layanan informasi (*front desk*);
- p. Melaksanakan tugas kehumasan dan penanganan permasalahan sengketa hukum;
- q. Menerima dan memproses keluhan, komplain, dan penyelesaian;
- r. Pengaduan masyarakat / pasien; dan

s. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh direktur.

### 3. Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan

#### Tugas pokok

- a. 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;
- b. 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;
- c. Melaksanakan koordinasi dengan komite medis dalam hal pembinaan dan bimbingan etika dan mutu tenaga medis;
- d. Melaksanakan penilaian terhadap sumber daya di instalasi rawat darurat, instalasi rawat inap, instalasi rawat jalan, instalasi perawatan intensif dan instalasi bedah sentral;
- e. 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;
- f. Melaksanakan pengendalian dan pengawasan serta evaluasi terhadap asuhan keperawatan dan kebidanan;
- g. Melaksanakan koordinasi dengan komite keperawatan dalam hal pembinaan dan bimbingan etika dan mutu keperawatan; dan
- h. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Direktur.

### 4. Seksi Perencanaan dan Rekam Medis

#### Tugas Pokok

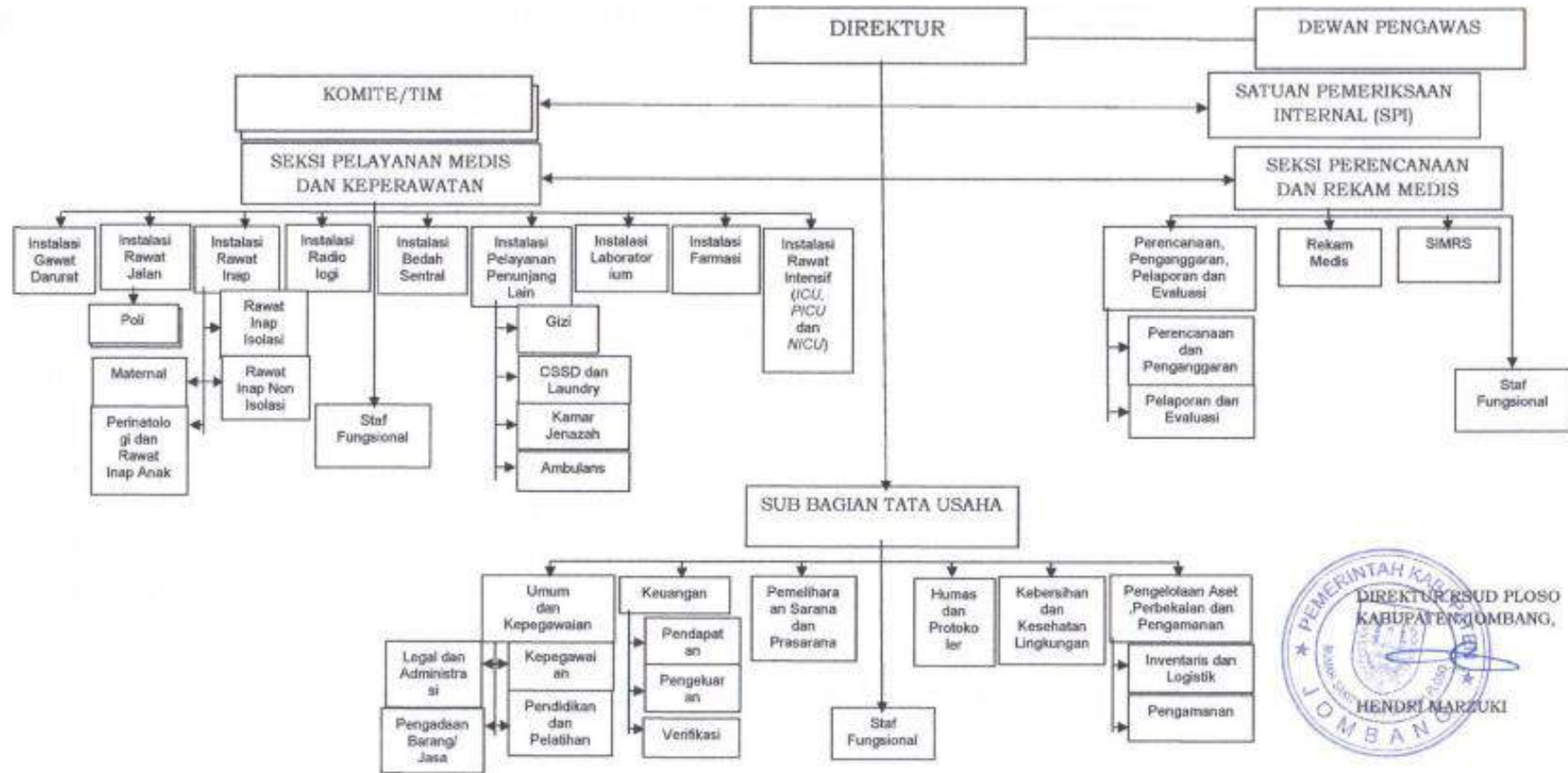
- a. Menyusun perencanaan program kerja dan kegiatan;
- b. Menyiapkan data dan mengolah bahan untuk rencana penyusunan Anggaran Pendapatan dan Belanja;
- c. Melaksanakan perhitungan anggaran dan menyajikan laporan akuntansi keuangan dan akuntansi manajemen;
- d. Melaksanakan verifikasi pertanggungjawaban keuangan;
- e. Menghimpun, memelihara dan mensistematisasikan catatan medis;

- f. Menyajikan informasi rekam medis sebagai bahan laporan kinerja;
  - g. Menghimpun dan mengelola data pelayanan sebagai evaluasi hasil seluruh kegiatan; dan
  - h. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Direktur.
5. Instalasi
- a. Instalasi dipimpin oleh Kepala Instalasi;
  - b. Kepala Instalasi diangkat dan diberhentikan oleh Direktur;
  - c. Kepala Instalasi diangkat sebagai jabatan fungsional yang ada di Rumah Sakit Umum Daerah Ploso;
  - d. Tugas pokok instalasi adalah membantu Direktur dalam penyelenggaraan pelayanan fungsional sesuai dengan fungsinya.
6. Komite Medis
- a. Komite medis berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur
  - b. Komite medis dipimpin oleh seorang ketua, yang dipilih oleh anggotanya dan ditetapkan dengan keputusan Direktur;
  - c. Anggota Komite Medis terdiri dari ketua staf medis fungsional;
  - d. 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
- a. Staf medis fungsional adalah kelompok dokter yang bekerja di bidang medis dalam jabatan fungsional dan bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medis;
  - b. Staf medis fungsional mempunyai tugas melaksanakan diagnosis, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluh kesehatan, pendidikan dan latihan serta penelitian dan pengembangan;
  - c. Kelompok staf medis fungsional dipimpin oleh seorang Ketua yang dipilih oleh anggota kelompoknya dan ditetapkan dengan keputusan Direktur;
  - d. 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 prasarana 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 yang lama. Berikut ini adalah struktur organisasi berdasarkan Keputusan Direktur RSUD Ploso Nomor 100.3.3.5/587/415.48/2025 Tentang Perubahan Kesembilan 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



Sumber: Lampiran Keputusan Direktur RSUD Ploso Nomor: 100.3.3.5/587/415.48/2025

Dalam melaksanakan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit, RSUD Ploso menyelenggarakan fungsi sebagaimana berikut:

- 1) Penyelenggaraan pelayanan medis;
- 2) Penyelenggaraan pelayanan penunjang medis dan non medis;
- 3) Penyelenggaraan pelayanan dan asuhan keperawatan;
- 4) Penyelenggaraan pelayanan rujukan;
- 5) Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan;
- 6) Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan, dan;
- 7) Penyelenggaraan administrasi dan keuangan.

### **1.2.2 Sumber Daya Manusia Perangkat Daerah**

Sumber Daya Manusia (SDM) merupakan salah satu komponen terpenting dalam mendukung keberhasilan penyelenggaraan pelayanan kesehatan di RSUD Ploso. Oleh karena itu, penyajian data SDM perlu dilakukan secara sistematis untuk menggambarkan kapasitas, kompetensi dan kecukupan tenaga yang dimiliki rumah sakit.

Jumlah tenaga yang ada di RSUD Ploso tahun 2025 sebanyak 327 orang. Jumlah tenaga sebanyak itu masih belum mencukupi untuk layanan karena belum sesuai dengan standar rasio dan kebutuhan di lapangan. Masih ada beberapa tenaga yang dibutuhkan untuk mendukung kelancaran pelayanan, antara lain tenaga dokter spesialis, perawat/bidan, penunjang dan administrasi.

Sedangkan gambaran proporsi sumber daya manusia yang ada di RSUD Ploso sebagai berikut:

- 1) Jumlah tenaga struktural di RSUD Ploso terdiri dari 4 orang, dengan formasi :
  - Direktur : 1 orang
  - Kasubag Tata Usaha : 1 orang
  - Kasi Pelayanan Medis dan Keperawatan : 1 orang
  - Kasi Perencanaan dan Rekam Medis : 1 orang

2) Jumlah tenaga medis di RSUD Ploso terdiri 41 orang, dengan formasi:

- Dokter Spesialis : 24 orang
- Dokter Umum : 12 orang
- Dokter Gigi : 3 orang
- Dokter Gigi Spesialis : 2 orang

3) Jumlah tenaga keperawatan sebanyak 131 orang, terdiri atas:

- Perawat : 92 orang
- Bidan : 39 orang

4) Jumlah tenaga penunjang sebanyak 56 orang terdiri atas :

- Apoteker : 4 orang
- Teknis Kefarmasian : 11 orang
- Tenaga Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku Terampil : 3 orang
- Sanitasi lingkungan : 2 orang
- Nutrisisionis : 5 orang
- Fisioterapi : 3 orang
- Perkam Medis dan Informasi Kesehatan : 7 orang
- Teknisi Gigi : 2 orang
- Refraksionis Optisien : 1 orang
- Radiografer : 5 orang
- Fisikawan Medis : 1 orang
- Elektromedis : 3 orang

- Ahli Teknologi : 9 orang  
Laboratorium Medis

5) Jumlah tenaga administrasi umum (non medis) sebanyak 95 orang, dengan formasi sebagai berikut:

- Bendahara : 2 orang
- Administrasi : 42 orang
- Pengadministrasian Umum : 1 orang
- Admisi : 4 orang
- Kasir : 5 orang
- Operator IPAL : 1 orang
- Pelaksana Pemeliharaan Gedung : 1 orang
- Teknisi Listrik : 2 orang
- Pengemudi : 1 orang
- Pengemudi Ambulans : 4 orang
- Juru Masak : 4 orang
- Pramusaji : 5 orang
- Petugas Keamanan : 9 orang
- CSSD dan Laundry : 6 orang
- Juru Parkir : 2 orang
- Cleaning Service : 6 orang

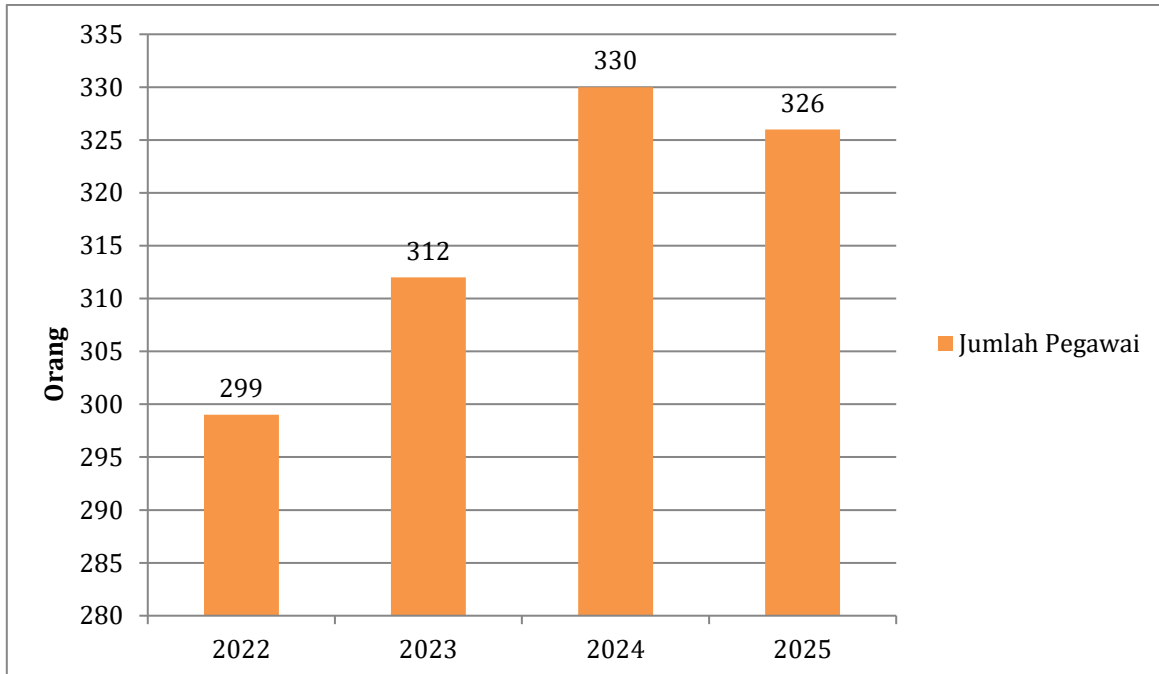
**Tabel 1.1**  
**Jumlah SDM Berdasarkan Status dan Jenis**  
**Di RSUD Ploso Tahun 2025**

JENIS TENAGA	ASN	BLUD	Total PNS + BLUD
DIREKTUR	1	0	1
STRUKTURAL	3	0	3
MEDIS	20	21	41
KEPERAWATAN	50	42	92
KEBIDANAN	39	0	39
PENUNJANG MEDIS	35	21	56
NON KESEHATAN	20	74	95
<b>TOTAL</b>	<b>173</b>	<b>153</b>	<b>326</b>

*Sumber : Diolah, Unit Kepegawaian RSUD Ploso, 2025*

Pada tahun 2025, SDM RSUD Ploso terdiri atas Aparatur Sipil Negara (ASN) dan pegawai non-ASN. Pembagian status kepegawaian ini mendukung keberlanjutan pelayanan sekaligus memberikan fleksibilitas dalam pemenuhan kebutuhan tenaga sesuai beban kerja rumah sakit. Berdasarkan jenis tenaga, SDM RSUD Ploso meliputi tenaga struktural, tenaga medis, tenaga keperawatan, tenaga penunjang medis dan tenaga non kesehatan. Komposisi tersebut mencerminkan fokus RSUD Ploso pada penguatan pelayanan langsung kepada pasien yang didukung oleh fungsi penunjang dan administrasi guna meningkatkan mutu dan efektivitas pelayanan.

**Gambar 1.3**  
**Grafik Perkembangan SDM RSUD Ploso**  
**Dari Tahun ke Tahun**



Sumber : Diolah, Unit Kepegawaian RSUD Ploso, 2025

Grafik Perkembangan SDM RSUD Ploso tahun 2022–2025 menunjukkan bahwa secara umum kapasitas sumber daya manusia rumah sakit mengalami penguatan. Jumlah pegawai meningkat dari 299 orang pada tahun 2022 menjadi 312 orang pada tahun 2023, atau bertambah 13 orang. Pada tahun 2024, jumlah tersebut kembali naik menjadi 330 orang, bertambah 18 orang dari tahun sebelumnya. Kenaikan yang konsisten selama dua tahun berturut-turut ini menunjukkan adanya upaya nyata RSUD Ploso dalam memperkuat dukungan tenaga kerja untuk menunjang pelayanan, baik dari sisi pelayanan medis, penunjang, maupun administrasi rumah sakit.

Pada tahun 2025, jumlah pegawai tercatat 326 orang, atau turun tipis 4 orang dibandingkan tahun 2024. Penurunan ini relatif kecil dan tidak mengubah gambaran umum bahwa kondisi SDM RSUD Ploso tetap lebih kuat dibandingkan tahun 2022 dan 2023. Dari sisi manajemen, kondisi tersebut dapat dipahami sebagai bagian dari dinamika kepegawaian yang wajar, seperti purna tugas, pengunduran diri, mutasi, atau penyesuaian formasi sesuai

kebutuhan organisasi. Dengan demikian, penurunan pada tahun 2025 lebih mencerminkan proses penataan SDM daripada penurunan kapasitas pelayanan secara signifikan.

Secara keseluruhan, grafik ini menggambarkan bahwa RSUD Ploso memiliki kecenderungan positif dalam pengelolaan SDM. Dalam rentang 2022–2025, jumlah pegawai tetap meningkat sebesar 28 orang dibandingkan titik awal tahun 2022. Hal ini menandakan bahwa rumah sakit terus berupaya menjaga kecukupan tenaga kerja untuk mendukung kualitas pelayanan. Namun demikian, sedikit penurunan pada tahun 2025 juga menjadi sinyal bahwa perencanaan SDM perlu terus diperkuat, terutama dalam aspek regenerasi pegawai, pemenuhan kebutuhan tenaga sesuai beban kerja, serta pengembangan kompetensi agar keberlangsungan dan mutu layanan rumah sakit tetap terjaga.

### **1.3. Mandat dan Peran Strategis Perangkat Daerah**

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) merupakan salah satu instansi yang ikut berperan aktif dalam rangka penyelenggaraan pemerintahan daerah dalam bidang kesehatan. RSUD Ploso Kabupaten Jombang adalah salah satu dari SKPD Pemerintah Daerah Kabupaten Jombang yang harus ikut berkontribusi dalam mewujudkan visi dan misi Kepala Daerah Kabupaten Jombang.

Dalam rangka mendukung visi pembangunan Kabupaten Jombang sebagaimana tertuang dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Tahun 2025-2029, RSUD Ploso sebagai salah satu perangkat daerah di bidang pelayanan kesehatan turut berkontribusi dalam pencapaian tujuan strategis daerah yaitu “

**“Terciptanya Sumber Daya Manusia (SDM) yang Berkualitas dan Kesejahteraan Sosial yang Merata”**

Tujuan tersebut menjadi landasan utama RSUD Ploso dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Rumah sakit memegang peran penting sebagai institusi pelayanan publik, tidak hanya bertujuan menyembuhkan penyakit, tetapi juga meningkatkan kualitas hidup masyarakat secara keseluruhan.

Dengan tujuan ini, RSUD Ploso diharapkan menjadi institusi pelayanan kesehatan yang andal dan berdaya saing serta menjadi bagian penting dalam

meningkatkan kesehatan kualitas SDM masyarakat Jombang, memperkecil kesenjangan pelayanan kesehatan dan pada akhirnya mendukung tercapainya kesejahteraan sosial yang merata di seluruh wilayah Kabupaten Jombang khususnya di wilayah utara Kabupaten Jombang dan sekitarnya.

Sebagai institusi pelayanan kesehatan rujukan milik Pemerintah Daerah, RSUD Ploso memiliki mandat penting dalam mendukung keberhasilan pembangunan sumber daya manusia di Kabupaten Jombang. Selaras dengan arah kebijakan RPJMD Kabupaten Jombang Tahun 2025-2029, sasaran pembangunan yang menjadi fokus RSUD Ploso adalah “

**“Terwujudnya SDM yang Sehat, Produktif, Berkualitas dan Berdaya Saing”**

Sasaran ini sejalan dengan misi pemerintah daerah dalam meningkatkan kualitas hidup masyarakat melalui pelayanan kesehatan yang bermutu dan berkeadilan. Kesehatan merupakan pondasi utama dalam membentuk SDM yang mampu berkontribusi secara optimal dalam pembangunan ekonomi dan budaya di tingkat lokal, regional, maupun nasional.

RSUD Ploso diharapkan menjadi rumah sakit daerah yang tidak hanya melayani pengobatan, tetapi juga berperan aktif dalam promosi dan pencegahan penyakit serta menjadi pusat rujukan yang unggul di wilayah utara Kabupaten Jombang dan sekitarnya. Pelayanan kesehatan yang berkualitas akan mendorong terbentuknya masyarakat yang sehat secara fisik, mental, dan sosial, yang pada akhirnya mampu meningkatkan produktivitas dan daya saing daerah.

#### **1.4. Isu Strategis**

Penetapan isu strategis RSUD Ploso dilakukan melalui proses identifikasi permasalahan yang memiliki dampak signifikan terhadap pencapaian tujuan, sasaran, dan kinerja pelayanan rumah sakit. Dalam penentuan isu strategis RSUD Ploso, sebuah isu dikategorikan sebagai isu strategis apabila memenuhi beberapa kriteria, yaitu:

1. Merupakan permasalahan utama yang sering dikemukakan dan menjadi prioritas;
2. Merupakan permasalahan atau isu utama yang jika ditangani atau dipecahkan akan berpengaruh untuk menyelesaikan permasalahan;

3. Merupakan permasalahan yang memiliki dampak luas pada pencapaian target-target di berbagai bidang;
4. Memiliki pengaruh besar atau signifikan terhadap pencapaian sasaran;
5. Merupakan faktor utama yang memiliki daya ungkit signifikan terhadap pencapaian target.

Berdasarkan kriteria tersebut, RSUD Ploso menetapkan 7 (tujuh) isu strategis yang perlu mendapatkan prioritas penanganan dalam periode perencanaan kinerja, yaitu sebagai berikut:

1. Peningkatan Kualitas Pelayanan yang Tersedia Berdasarkan dengan Standar Akreditasi RS dan Berbasis Inovasi

Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan menjadi isu strategis yang krusial. Kualitas pelayanan yang tidak hanya memenuhi harapan masyarakat, tetapi juga dengan standar akreditasi yang telah ditentukan oleh Kemenkes RI, menjadi tolok ukur utama dalam menciptakan sistem pelayanan kesehatan yang andal dan berkesinambungan.

Saat ini, RSUD Ploso dihadapkan pada tantangan untuk menyelaraskan seluruh aspek layanan dengan standar akreditasi yang menekankan pada keselamatan pasien, peningkatan mutu berkelanjutan serta tata kelola yang efektif dan efisien. Oleh karena itu, transformasi dalam budaya kerja, peningkatan kompetensi SDM, penyediaan sarana prasarana, alat kesehatan yang sesuai standar serta digitalisasi pelayanan terintegrasi menjadi kebutuhan mendesak. RSUD Ploso saat ini sudah terakreditasi "PARIPURNA" pada bulan Mei tahun 2023 dan akan melakukan akreditasi kembali pada tahun 2026, dengan harapan RSUD Ploso mampu mempertahankan status akreditasi yang diperoleh sebelumnya.

Selain itu, inovasi dalam pelayanan menjadi faktor kunci dalam menjawab tuntutan masyarakat yang terus berkembang. Pengembangan sistem pelayanan berbasis teknologi informasi, penerapan inovasi layanan yang responsif terhadap kebutuhan pasien serta penguatan sistem manajemen mutu internal akan memperkuat daya saing RSUD Ploso. Terlebih RSUD Ploso merupakan satu-satunya rumah sakit milik pemerintah yang berada di wilayah utara Kabupaten Jombang. Dengan mengintegrasikan standar akreditasi dan inovasi dalam pelayanan, RSUD Ploso tidak hanya berupaya memenuhi kewajiban normatif, tetapi juga

menciptakan nilai tambah bagi masyarakat sebagai penerima manfaat. Isu ini menuntut perhatian strategis karena akan sangat menentukan citra, kepercayaan dan keberlanjutan rumah sakit dalam jangka panjang

## 2. Pemenuhan Kelengkapan Sarana, Prasarana dan Alat Kedokteran Sesuai Tipe dan Kompetensi Rumah Sakit

Sebagai rumah sakit tipe C, RSUD Ploso memiliki tanggung jawab untuk menyediakan layanan kesehatan yang komprehensif dan sesuai dengan standar pelayanan minimal yang telah ditetapkan oleh Kemenkes RI. Salah satu tantangan utama dalam mendukung fungsi tersebut adalah pemenuhan sarana, prasarana dan alat kedokteran yang sesuai dengan klasifikasi rumah sakit tipe C.

Saat ini masih terdapat keterbatasan dalam ketersediaan fasilitas dan alat kesehatan, baik dari segi jumlah, jenis, maupun kelayakan operasional. Beberapa unit belum dilengkapi dengan peralatan yang memadai, sehingga berdampak pada efisiensi dan efektivitas pelayanan kepada masyarakat. Hal ini berpengaruh pada upaya peningkatan mutu layanan dan pemenuhan standar akreditasi rumah sakit.

Pemenuhan kelengkapan sarana dan prasarana tidak hanya menjadi tuntutan administratif, tetapi juga merupakan fondasi utama dalam menjamin keselamatan pasien, mendukung kinerja tenaga medis serta memperkuat fungsi rujukan dari fasilitas kesehatan primer. Oleh karena itu, RSUD Ploso perlu menyusun strategi yang terarah dan berkelanjutan dalam pengadaan, pemeliharaan dan modernisasi alat kedokteran serta fasilitas pendukung lainnya.

## 3. Pemenuhan dan Peningkatan Kapasitas SDM Sesuai Standar dan Kebutuhan Rumah Sakit

Sumber daya manusia (SDM) merupakan pilar utama dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang bermutu dan berkesinambungan. Bagi RSUD Ploso sebagai rumah sakit tipe C, pemenuhan jumlah dan peningkatan kapasitas SDM menjadi isu strategis yang sangat krusial dalam mendukung pencapaian visi dan misi RSUD Ploso.

Saat ini, RSUD Ploso masih menghadapi tantangan dalam hal ketersediaan tenaga medis dan nonmedis yang sesuai dengan standar

kompetensi, baik sisi kuantitas maupun kualitas. Beberapa unit layanan masih mengalami kekurangan tenaga profesional tertentu sementara sebagian lainnya membutuhkan peningkatan kompetensi secara berkelanjutan untuk menjawab dinamika kebutuhan pelayanan dan perkembangan teknologi kedokteran.

Diperlukan strategi peningkatan kapasitas SDM yang tidak hanya berfokus pada aspek teknis, tetapi juga mencakup *soft skills*, manajemen risiko, komunikasi efektif serta pemahaman terhadap keselamatan dan mutu layanan. Isu ini menjadi sangat penting karena SDM yang kompeten dan memadai merupakan faktor penentu dalam pencapaian mutu layanan, kepuasan pasien serta keberhasilan implementasi indikator kegiatan RSUD Ploso.

#### 4. Penerapan Sistem Monitoring dan Evaluasi Peningkatan Kinerja Rumah Sakit

Dalam upaya mewujudkan pelayanan kesehatan yang efektif, efisien dan bermutu tinggi, RSUD Ploso perlu memiliki sistem monitoring dan evaluasi (monev) yang terstruktur, menyeluruh dan berkelanjutan. Penerapan sistem monev yang andal menjadi isu strategis karena merupakan fondasi penting untuk memastikan bahwa seluruh program dan kegiatan rumah sakit berjalan sesuai dengan tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam Rencana Strategis (Renstra).

Penerapan sistem monitoring dan evaluasi saat ini belum dilakukan secara optimal. Hal ini berdampak pada kesulitan dalam mengidentifikasi hambatan, mengevaluasi efektivitas program serta menetapkan langkah perbaikan yang tepat waktu dan tepat sasaran. Untuk menjawab tantangan tersebut, RSUD Ploso perlu membangun dan mengembangkan sistem monev yang berbasis Indikator Kinerja Utama (IKU), Indikator Mutu pelayanan rumah sakit baik pada aspek klinis, manajerial, maupun keuangan. Sistem ini juga harus didukung oleh digitalisasi, transparansi data, dan pelibatan aktif seluruh unit kerja

#### 5. 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 keluarganya

#### 6. Perubahan Kelembagaan

Perubahan ini tidak hanya berdampak pada aspek administratif, tetapi juga menuntut adanya penyesuaian besar di berbagai lini, baik dari sisi pelayanan, sumber daya manusia, sarana-prasarana, hingga sistem manajemen. Sebagai rumah sakit tipe C, RSUD Ploso kini memiliki tanggung jawab yang lebih luas dalam menyediakan pelayanan kesehatan spesialisik dasar dan rujukan, yang tentunya membutuhkan dukungan tenaga medis yang lebih lengkap dan fasilitas yang lebih memadai.

Selain itu, perubahan kelembagaan ini juga berimplikasi pada perlunya peningkatan mutu layanan, penguatan sistem informasi rumah sakit serta penyesuaian struktur organisasi dan tata kelola yang selaras dengan regulasi terbaru. Tantangan eksternal ini menuntut rumah sakit untuk terus beradaptasi secara responsif terhadap dinamika kebijakan nasional dan kebutuhan masyarakat, guna memastikan pelayanan yang lebih efektif, efisien dan berorientasi pada kepuasan pasien.

#### 7. 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 kebijakan tentang klasifikasi rumah sakit yang berbasis kompetensi, 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.

## BAB II

### PERENCANAAN KINERJA

#### 2.1. Perencanaan Strategis

Perencanaan Strategis pada Perangkat Daerah disusun sebagai panduan dalam mencapai tujuan pembangunan daerah melalui rangkaian program dan kegiatan yang terarah, terukur dan selaras dengan visi serta misi Kepala Daerah. Dokumen perencanaan yang menjadi dasar penyusunan arah kebijakan meliputi Rencana Strategis (Renstra) Perangkat Daerah Tahun 2025-2029, Rencana Kerja (Renja) Tahun 2025 serta Rencana Kerja Perubahan Tahun 2025.

Dalam upaya mendukung arah pembangunan Kabupaten Jombang sebagaimana tertuang dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Tahun 2025-2029, RSUD Ploso menyelaraskan perencanaan strategisnya dengan visi daerah untuk mewujudkan **Sumber Daya Manusia (SDM) yang Berkualitas dan Kesejahteraan Sosial yang Merata**. Rumah sakit sebagai institusi publik memiliki peran fundamental dalam menunjang peningkatan derajat kesehatan masyarakat, yang merupakan prasyarat terbentuknya SDM yang produktif dan berdaya saing.

Selaras dengan misi dan Asta Cita Kepala Daerah Kabupaten Jombang dalam memperluas akses layanan dasar, meningkatkan kualitas pelayanan publik, dan memperkuat tata kelola pemerintahan, RSUD Ploso mengembangkan arah kebijakan jangka menengah yang berorientasi pada peningkatan mutu layanan kesehatan, inovasi serta penguatan manajemen organisasi. Kontribusi ini dilakukan melalui penyediaan pelayanan kesehatan yang andal, terstandar dan berkeadilan, terutama untuk masyarakat wilayah utara Kabupaten Jombang.

Perumusan Rencana Strategis RSUD Ploso juga berpedoman pada Norma, Standar, Prosedur dan Kriteria (NSPK) penyelenggaraan pelayanan kesehatan berdasarkan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan UU No 17 Tahun 2023 serta sasaran pembangunan Kabupaten Jombang, "**Terwujudnya SDM yang Sehat, Produktif, Berkualitas dan Berdaya Saing**". Regulasi ini menegaskan pentingnya transformasi kesehatan, penguatan layanan rujukan, keselamatan pasien, akuntabilitas pengelolaan

rumah sakit dan penyediaan layanan yang berkualitas sesuai kompetensi dan standar nasional.

Berdasarkan kerangka kebijakan nasional dan daerah tersebut, RSUD Ploso menetapkan tujuan perangkat daerah yang menjadi arah pembangunan lima tahun kedepan, yaitu :

**“Terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang Unggul, Aman, dan Berorientasi pada Keselamatan Pasien”**

Tujuan ini menggambarkan komitmen RSUD plosos dalam meningkatkan kualitas layanan melalui pemenuhan standar keselamatan pasien, penerapan tata kelola klinis dan manajerial yang baik serta penguatan kompetensi sumber daya manusia. Untuk mendukung pencapaian tujuan tersebut, RSUD Ploso menetapkan sasaran strategis perangkat daerah sebagai berikut:

1. Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan di RSUD Ploso, melalui optimalisasi sarana, prasarana, pemenuhan SDM sesuai standar, penerapan akreditasi, digitalisasi layanan serta inovasi berbasis kebutuhan masyarakat.
2. Terwujudnya tata kelola birokrasi yang bersih dan efektif, melalui penguatan sistem manajemen, monitoring evaluasi kinerja, akuntabilitas pelayanan publik serta kepatuhan terhadap peraturan perundang-undangan dan NSPK sektor kesehatan.

## **2.2. Penyusunan Perjanjian Kinerja Tahun n**

Penyusunan Perjanjian Kinerja (PK) tahun 2025 dilakukan melalui tahapan formulasi indikator dan target kinerja yang mengacu pada dokumen perencanaan yang berlaku. Pada triwulan I sampai dengan triwulan III, perumusan PK berpedoman pada Renstra RSUD Ploso Tahun 2024-2026, sedangkan pada triwulan IV dilakukan penyesuaian seiring dengan ditetapkannya Renstra RSUD Ploso Tahun 2025-2029. Perubahan tersebut dipengaruhi oleh pergantian kepala daerah dan penyesuaian arah kebijakan pembangunan kesehatan daerah.

Gambar 2.1

Perjanjian Kinerja RSUD Ploso Tahun 2025 dan Perjanjian Kinerja Perubahan RSUD Ploso Tahun 2025

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PLOSO KABUPATEN JOHANG				
NO.	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA	TARGET	
1.	Memperkuat akuntabilitas dan kinerja Perangkat Daerah	Nilai evaluasi AKUP RSUD Ploso	83	
2.	Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan rumah RSUD Ploso	Persentase capaian Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit NCR (angka kematian < 40 jam)	80% 9,25 %	

NO	SASARAN PROGRAM	PROGRAM	INDIKATOR PROGRAM	TARGET	ANGGARAN
1	Terperuhnya pemangku urusan pemerintahan daerah kabupaten	Program pemungku urusan Pemerintahan Daerah Kab/Kota	Persentase pelaksanaan kegiatan kinerja program	100%	7.020.452.962
2	Terperuhnya upaya kesehatan pemangku dan upaya kesehatan masyarakat	Program pemenuhan aspek kesehatan, pemantauan, dan upaya kesehatan masyarakat	Persentase capaian pemenuhan sarana kesehatan, dan kesehatan, dan SDM pemungku layanan kesehatan Persentase capaian UPM RS	80% 80,42%	58.605.422.730
<b>JUNJAH</b>					<b>65.045.875.692</b>

PERJANJIAN KINERJA PERUBAHAN TAHUN 2025 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PLOSO KABUPATEN JOHANG			
NO	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA	TARGET
1.	Meningkatnya Pelayanan Kesehatan yang Unggul, aman dan Berorientasi pada Kesejahteraan Pasien	Nilai Reformasi Birokrasi Perangkat Daerah	72,50
2.	Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan di RSUD Ploso	Persentase Capaian Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit (NCR) RS Skala Nasional RS	80% Kategori
3.	Meningkatnya capaian kinerja aparatur	Nilai Evaluasi AKUP Perangkat Daerah	78
4.	Meningkatnya kualitas pelayanan individu dan kolektif	Persentase Capaian Indikator Mutu Perilaku RS (Inggris) RANSASAN	70%
5.	Meningkatnya kualitas pelayanan medis dan keperawatan	Persentase Capaian Indikator Mutu Perilaku RS (Inggris) Pelayanan	75%
7.	Meningkatnya nilai pada masing-masing kelompok akreditasi	Nilai Akreditasi RS	80

PROGRAM	ANGGARAN	KELOMPOK
NO	UR	UR
Program Pemungku Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten	Rp 7.020.452.962	APRO
Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Pemangku dan Upaya Kesehatan Masyarakat	Rp 58.605.422.730	DRHCN, DAU, BLUD
	Rp 65.625.875.692	

Johang, 22 Januari 2025  
TITAH PERTAMA  
DIREKTOR RSUD PLOSO  
KABUPATEN JOHANG

**Dr. HENDRI MARZUKI**  
NIP. 19701031 201412 1 001

Johang, 28 November 2024  
RUMAH SAKIT  
DIREKTOR RSUD PLOSO DAERAH PLOSO

**Dr. MUHAMMAD VIDYA SUANA, M.H**  
NIP. 19730628200841307

Selain itu, penyusunan PK Perubahan Tahun 2025 juga memperhatikan hasil rewi Inspektorat khususnya terkait penyesuaian nomenklatur tujuan perangkat daerah, agar selaras dengan visi, misi serta sasaran strategis kepala daerah yang baru. Penyesuaian ini dilakukan tanpa menghilangkan kesinambungan kinerja dan fokus utama pelayanan kesehatan pada masyarakat.

Sebagai tindak lanjut atas perubahan Renstra dan kepemimpinan RSUD Ploso, disusun Perjanjian Kinerja Perubahan Tahun 2025. PK Perubahan ini bertujuan untuk menyelaraskan kembali sasaran, indikator dan target kinerja agar tetap relevan dengan kebijakan strategis terbaru. Perubahan PK meliputi penyesuaian sasaran strategis, indikator kinerja utama serta target kinerja yang disesuaikan dengan Renstra RSUD Ploso Tahun 2025-2029 dan nomenklatur tujuan perangkat daerah hasil rewi Inspektorat.

Sumber data yang digunakan dalam penyusunan PK Tahun 2025 berasal dari unit kerja terkait di lingkungan RSUD Ploso. Penanggung jawab data ditetapkan sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing unit, dengan unit perencanaan sebagai koordinator pengumpulan, verifikasi dan konsolidasi data kinerja.

Dasar penetapan target kinerja dalam perjanjian kinerja didasarkan pada:

1. Target Renstra RSUD Ploso sesuai periode yang berlaku;
2. Capaian kinerja tahun sebelumnya;
3. Standar pelayanan minimal dan indikator nasional mutu rumah sakit;
4. Hasil evaluasi kinerja internal dan rekomendasi hasil rewiu Inspektorat;
5. Ketersediaan sumber daya dan kemampuan organisasi.

Dengan adanya PK dan PK Perubahan Tahun 2025, RSUD Ploso tetap mampu menjaga kesinambungan kinerja serta memastikan ketercapaian tujuan strategis organisasi ditengah dinamika perubahan kebijakan dan kepemimpinan.

### **2.3. Penyusunan Perjanjian Kinerja Tahun 2026**

Perjanjian Kinerja (PK) Tahun 2026 disusun sebagai bentuk komitmen kinerja antara pimpinan RSUD Ploso dengan kepala daerah dalam rangka mewujudkan penyelenggaraan pemerintah yang berorientasi pada hasil. Penyusunan PK Tahun 2026 telah mempertimbangkan amanat yang tercantum dalam Rencana Kerja (Renja) dan DPA Tahun 2026 serta menyesuaikan dengan perkembangan kebijakan dan perubahan organisasi yang berlaku.

Formulasi PK tahun 2026 dilakukan melalui proses keterkaitan antara sasaran strategis dalam Renstra RSUD Ploso dengan sasaran, indikator dan target kinerja yang tercantum dalam Renja Tahun 2026. Proses ini memastikan bahwa seluruh indikator kinerja utama dan indikator kinerja kegiatan memiliki hubungan yang jelas dengan tujuan perangkat daerah serta mendukung pencapaian kinerja pembangunan bidang kesehatan.

Sumber data PK Tahun 2026 berasal dari unit kerja teknis dan unit pendukung di lingkungan RSUD Ploso, meliputi seluruh unit yang terkait. Penanggung jawab data ditetapkan sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing unit kerja, dengan unit perencanaan sebagai koordinator dalam pengumpulan, validasi, dan konsolidasi data kinerja.

Dasar penetapan target PK Tahun 2026 didasarkan pada:

1. Target yang tercantum dalam Renja RSUD Ploso.
2. Capaian kinerja tahun berjalan.
3. Arah kebijakan dan prioritas pembangunan daerah pada tahun 2026.
4. Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit dan standar akreditasi rumah sakit.
5. Ketersediaan sumber daya serta kemampuan organisasi.

Dengan penyusunan PK Tahun 2026 yang terintegrasi dengan Renja dan DPA, RSUD Ploso diharapkan mampu menjaga kesinambungan kinerja, meningkatkan akuntabilitas serta memastikan pencapaian sasaran strategis perangkat daerah secara efektif dan terukur.

## BAB III

### AKUNTABILITAS KINERJA

Akuntabilitas kinerja RSUD Ploso merupakan bentuk pertanggungjawaban kinerja tahun 2025. Hal ini menggambarkan pengukuran realisasi dan pencapaian kinerja atas target kinerja yang telah dituangkan pada Perjanjian Kinerja dan Perjanjian Kinerja Perubahan Tahun 2025. Disamping itu juga disajikan realisasi dan capaian kinerja anggaran tahun 2025. Menurut Peraturan Bupati Nomor 37 Tahun 2025 tentang perubahan atas Peraturan Bupati Jombang Nomor 47 Tahun 2022, untuk mempermudah dalam interpretasi dan pencapaian indikator kinerja, digunakan skala pengukuran ordinal sebagai berikut.

NO	PERSENTASE CAPAIAN KINERJA	KATEGORI
1	>100%-110%	Istimewa (Sangat Berhasil)
2	>80%-100%	Baik (Berhasil)
3	>60%-80%	Butuh Perbaikan (Cukup)
4	>20%-60%	Kurang
5	0%-20%	Sangat Kurang

#### 3.1. Capaian Kinerja Organisasi

Capaian kinerja organisasi RSUD Ploso dari tahun ke tahun disajikan sebagai bentuk pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas dan fungsi Perangkat Daerah dalam mendukung pencapaian tujuan pembangunan daerah. Penyajian ini bertujuan untuk memberikan gambaran mengenai tingkat keberhasilan organisasi dalam mewujudkan sasaran strategis yang telah ditetapkan dalam dokumen perencanaan, sekaligus sebagai dasar evaluasi dan perbaikan kinerja secara berkelanjutan

Capaian kinerja organisasi disajikan untuk setiap sasaran strategis Perangkat Daerah yang berkaitan dengan tujuan Perangkat Daerah maupun sasaran Perangkat Daerah, berdasarkan hasil pengukuran kinerja organisasi. Pengukuran kinerja tersebut dilaksanakan sesuai dengan ketentuan Peraturan Bupati Jombang Nomor 37 Tahun 2025 tentang Perubahan atas Peraturan Bupati Jombang Nomor 47 Tahun 2022 tentang Pedoman Penyelenggaraan

Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah dan Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Jombang.

Melalui penyajian capaian kinerja organisasi secara periodik, diharapkan dapat terlihat perkembangan kinerja RSUD Ploso secara objektif dan terukur, sekaligus menjadi dasar dalam melakukan evaluasi serta perbaikan kinerja secara berkelanjutan.

### **3.1.1. Capaian kinerja organisasi dari tahun ke tahun**

Capaian kinerja organisasi RSUD Ploso dari tahun 2021 sampai dengan tahun 2025 disajikan untuk memberikan gambaran yang komprehensif mengenai perkembangan kinerja organisasi secara berkelanjutan dari waktu ke waktu. Penyajian capaian kinerja ini merupakan bagian dari upaya akuntabilitas kinerja perangkat daerah dalam melaksanakan tugas dan fungsi pelayanan kesehatan kepada masyarakat, serta sebagai dasar evaluasi terhadap efektivitas pelaksanaan kebijakan, program, dan kegiatan yang telah dilaksanakan.

Nilai capaian kinerja organisasi dihitung berdasarkan capaian Perjanjian Kinerja Kepala Perangkat Daerah, yang merepresentasikan kinerja organisasi secara keseluruhan. Pengukuran capaian tersebut dilakukan melalui mekanisme Penilaian Kinerja Organisasi (PKO), yang tidak hanya memperhitungkan ketercapaian indikator kinerja, tetapi juga mencerminkan keterpaduan antara perencanaan, pelaksanaan, pengukuran dan pelaporan kinerja.

Data capaian kinerja organisasi tahun 2021 sampai dengan tahun 2023 bersumber dari hasil pengukuran kinerja yang tercantum dalam Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) masing-masing tahun. Sementara itu, data capaian kinerja organisasi tahun 2024 dan tahun 2025 disajikan berdasarkan hasil perhitungan PKO, seiring dengan penerapan metode pengukuran kinerja yang lebih komprehensif dan terstruktur. Perbedaan sumber data dan metode pengukuran antarperiode tersebut merupakan bagian dari dinamika penyempurnaan sistem akuntabilitas kinerja, sehingga perlu dipahami dalam konteks peningkatan kualitas pengelolaan kinerja organisasi.

Khusus untuk tahun 2025, nilai capaian kinerja organisasi yang disajikan merupakan hasil pengukuran PKO sampai dengan triwulan 3 (tiga), mengingat

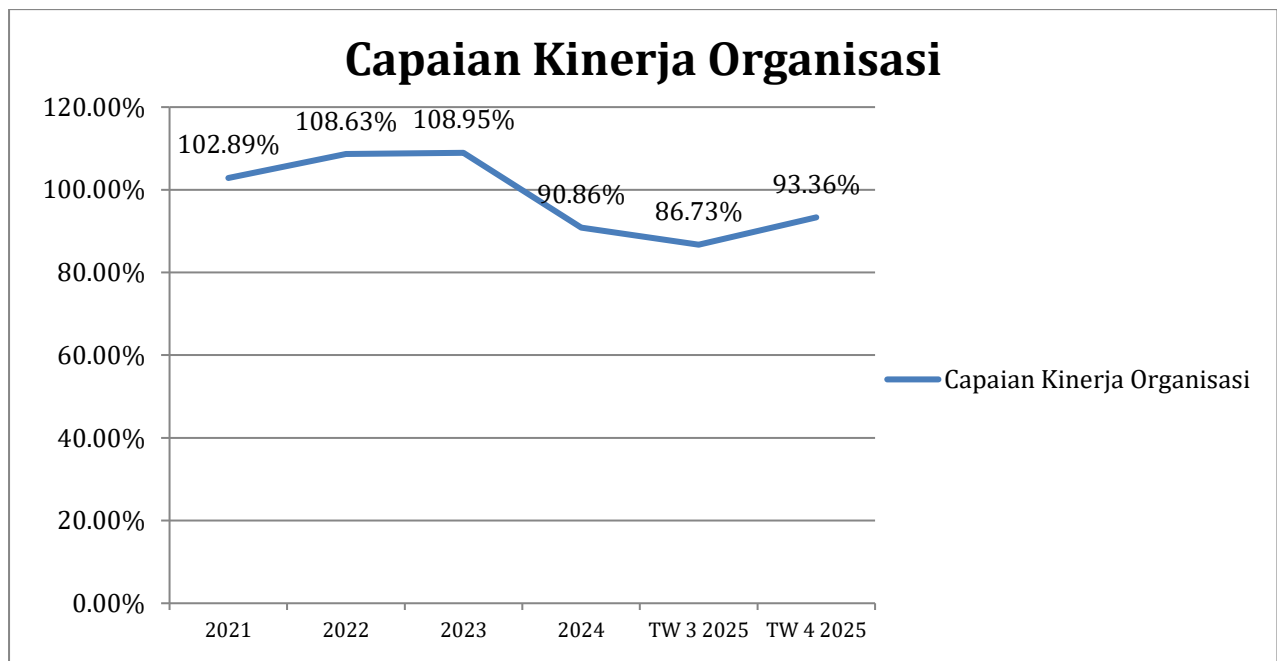
pada triwulan 4 (empat) terjadi perubahan dokumen perencanaan strategis berupa perubahan Renstra dan Perjanjian Kinerja. Perubahan tersebut disusun berdasarkan arah kebijakan dan kepemimpinan baru, sehingga capaian kinerja pada triwulan 4 (empat) memiliki indikator dan target yang berbeda dan disajikan secara terpisah agar analisis kinerja tetap akurat, objektif dan sesuai dengan periode berlakunya masing-masing Perjanjian Kinerja.

Penyajian capaian kinerja organisasi dalam bentuk trend dari tahun ke tahun dimaksudkan untuk menunjukkan arah, konsistensi, serta dinamika pencapaian kinerja RSUD Ploso dalam kurun lima tahun terakhir. Meskipun terdapat perubahan kebijakan, penyesuaian indikator kinerja, serta peralihan dokumen perencanaan pada beberapa periode, analisis tren ini diharapkan tetap mampu menggambarkan perkembangan kinerja organisasi secara objektif dan terukur, sekaligus menjadi dasar dalam merumuskan langkah perbaikan dan peningkatan kinerja pada periode selanjutnya.

**Gambar 3.1**

**Grafik Capaian Kinerja RSUD Ploso**

**Tahun 2021-2025**



*Sumber : Diolah, Unit Perencanaan RSUD Ploso, 2025*

Berdasarkan tren capaian kinerja organisasi RSUD Ploso tahun 2021-2025, terlihat bahwa kinerja organisasi pada periode 2021-2023 berada pada

kategori sangat baik, dengan capaian kinerja di atas 100%. Pada tahun 2021 capaian kinerja tercatat sebesar 102.89%, kemudian meningkat pada tahun 2022 menjadi 108.63%, dan relatif stabil pada tahun 2023 dengan capaian 108.95%. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar sasaran strategis yang tertuang dalam Perjanjian Kinerja Kepala Perangkat Daerah pada periode tersebut dapat dicapai bahkan melampaui target yang ditetapkan.

Memasuki tahun 2024, capaian kinerja organisasi mengalami penurunan menjadi 90.86%. Penurunan ini tidak semata-mata mencerminkan penurunan kinerja pelayanan, namun dipengaruhi oleh penyesuaian indikator dan metode pengukuran kinerja organisasi melalui penerapan Penilaian Kinerja Organisasi (PKO) yang lebih komprehensif. Selain memperhitungkan capaian indikator Perjanjian Kinerja, perhitungan PKO juga dipengaruhi oleh Predikat AKIP Perangkat Daerah, dimana terdapat koreksi dan normalisasi terhadap capaian Perjanjian Kinerja untuk memastikan kesesuaian antara perencanaan, pengukuran, pelaporan, dan evaluasi kinerja. Dengan mekanisme tersebut, nilai PKO yang dihasilkan mencerminkan kinerja organisasi secara lebih objektif dan menyeluruh.

Pada tahun 2025, capaian kinerja organisasi hingga triwulan 3 (tiga) tercatat sebesar 86.73%. Nilai ini menggambarkan capaian kinerja tahun berjalan yang masih bersifat sementara, mengingat pada triwulan 4 (empat) terjadi perubahan Renstra dan Perjanjian Kinerja seiring dengan pergantian kepemimpinan dan arah kebijakan organisasi. Selain itu, penerapan normalisasi capaian kinerja dalam PKO serta keterkaitannya dengan hasil evaluasi AKIP turut mempengaruhi nilai capaian yang dihasilkan. Oleh karena itu, capaian kinerja tahun 2025 tidak sepenuhnya dapat dibandingkan secara langsung dengan tahun-tahun sebelumnya dan dianalisis lebih lanjut dengan perjanjian kinerja yang berlaku.

Secara umum, tren capaian kinerja organisasi RSUD Ploso menunjukkan adanya dinamika kinerja yang dipengaruhi oleh perubahan kebijakan, dokumen perencanaan, metode pengukuran kinerja, serta hasil evaluasi AKIP. Meskipun demikian, RSUD Ploso tetap berkomitmen untuk melakukan perbaikan guna meningkatkan akuntabilitas dan pencapaian sasaran strategis pada periode perencanaan selanjutnya.

### 3.1.2. Perbandingan Antara Target dan Realisasi Kinerja Tahun Ini

Capaian kinerja organisasi RSUD Ploso sampai dengan triwulan 3 (tiga) Tahun 2025 disajikan sebagai bentuk akuntabilitas atas pelaksanaan Perjanjian Kinerja Kepala Perangkat Daerah pada tahun berjalan. Pengukuran kinerja organisasi dilakukan dengan membandingkan antara target dan realisasi kinerja setiap sasaran strategis yang tercantum dalam Perjanjian Kinerja, serta dihitung menggunakan metode Matriks Penilaian Kinerja Organisasi.

Penyajian capaian kinerja organisasi triwulan 3 (tiga) Tahun 2025 mempertimbangkan bahwa pada periode ini RSUD Ploso masih mengacu pada Perjanjian Kinerja awal Tahun 2025, sebelum dilakukan perubahan Renstra dan Perjanjian Kinerja pada triwulan 4 (empat). Oleh karena itu, hasil pengukuran kinerja yang disajikan mencerminkan capaian kinerja organisasi sampai dengan triwulan 3 (tiga) berdasarkan indikator dan target yang berlaku pada periode tersebut. Hasil pengukuran Penilaian Kinerja Organisasi akan disampaikan pada tabel berikut:

**Tabel 3.1**  
**Perbandingan Antara Target dan Realisasi Kinerja Tahun Ini**  
**Per Triwulan 3 Tahun 2025**

No	Sasaran	Indikator Kinerja	Target	Realisasi	Capaian	Normalisasi Capaian PK	Koreksi Normalisasi Capaian PK berdasarkan Predikat AKIP	Nilai Akhir Capaian PK (7)x(100%-8))
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Meningkatnya akuntabilitas dan kinerja Perangkat Daerah	Nilai evaluasi AKIP RSUD Ploso	83	70,02	84,36%	84,36%	8%	75,93%
2	Meningkatnya Kualitas Pelayanan Kesehatan Rujukan RSUD Ploso	Persentase capaian Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit	80%	84,16%	105,20%	105,20%	11%	94,68%

No	Sasaran	Indikator Kinerja	Target	Realisasi	Capaian	Normalisasi Capaian PK	Koreksi Normalisasi Capaian PK berdasarkan Predikat AKIP	Nilai Akhir Capaian PK (7)x(100%-8))
1	2	3	4	5	6	7	8	9
		NDR (angka kematian > 48 jam)	≤ 25 ‰	18,02‰	127,92%	110,00%	11%	99,00%
3	Terpenuhinya penunjang urusan pemerintahan daerah kab/kota	Persentase rata-rata capaian kinerja pegawai	100%	100%	100,00%	100,00%	10%	90,00%
4	Terpenuhinya upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat	Persentase capaian pemenuhan sarana prasarana, alat kesehatan dan SDM penunjang layanan rujukan	85%	74,83%	88,04%	88,04%	9%	79,23%
		Persentase capaian SPM RS	90,43%	81,91%	90,58%	90,58%	9%	81,52%
<b>Total Capaian PK (10)</b>						<b>520,36%</b>		
<b>Nilai Kinerja Organisasi (NKO) atau Rata-rata Capaian PK s.d TB 3 (11)</b>						<b>86,73%</b>		
<b>Predikat PKO s.d TB 3 (12)</b>						<b>BAIK</b>		

Sumber : Diolah, Unit Perencanaan RSUD Ploso, 2025

### a. Meningkatnya Akuntabilitas dan Kinerja Perangkat Daerah

Indikator Kinerja :

#### 1) Nilai Evaluasi AKIP RSUD Ploso

Berdasarkan hasil pengukuran kinerja per triwulan 3 tahun 2025, capaian indikator nilai Evaluasi AKIP RSUD Ploso mencapai 84.36% dengan nilai akhir capaian setelah koreksi normalisasi sebesar 75.93%. Capaian tersebut menunjukkan bahwa penerapan sistem akuntabilitas kinerja di RSUD ploso telah berjalan, namun masih memerlukan penguatan pada beberapa aspek perencanaan, pengukuran, dan evaluasi kinerja.

Upaya yang telah dilakukan dalam pencapaian indikator ini antara lain penyusunan dan penyesuaian dokumen perencanaan dan penganggaran, pelaksanaan monitoring dan evaluasi kinerja secara berkala, serta peningkatan koordinasi antara unit kerja dalam pengumpulan dan pelaporan data kinerja. Selain itu, RSUD Ploso juga melakukan tindak lanjut atas rekomendasi hasil evaluasi AKIP tahun sebelumnya, dan melakukan Bimbingan Teknis dengan mengundang Bagian Organisasi dan BKPSDM dalam penyesuaian dokumen perencanaan tahun berikutnya.

Faktor pendukung:

- Komitmen pimpinan dalam mendorong penerapan AKIP;
- Ketersediaan dokumen perencanaan dan pelaporan kinerja;
- Peran unit perencanaan dalam koordinasi pengelolaan kinerja

Faktor penghambat:

- Pemahaman AKIP yang belum merata pada seluruh unit kerja;
- Kualitas indikator kinerja yang masih perlu disempurnakan;
- Belum selarasnya antara dokumen perencanaan dan pelaporan kinerja

#### **b. Meningkatnya Kualitas Pelayanan Kesehatan Rujukan RSUD Ploso**

Indikator Kinerja :

- 1) Persentase capaian Indikator Nasional Mutu (INM) Rumah Sakit
- 2) NDR (Angka Kematian >48 jam)

Capaian persentase Indikator Nasional Mutu (INM) Rumah sakit mencapai 105.20%, sedangkan indikator NDR (Angka Kematian >48 Jam) mencapai 127.92% dan dinormalisasi menjadi 110%. Hal ini menunjukkan kinerja sangat baik dalam aspek mutu pelayanan kesehatan rujukan.

RSUD Ploso secara konsisten melaksanakan pemantauan indikator mutu melalui Komite Mutu dan Keselamatan Pasien, penerapan standar pelayanan klinis, peningkatan kepatuhan terhadap standar operasional prosedur, serta pelaksanaan audit medis dan keperawatan. Upaya penguatan keselamatan pasien dan peningkatan kompetensi SDM juga terus dilakukan.

Faktor Pendukung :

- Implementasi indikator mutu secara terstruktur;

- Dukungan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien dan seluruh unit dalam meningkatkan mutu pelayanan;
- Ketersediaan tenaga kesehatan dan sarana penunjang pelayanan.

Faktor Penghambat:

- Tingginya kompleksitas kasus rujukan;
- Pasien datang dalam kondisi kritis atau terminal;
- Beban kerja pelayanan yang fluktuatif;
- Keterbatasan sarana, prasarana dan SDM pada beberapa unit pelayanan.

### **c. Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kab/Kota**

Indikator Kinerja :

#### 1) Persentase rata-rata capaian kinerja pegawai

Indikator ini mencapai 100%. Capaian tersebut menunjukkan bahwa kinerja pegawai secara umum telah memenuhi target yang telah ditetapkan. Realisasi ini telah memenuhi target karena hasil evaluasi semua ASN RSUD Ploso berpredikat BAIK dan SANGAT BAIK. Upaya yang telah dilakukan meliputi penerapan sistem penilaian kinerja pegawai, pembinaan, pengawasan kinerja secara berjenjang, serta peningkatan disiplin dan tanggung jawab pegawai dalam pelaksanaan tugas.

Faktor Pendukung:

- Penerapan sistem penilaian kinerja pegawai;
- Kepemimpinan dan pengawasan yang berjalan;
- Dialog kinerja antara atasan dan seluruh pegawai yang mulai berjalan baik

Faktor Penghambat:

- Beban kerja yang belum merata antarunit;
- Keterbatasan jumlah SDM pada unit tertentu;
- Penyesuaian sistem kerja akibat keterbatasan SDM di pelayanan.

### **d. Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat**

Indikator Kinerja:

- 1) Persentase capaian pemenuhan sarana, prasarana, alat kesehatan dan SDM penunjang layanan rujukan.
- 2) Persentase capaian SPM RS

Capaian indikator pemenuhan sarana, prasarana, dan SDM adalah 88.04% dengan realisasi 74.83% sedangkan untuk realisasi indikator SPM 81.91% dengan persentase capaian 90.58%. Berdasarkan capaian tersebut menunjukkan kinerja yang cukup baik namun masih memerlukan peningkatan.

RSUD Ploso telah melakukan pemenuhan bertahap sarana dan prasarana, pengadaan alat kesehatan sesuai prioritas layanan, serta pemenuhan SDM penunjang. Selain itu dilakukan pemantauan pencapaian SPM RS secara berkala dan koordinasi lintas unit untuk memenuhi standar pelayanan.

Faktor Pendukung:

- Dukungan anggaran non BLUD dan kebijakan pemerintah daerah;
- Perencanaan kebutuhan sarana dan prasarana melalui desk tiap unit;
- Komitmen unit pelayanan dalam pemenuhan SPM.

Faktor Penghambat:

- Keterbatasan anggaran untuk pemenuhan seluruh kebutuhan;
- Proses pengadaan yang membutuhkan waktu;
- Keterbatasan SDM dan sarana tertentu pada layanan spesifik.

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 capaian tujuan dan sasaran perubahan sesuai dengan dokumen perencanaan terbaru menggunakan Renstra Tahun 2025-2029 yang mulai diberlakukan pada triwulan 4 (empat). Adapun pencapaian tujuan dan sasaran dari RSUD Ploso per triwulan 4 (empat) dapat dijelaskan sebagai berikut:

**Tabel 3.2**  
**Pengukuran Kinerja Organisasi (PKO) RSUD Ploso**  
**Per Triwulan 4 Tahun 2025**

No	Sasaran	Indikator Kinerja	Target	Realisasi	Capaian	Normalisasi Capaian PK	Koreksi Normalisasi Capaian PK berdasarkan Predikat AKIP	Nilai Akhir Capaian PK (7)x(100%-(8))
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Meningkatnya akuntabilitas dan kinerja Perangkat Daerah	Indeks Reformasi Birokrasi Perangkat Daerah	72.5	77.49	106.88%	106.88%	11%	96.19%
2	Meningkatnya Kualitas Pelayanan Kesehatan RSUD Ploso	Persentase capaian Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit	80.00%	84.62%	105.78%	105.78%	11%	95.20%
		Status akreditasi	100%	100%	100.00%	100.00%	10%	90.00%
3	Terpenuhinya penunjang urusan pemerintahan daerah kab/kota	Nilai evaluasi AKIP Perangkat Daerah	70	70.02	100.03%	100.03%	10%	90.03%
4	Terpenuhinya upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat	Persentase capaian indikator mutu prioritas RS lingkup manajemen	70.00%	92.78%	132.54%	110.00%	11%	99.00%
		Persentase capaian indikator mutu prioritas RS lingkup Pelayanan	78.00%	88.89%	113.96%	110.00%	11%	99.00%

No	Sasaran	Indikator Kinerja	Target	Realisasi	Capaian	Normalisasi Capaian PK	Koreksi Normalisasi Capaian PK berdasarkan Predikat AKIP	Nilai Akhir Capaian PK (7)x(100%-(8))
1	2	3	4	5	6	7	8	9
		Nilai Akreditasi RS	88	82.21	93.42%	93.42%	9%	84.08%
<b>Total Capaian PK (10)</b>					<b>653,50%</b>			
<b>Nilai Kinerja Organisasi (NKO) atau Rata-rata Capaian PK s.d TB 4 (11)</b>					<b>93,36%</b>			
<b>Predikat PKO s.d TB 4 (12)</b>					<b>BAIK</b>			

Sumber : Diolah, Unit Perencanaan RSUD Ploso, 2025

Secara umum, kinerja organisasi RSUD Ploso pada triwulan 4 tahun 2025 menunjukkan hasil yang baik, dengan Nilai Kinerja Organisasi (NKO) sebesar 93,36% dan predikat BAIK. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar target kinerja dapat dicapai, bahkan beberapa indikator melampaui target yang ditetapkan. Meski demikian, masih terdapat beberapa aspek yang perlu diperkuat, terutama pada konsistensi pemenuhan standar akreditasi dan penguatan administrasi kinerja.

**Tabel 3.3**

**Capaian Indikator Kinerja Tujuan terhadap Target Jangka Menengah  
berdasarkan Renstra 2025-2029**

TUJUAN RSUD PLOSO	INDIKATOR KINERJA TUJUAN	TARGET	REALISASI	PERSENTASE CAPAIAN
1. Terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang Unggul, Aman, dan Berorientasi pada Keselamatan pasien	Nilai NDR	<25% <sub>oo</sub>	21.79% <sub>oo</sub>	112.84%

Sumber : Diolah, Unit Perencanaan RSUD Ploso, 2025

Tujuan RSUD Ploso yaitu “Terwujudnya Pelayanan Kesehatan yang Unggul, Aman, dan Berorientasi pada Keselamatan Pasien” diukur menggunakan indikator Nilai Net Death Rate (NDR). Pada triwulan 4 (empat) tahun 2025, target yang ditetapkan untuk indikator ini adalah kurang dari <25‰, sedangkan realisasi yang dicapai sebesar 21.79‰. Berdasarkan hasil tersebut, persentase capaian kinerja mencapai 112,84%, yang menunjukkan bahwa kinerja RSUD Ploso dalam mendukung keselamatan pasien masih sesuai dengan target yang telah ditetapkan.

Indikator NDR merupakan indikator kinerja dengan karakteristik semakin rendah nilai realisasi semakin baik, karena mencerminkan tingkat kematian pasien rawat inap setelah lebih dari 48 jam perawatan. Realisasi NDR sebesar 21.79‰ yang berada di bawah target maksimal 25‰ menunjukkan bahwa pelayanan medis dan keperawatan di RSUD Ploso berjalan dengan baik serta mampu mengendalikan risiko kematian pasien selama perawatan.

Persentase capaian kinerja yang mencapai 112.84% diperoleh dari perhitungan perbandingan target dan realisasi indikator, dimana realisasi yang lebih rendah dari target menghasilkan nilai capaian di atas 100%. Hal ini mengindikasikan bahwa berbagai upaya peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien yang telah dilakukan memberikan dampak positif terhadap hasil kinerja organisasi.

Capaian tersebut dipengaruhi oleh beberapa faktor pendukung, antara lain penerapan standar pelayanan dan standar operasional prosedur secara konsisten, penguatan sistem keselamatan pasien melalui peran aktif Komite Mutu dan Keselamatan Pasien, serta peningkatan koordinasi antartentor kesehatan dalam penanganan pasien, khususnya pada kasus-kasus dengan tingkat kompleksitas tinggi. Selain itu, pemantauan dan evaluasi terhadap kejadian tidak diharapkan serta tindakan perbaikan secara berkelanjutan turut berkontribusi terhadap pencapaian indikator NDR.

Meskipun capaian indikator telah melampaui target, RSUD Ploso tetap perlu menjaga konsistensi penerapan mutu dan keselamatan pasien, mengingat tingginya kompleksitas kasus rujukan yang ditangani serta dinamika pelayanan kesehatan yang terus berkembang. Upaya perbaikan berkelanjutan tetap diperlukan agar capaian tujuan organisasi dapat dipertahankan dan ditingkatkan pada periode selanjutnya.

Perhitungan Net Death Rate (NDR):

Perhitungan capaian NDR:

$$\begin{aligned}\text{Indeks Capaian} &= (1+(1 - \text{Realisasi/Target})) \times 100\% \\ &= (1+(1 - 21.79 / 25)) \times 100\% \\ &= (1+(1 - 0.87) \times 100 \%) \\ &= (1+ 0,13) \times 100\% \\ &= 1.22 \times 100\% \\ &= 112.84\%\end{aligned}$$

**Tabel 3.4**  
**Capaian Indikator Kinerja Sasaran Strategis RSUD Ploso**  
**Triwulan 4 Tahun 2025**

<b>SASARAN STRATEGIS</b>	<b>INDIKATOR KINERJA TUJUAN</b>	<b>TARGET</b>	<b>REALISASI</b>	<b>PERSENTASE CAPAIAN</b>
1. Meningkatnya Kualitas Pelayanan Kesehatan di RSUD Ploso	Persentase capaian Indikator Nasional Mutu (INM) RS	<b>80%</b>	<b>84.62%</b>	<b>105.78%</b>
	Status Akreditasi RS	<b>Paripurna</b>	<b>Paripurna</b>	<b>100%</b>
2. Meningkatnya Akuntabilitas dan Kinerja Birokrasi Perangkat Daerah	Indeks Reformasi Birokrasi Perangkat Daerah	<b>72.5</b>	<b>77.49</b>	<b>106.88%</b>

Sumber : Diolah, Unit Perencanaan RSUD Ploso, 2025

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa RSUD Ploso pada tahun 2025 mempunyai 2 sasaran strategis 1) Meningkatnya Kualitas Pelayanan Kesehatan di RSUD Ploso dan 2) Meningkatnya Akuntabilitas dan Kinerja Birokrasi Perangkat Daerah. Sasaran Strategis tersebut memiliki 3 (tiga) indikator kinerja, yaitu:

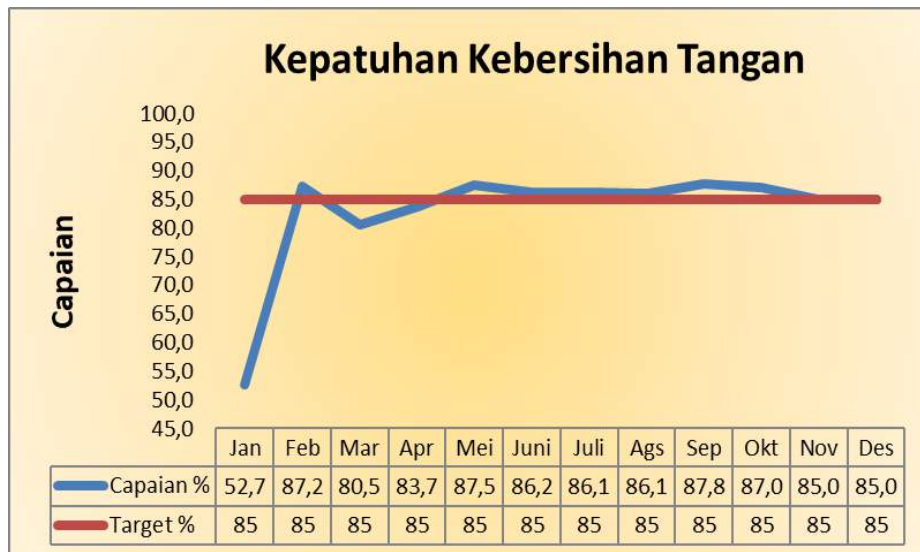
a. Persentase Capaian Indikator Nasional Mutu (INM) RS

Indikator ini memiliki target 80% terealisasi 84.62% sehingga capaian kinerja sebesar 105.78%. 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 sesarea 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 2025.

## 1) Kepatuhan Kebersihan Tangan



Sumber : Diolah, Komite Mutu dan Keselamatan Pasien, 2025

Capaian kepatuhan kebersihan tangan pada periode Oktober–Desember secara umum telah memenuhi target nasional ( $\geq 85\%$ ), meskipun terjadi penurunan dari 87% pada bulan Oktober menjadi 85% pada bulan November dan relatif stagnan hingga bulan Desember. Kondisi ini menunjukkan bahwa meskipun target tercapai, peningkatan kepatuhan belum berlangsung secara berkelanjutan dan optimal. Penurunan dan stagnasi capaian tersebut dipengaruhi oleh belum konsistennya pengawasan oleh kepala ruangan atau IPCN, kepatuhan yang masih bersifat respons terhadap audit dan belum sepenuhnya menjadi budaya keselamatan pasien, serta kemungkinan keterbatasan ketersediaan sarana kebersihan tangan di beberapa titik layanan. Sebagai tindak lanjut, RSUD Ploso akan mempertahankan sekaligus meningkatkan capaian kepatuhan secara konsisten melalui penguatan peran IPCN dan kepala ruangan dalam monitoring langsung di setiap shift, pelaksanaan edukasi rutin mengenai pentingnya penerapan 5 momen kebersihan tangan, pemenuhan sarana cuci tangan di area strategis, serta monitoring dan audit kepatuhan secara berkala dengan pemberian umpan balik langsung kepada unit terkait.

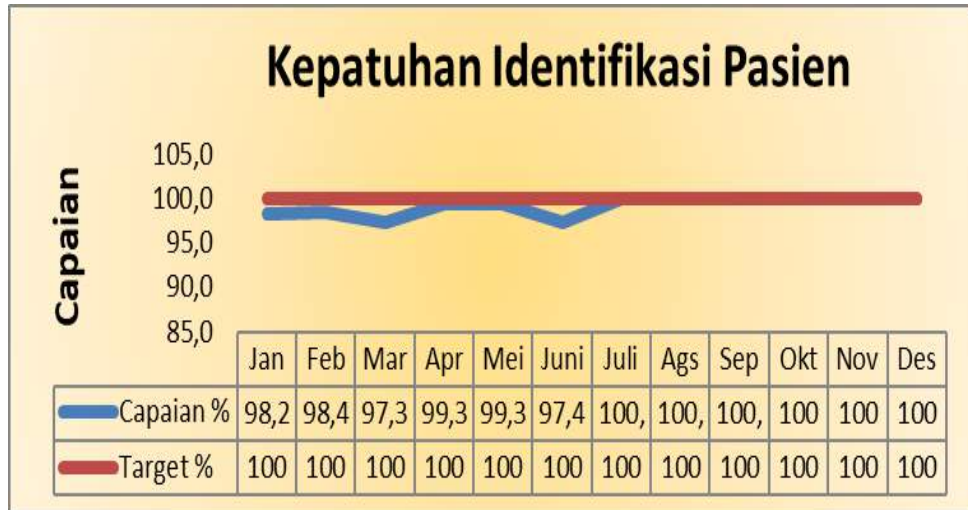
2) Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri



Sumber : Diolah, Komite Mutu dan Keselamatan Pasien, 2025

Capaian indikator kepatuhan penggunaan alat pelindung diri (APD) pada periode Oktober–Desember belum tercapai secara konsisten, ditandai dengan penurunan capaian pada bulan November sebesar 95,1% yang belum memenuhi target, serta peningkatan pada bulan Desember menjadi 98,6% namun masih berada di bawah target 100%. Kondisi ini menunjukkan adanya perbaikan dibandingkan bulan sebelumnya, namun konsistensi kepatuhan penggunaan APD secara berkelanjutan belum sepenuhnya tercapai. Tingginya tingkat kepatuhan secara umum belum diimbangi dengan stabilitas pelaksanaan, yang dipengaruhi oleh meningkatnya beban kerja pada periode tertentu serta belum meratanya pengawasan penggunaan APD di seluruh shift. Sebagai tindak lanjut, diperlukan penguatan melalui sosialisasi ulang standar penggunaan APD sesuai risiko pelayanan dan penegasan kewajiban penggunaan APD, peningkatan pengawasan rutin oleh kepala ruangan atau supervisor di seluruh shift, pelaksanaan audit kepatuhan APD secara berkala dan terjadwal, pemenuhan dan pengecekan rutin ketersediaan APD yang berkualitas dan nyaman digunakan, pemberian apresiasi kepada unit atau petugas dengan tingkat kepatuhan terbaik, serta penyampaian hasil audit secara terbuka disertai diskusi singkat terhadap temuan ketidakpatuhan dan langkah perbaikannya.

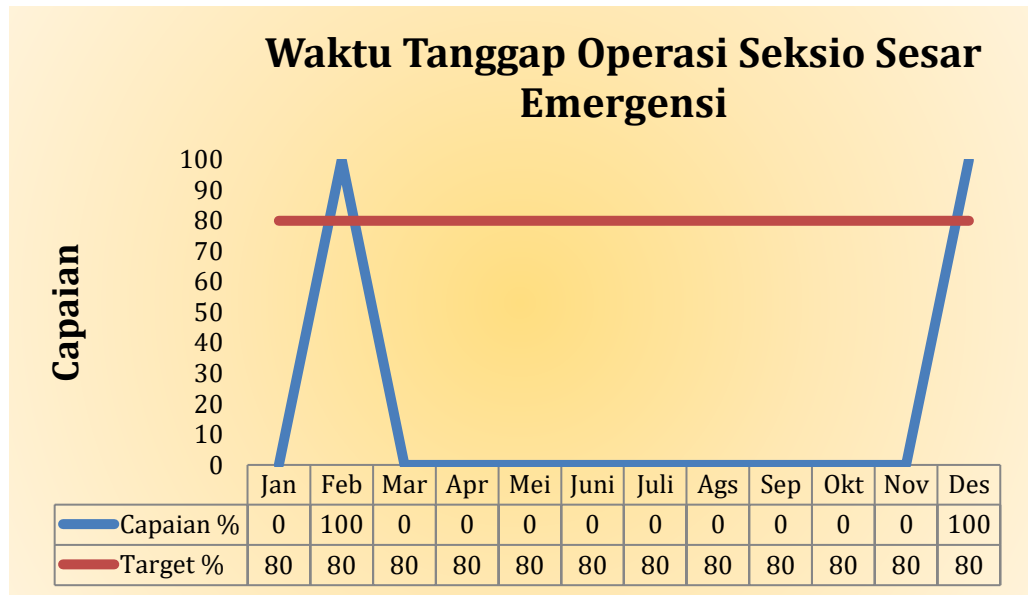
### 3) Kepatuhan Identifikasi Pasien



Sumber : Diolah, Komite Mutu dan Keselamatan Pasien, 2025

Indikator mutu nasional kepatuhan identifikasi pasien pada periode Oktober–Desember telah tercapai dan dipertahankan secara konsisten, yang menunjukkan kinerja sangat baik dalam penerapan keselamatan pasien. Capaian ini mencerminkan pemahaman petugas yang baik terhadap pentingnya identifikasi pasien, didukung oleh pengawasan dan audit yang berjalan efektif, serta ketersediaan sarana identifikasi seperti gelang identitas, label, dan formulir yang memadai. Budaya keselamatan pasien juga mulai terbentuk dan diterapkan secara konsisten di seluruh unit pelayanan. Ke depan, upaya yang dilakukan difokuskan pada pemeliharaan capaian tersebut melalui sosialisasi berkelanjutan, penguatan pengawasan, serta memastikan ketersediaan sarana tetap terjaga agar tidak terjadi penurunan kinerja pada periode berikutnya

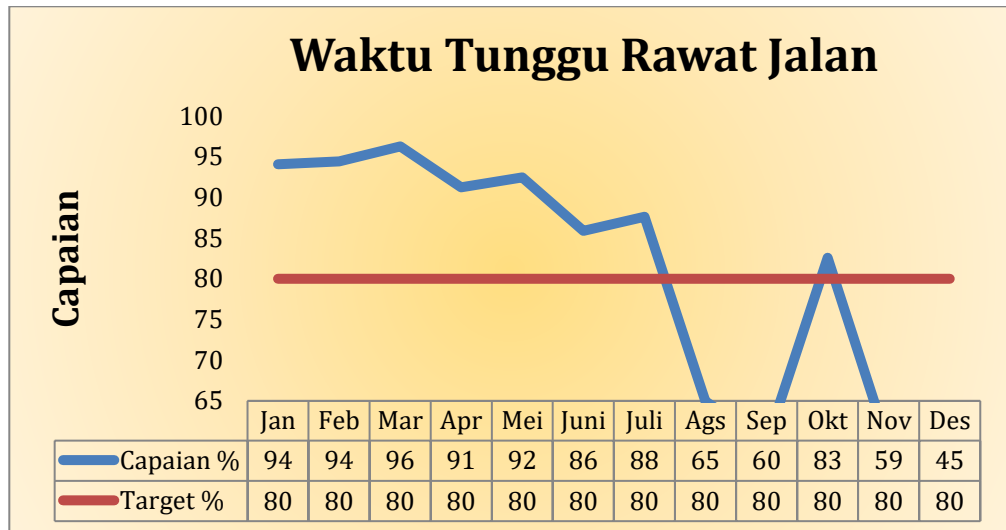
4) Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi



Sumber : Diolah, Komite Mutu dan Keselamatan Pasien, 2025

Capaian indikator waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi pada bulan Oktober dan November tercatat sebesar 0% dan belum memenuhi target nasional, yang disebabkan oleh tidak adanya kasus seksio sesarea emergensi pada periode tersebut, sehingga indikator tidak dapat dihitung secara aktual. Pada bulan Desember, capaian meningkat menjadi 100% dan melampaui target  $\geq 80\%$ , menunjukkan bahwa seluruh kasus seksio sesarea emergensi yang terjadi telah ditangani sesuai standar waktu tanggap, khususnya pada jam dinas pagi, yang mencerminkan kesiapan tim serta alur pelayanan yang berjalan dengan baik saat kasus muncul. Sebagai tindak lanjut, RSUD Ploso akan memperkuat koordinasi lintas unit antara IGD, VK, kamar operasi, dan anestesi, menjaga kesiapan tim obgyn, anestesi, kamar operasi, dan keperawatan selama 24 jam melalui simulasi atau drill penanganan seksio sesarea emergensi secara berkala, melakukan evaluasi indikator setiap bulan meskipun tidak terdapat kasus dengan pencatatan “tidak ada kasus”, serta melakukan sosialisasi ulang definisi operasional indikator untuk menyeragamkan pencatatan waktu keputusan operasi.

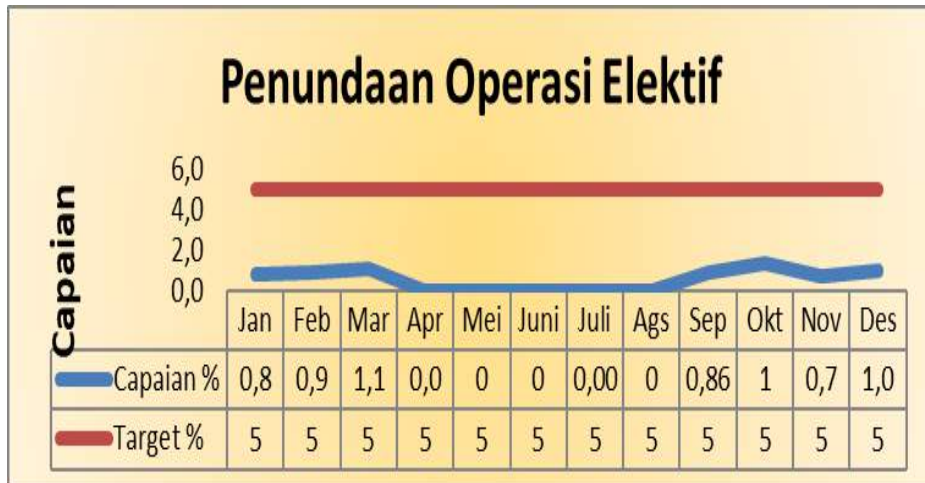
## 5) Waktu Tunggu Rawat Jalan



Sumber : Diolah, Komite Mutu dan Keselamatan Pasien, 2025

Indikator mutu nasional waktu tunggu rawat jalan menunjukkan penurunan capaian pada periode Oktober–Desember, dimana pada bulan Oktober capaian sebesar 83% masih memenuhi target nasional, namun terjadi penurunan tajam pada bulan November menjadi 53% dan kembali menurun pada bulan Desember menjadi 45%, sehingga tidak memenuhi target. Tren penurunan yang berkelanjutan ini mengindikasikan belum efektifnya sistem pelayanan rawat jalan pada periode tersebut dan berpotensi menurunkan kepuasan pasien. Kondisi ini dipengaruhi oleh belum optimalnya pemanfaatan sistem pendaftaran online dan antrian elektronik, lonjakan jumlah kunjungan pasien yang tidak diimbangi dengan efisiensi alur pendaftaran dan administrasi di loket, serta keterbatasan penyesuaian jadwal pelayanan. Sebagai tindak lanjut, diperlukan upaya perbaikan segera dan terstruktur melalui optimalisasi alur pendaftaran dengan peningkatan penggunaan pendaftaran online dan sistem antrian elektronik, penambahan petugas loket pada jam sibuk, perbaikan manajemen jadwal praktek dokter sesuai volume pasien, penguatan koordinasi lintas unit antara pendaftaran, poliklinik, farmasi, dan penunjang, serta sosialisasi dan edukasi kepada pasien agar memanfaatkan pendaftaran melalui Mobile JKN sehingga waktu tunggu di loket dapat ditekan.

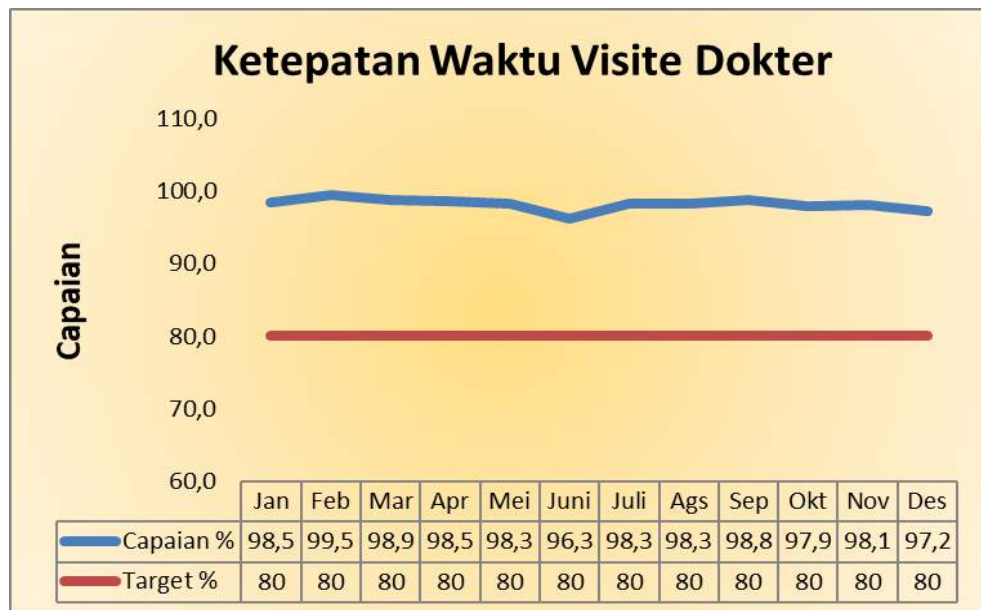
## 6) Penundaan Operasi Elektif



Sumber : Diolah, Komite Mutu dan Keselamatan Pasien, 2025

Berdasarkan grafik capaian penundaan operasi elektif pada periode Oktober–Desember, persentase penundaan tercatat sebesar 1%, dengan capaian terendah pada bulan November sebesar 0,7%, sehingga rata-rata capaian tetap berada di bawah target yang ditetapkan yaitu kurang dari 5%. Kondisi ini menunjukkan bahwa secara umum pelaksanaan operasi elektif berjalan baik dan sesuai jadwal. Penundaan yang terjadi disebabkan oleh faktor klinis dan nonklinis, antara lain adanya penolakan pasien terhadap tindakan amputasi, perubahan kondisi klinis pasien seperti benjolan yang mengecil atau tidak ditemukan saat pemeriksaan, serta pasien anak yang belum memenuhi persyaratan puasa sehingga tindakan operasi harus dibatalkan. Sebagai tindak lanjut, RSUD Ploso akan mempertahankan tingkat penundaan operasi elektif tetap di bawah target melalui peningkatan sosialisasi kepada pasien mengenai pentingnya kepatuhan terhadap jadwal operasi serta pemberian informasi yang jelas dan lengkap terkait persiapan praoperasi, sehingga pelaksanaan operasi elektif dapat berjalan lebih optimal dan terjadwal.

## 7) Ketepatan Waktu Visite Dokter



Sumber : Diolah, Komite Mutu dan Keselamatan Pasien, 2025

Nilai rata-rata kepatuhan visite dokter sebesar 98% menunjukkan tingkat konsistensi dan kedisiplinan yang sangat tinggi dalam pelaksanaan visite pasien tepat waktu, serta telah melampaui target standar mutu yang ditetapkan sebesar 80% dengan selisih yang signifikan. Capaian ini mencerminkan komitmen dokter yang kuat dalam menjalankan tugas sesuai jadwal, didukung oleh prosedur kerja yang jelas serta sistem pengawasan yang berjalan efektif dan efisien. Tindak lanjut yang dilakukan difokuskan pada upaya mempertahankan capaian tersebut melalui monitoring berkala dan penguatan sistem pengendalian, sehingga kepatuhan visite dapat tetap konsisten dan diharapkan meningkat hingga mencapai capaian optimal.

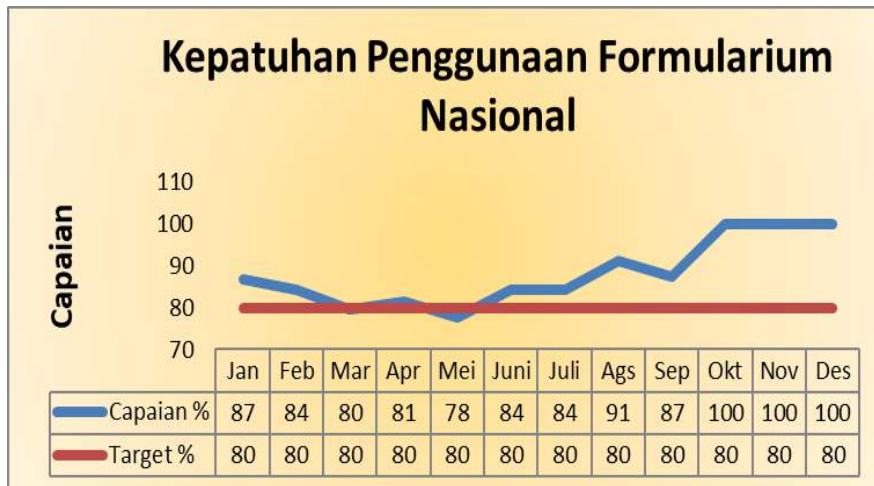
## 8) Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium



Sumber : Diolah, Komite Mutu dan Keselamatan Pasien, 2025

Berdasarkan grafik capaian pelaporan hasil kritis laboratorium, seluruh hasil kritis telah dilaporkan sesuai standar waktu kurang dari 30 menit dengan capaian rata-rata sebesar 100%, sehingga indikator ini telah memenuhi target yang ditetapkan. Capaian tersebut menunjukkan bahwa mekanisme pelaporan hasil kritis laboratorium telah berjalan sangat baik, didukung oleh kepatuhan petugas terhadap prosedur serta alur komunikasi hasil pemeriksaan yang efektif. Tindak lanjut yang dilakukan difokuskan pada upaya mempertahankan capaian melalui monitoring dan evaluasi secara berkala serta sosialisasi berkesinambungan mengenai pentingnya ketepatan waktu pelaporan hasil tes kritis laboratorium guna menjaga keselamatan pasien dan mutu pelayanan.

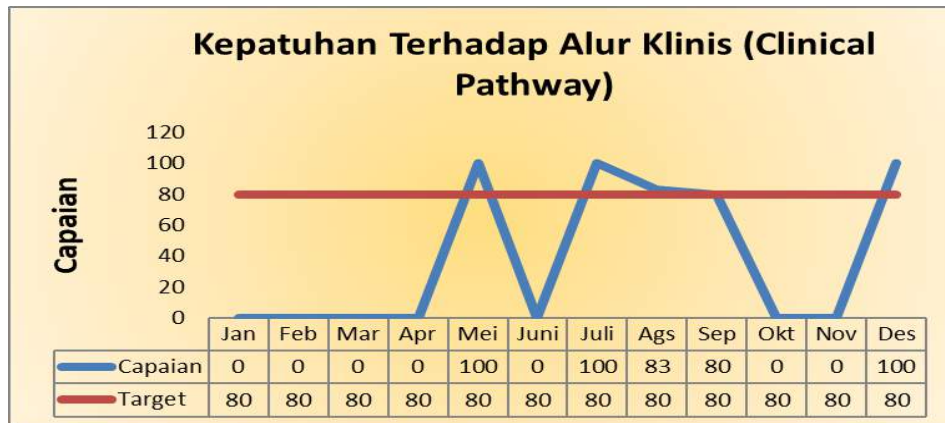
9) Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional



Sumber : Diolah, Komite Mutu dan Keselamatan Pasien, 2025

Berdasarkan grafik capaian kepatuhan penggunaan Formularium Nasional (FORNAS), terlihat adanya tren peningkatan hingga mencapai capaian 100% yang telah melampaui target yang ditetapkan. Capaian ini menunjukkan tingkat kepatuhan dokter yang sangat baik dalam penggunaan obat sesuai FORNAS, didukung oleh ketersediaan obat yang memadai serta pemahaman terhadap kebijakan penggunaan obat rasional. Tindak lanjut ke depan difokuskan pada upaya mempertahankan capaian melalui monitoring berkala, penguatan sistem pengendalian, sosialisasi berkelanjutan kepada dokter mengenai pentingnya penggunaan FORNAS, pemantauan ketersediaan obat secara rutin, serta pembinaan dan pemberian umpan balik secara berkala kepada dokter untuk menjaga konsistensi kepatuhan.

## 10) Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (Clinical Pathway)



Sumber : Diolah, Komite Mutu dan Keselamatan Pasien, 2025

Indikator kepatuhan penerapan *Clinical Pathway* belum tercapai pada bulan Oktober dan November dengan capaian 0% dan tidak memenuhi target nasional, yang kemungkinan disebabkan oleh tidak adanya kasus yang masuk dalam kriteria *Clinical Pathway* pada periode tersebut serta belum optimalnya penerapan dan dokumentasi *Clinical Pathway* dalam pelayanan. Kondisi ini menunjukkan bahwa fokus perbaikan utama tidak hanya pada aspek klinis, tetapi juga pada konsistensi penerapan, pendokumentasian, dan pelaporan indikator setiap bulan. Pada bulan Desember terjadi peningkatan capaian yang sangat signifikan menjadi 100%, yang menunjukkan bahwa ketika *Clinical Pathway* diterapkan dan dipantau secara konsisten, kepatuhan dapat tercapai secara optimal. Tindak lanjut yang dilakukan difokuskan pada penguatan implementasi *Clinical Pathway* melalui sosialisasi ulang kepada dokter dan tenaga kesehatan, penegasan kewajiban penggunaan *Clinical Pathway* pada diagnosis tertentu, standarisasi dokumentasi dalam rekam medis, monitoring kelengkapan pengisian secara berkala, pelaksanaan audit kepatuhan setiap bulan, serta pemberian umpan balik hasil capaian kepada unit terkait guna memperkuat budaya mutu klinis secara berkelanjutan.

## 11) Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Pasien Jatuh



Sumber : Diolah, Komite Mutu dan Keselamatan Pasien, 2025

Pada periode Oktober–Desember, capaian indikator mutu nasional kepatuhan upaya pencegahan pasien risiko jatuh mencapai 100% dan telah memenuhi target nasional secara konsisten. Kondisi ini menunjukkan bahwa upaya pencegahan pasien risiko jatuh telah dilaksanakan secara optimal dan berkelanjutan, mencerminkan mutu pelayanan serta keselamatan pasien yang sangat baik. Capaian tersebut didukung oleh implementasi standar operasional prosedur pencegahan pasien jatuh yang berjalan efektif, pengawasan dan audit internal yang konsisten, serta ketersediaan sarana pendukung seperti gelang risiko jatuh dan *side rail* yang memadai. Ke depan, tindak lanjut difokuskan pada pemeliharaan capaian melalui monitoring berkesinambungan, sosialisasi berkelanjutan, serta penguatan budaya keselamatan pasien agar kinerja tetap terjaga dan berkelanjutan.

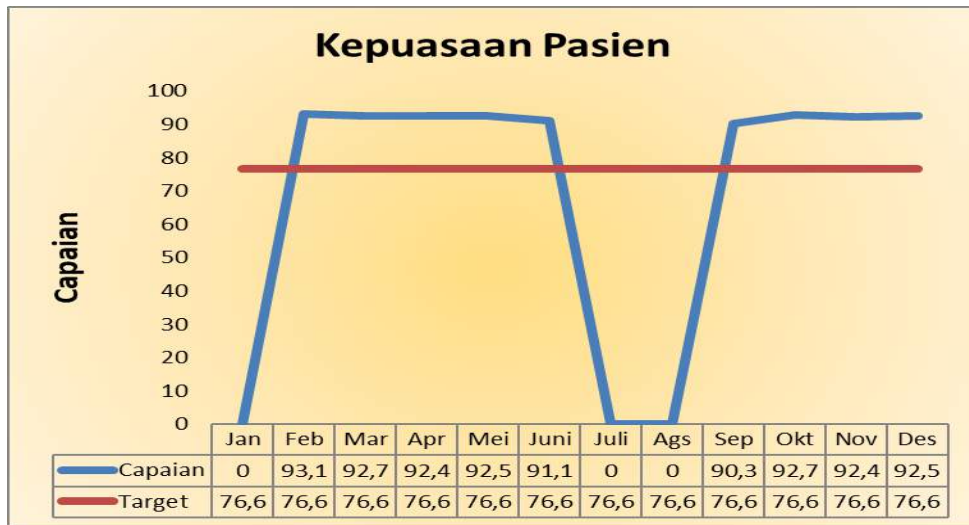
## 12) Kecepatan Waktu Tanggap Complain



Sumber : Diolah, Komite Mutu dan Keselamatan Pasien, 2025

Indikator kecepatan waktu tanggap komplain pada periode Januari–September menunjukkan capaian rata-rata 100% dan telah melampaui standar yang ditetapkan sebesar 80%, yang berarti seluruh komplain yang masuk telah ditindaklanjuti secara cepat dan sesuai dengan waktu yang ditentukan. Capaian ini mencerminkan tingkat responsivitas yang sangat baik dari tim pelayanan dalam menangani keluhan pasien maupun keluarga, didukung oleh sistem pelaporan komplain yang aktif, kesiapsiagaan petugas penanggung jawab, serta pencatatan dan dokumentasi yang tertib. Tindak lanjut difokuskan pada upaya mempertahankan capaian melalui penguatan sistem pengelolaan komplain, evaluasi berkala, serta pemberian apresiasi kepada petugas yang responsif guna menjaga dan meningkatkan mutu pelayanan secara berkelanjutan.

### 13) Kepuasan Pasien



Sumber : Diolah, Komite Mutu dan Keselamatan Pasien, 2025

Indikator kepuasan pasien pada periode Oktober–Desember menunjukkan capaian rata-rata sebesar 93% dan telah melampaui target yang ditetapkan sebesar 76,61%, sehingga mencerminkan tingkat kepuasan pasien yang sangat tinggi. Capaian ini menunjukkan bahwa pelayanan yang diberikan telah sesuai dengan harapan pasien, didukung oleh komunikasi yang efektif, keramahan petugas, ketepatan waktu pelayanan, serta kenyamanan fasilitas. Tindak lanjut difokuskan pada upaya mempertahankan kualitas pelayanan melalui penguatan aspek-aspek tersebut, memastikan sistem survei kepuasan berfungsi secara optimal agar data dapat dikumpulkan secara lengkap dan berkelanjutan, serta meningkatkan sosialisasi mengenai mekanisme pengaduan yang tepat, baik melalui Sukma Santri maupun kanal pengaduan daring.

#### b. Status Akreditasi RS

Indikator Kinerja Status Akreditasi Rumah Sakit digunakan untuk menggambarkan komitmen RSUD Ploso dalam mempertahankan mutu pelayanan dan keselamatan pasien sesuai standar akreditasi nasional. Berdasarkan hasil penilaian akreditasi oleh lembaga akreditasi yang berwenang, RSUD Ploso telah memperoleh status Akreditasi Paripurna

pada Bulan Juni Tahun 2023, yang berlaku sampai dengan bulan Mei Tahun 2027.

**Gambar 3.2**  
**Sertifikat Akreditasi RSUD Ploso**



Dengan capaian status akreditasi paripurna yang berlaku maka pada tahun pelaporan, RSUD Ploso telah memenuhi target indikator kinerja status akreditasi rumah sakit. Kondisi ini menunjukkan bahwa sistem pelayanan, manajemen rumah sakit, serta penerapan standar mutu dan keselamatan pasien telah sesuai dengan standar nasional yang ditetapkan oleh lembaga akreditasi.

Sesuai dengan ketentuan yang berlaku, rumah sakit wajib melaksanakan re-akreditasi paling lambat 6 (enam) bulan sebelum masa berlaku sertifikat akreditasi berakhir. Sehubungan dengan hal tersebut, RSUD Ploso telah merencanakan pelaksanaan re-akreditasi pada akhir tahun 2026 sebagai bentuk kesiapan dan komitmen dalam menjaga kesinambungan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.

Selama masa berlaku sertifikat akreditasi, RSUD Ploso secara berkelanjutan melakukan upaya pemeliharaan dan peningkatan mutu melalui penerapan standar akreditasi, pelaksanaan evaluasi internal, monitoring indikator mutu, serta tindak lanjut atas hasil penilaian dan rekomendasi perbaikan. Dengan demikian, capaian indikator status akreditasi tidak hanya dipahami sebagai hasil penilaian formal, tetapi juga sebagai komitmen berkelanjutan terhadap peningkatan kualitas pelayanan kesehatan.

c. Indeks Reformasi Birokrasi Perangkat Daerah

Hasil evaluasi Reformasi Birokrasi (RB) RSUD Ploso tahun 2025 menunjukkan Indeks Reformasi sebesar 77.49 dengan kategori BB (sangat baik), mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2024 yang memperoleh nilai 71.95. Peningkatan ini mencerminkan adanya perbaikan kinerja birokrasi secara umum, khususnya pada aspek capaian sasaran strategis RB yang berorientasi pada hasil, meskipun masih terdapat beberapa kelemahan pada aspek strategi pelaksanaan RB.

**Tabel 3.5**  
**Hasil Evaluasi Indeks Reformasi Birokrasi**  
**RSUD Ploso Kabupaten Jombang**  
**Tahun 2025**

No	Komponen	Bobot	Nilai	
			2024	2025
1	<b>CAPAIAN STRATEGI PELAKSANAAN REFORMASI BIROKRASI PERANGKAT DAERAH</b>	<b>10%</b>	<b>5.34</b>	<b>3.33</b>
	Pengelolaan Reformasi Birokrasi	2%	2.00	0.75
	Rencana Aksi	4%	1.33	1.33
	Monitoring dan Evaluasi	4%	2.01	1.23
2	<b>CAPAIAN SASARAN STRATEGIS PELAKSANAAN REFORMASI BIROKRASI PERANGKAT DAERAH</b>	<b>90%</b>	<b>66.61</b>	<b>74.15</b>

No	Komponen	Bobot	Nilai	
			2024	2025
	Tata Kelola Pemerintahan Digital yang lincah, kolaboratif, dan akuntabel pada Pemerintah Kabupaten Jombang	50%	39.37	40.72
	Budaya birokrasi BerAKHLAK dengan ASN Pemerintah Kabupaten Jombang yang profesional	40%	27.24	33.44

Sumber : Hasil Evaluasi Reformasi Birokrasi RSUD Ploso, 2025

Peningkatan nilai RB secara signifikan terutama didorong oleh kenaikan capaian sasaran strategis pelaksanaan reformasi birokrasi, yang pada tahun 2025 mencapai nilai 74.15 dari bobot 90%, meningkat dibandingkan tahun 2024 sebesar 66.61. Capaian ini menunjukkan bahwa pelaksanaan RB di RSUD Ploso mulai memberikan dampak nyata terhadap tata kelola organisasi, khususnya pada penguatan pemerintahan digital, peningkatan kualitas pelayanan publik, pengelolaan pengaduan masyarakat, serta peningkatan indeks kepuasan masyarakat dan pelayanan publik.

Pada dimensi tata kelola pemerintahan digital yang lincah, kolaboratif, dan akuntabel, RSUD Ploso menunjukkan kinerja yang relatif baik, tercermin dari meningkatnya nilai Indeks Penerapan SPBE, Indeks Perencanaan Pembangunan, tingkat pembangunan ZI, Indeks Persepsi Anti Korupsi, Indeks Pengawasan Kearsipan, Indeks Tata kelola Pengadaan, Indeks Pengelolaan Aset.

Pada dimensi Budaya Birokrasi BerAKHLAK dengan ASN Pemerintah Kabupaten Jombang yang profesional, RSUD Ploso menunjukkan kinerja yang relatif baik, tercermin dari meningkatnya nilai Indeks Profesionalitas ASN dan Indeks Kepuasan Masyarakat.

Secara keseluruhan, hasil evaluasi Reformasi Birokrasi RSUD Ploso tahun 2025 menunjukkan hasil (*outcome*) pelaksanaan RB telah menunjukkan perbaikan yang signifikan, namun masih perlu diimbangi dengan penguatan proses dan strategi pelaksanaan RB agar peningkatan kinerja birokrasi dapat berlangsung secara berkelanjutan. Kedepan RSUD

Ploso perlu memfokuskan upaya pada peningkatan kualitas perencanaan aksi RB, penguatan monitoring dan evaluasi internal, internalisasi budaya kerja BerAKHLAK secara konsisten, serta pengelolaan perubahan yang lebih terstruktur, sehingga capaian Reformasi Birokrasi tidak hanya bersifat administratif, tetapi benar-benar memberikan dampak nyata terhadap kualitas pelayanan kesehatan dan kepuasan masyarakat. Berikut rincian penilaian Reformasi Birokrasi RSUD Ploso Tahun 2025.

**Tabel 3.6**  
**Hasil Evaluasi Pelaksanaan Reformasi Birokrasi**  
**RSUD Ploso Tahun 2025**

No	Indikator Kegiatan Utama	Nilai		Catatan	Rekomendasi	Pengampu Indikator
		2024	2025			
A	<b>CAPAIAN STRATEGI PELAKSANAAN REFORMASI BIROKRASI PERANGKAT DAERAH</b>	<b>5.34</b>	<b>3.33</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Tidak dilakukan pembentukan Agen Perubahan, serta dokumen-dokumen pelaksanaan reformasi birokrasi belum ditetapkan termasuk pembentukan tim. - Belum seluruh hasil evaluasi tahun sebelumnya ditindaklanjuti maupun secara substansi belum cukup menjawab rekomendasi, seperti rekomendasi pada Indeks Pengelolaan Aset Daerah yang pada tahun 2024 telah merekomendasikan hal-hal penting yang perlu diperhatikan seperti keselarasan antara RKBMD dan RKA, ketepatan waktu pelaporan dan entry data</li> <li>● Kualitas rencana aksi kurang optimal, hanya berbasis pemenuhan dokumen serta belum seluruh rencana aksi logis untuk mewujudkan perbaikan tata kelola</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mempercepat proses dan upaya perubahan secara berkelanjutan melalui pengelolaan Agen Perubahan sesuai dengan Peraturan Bupati Nomor 72 Tahun 2022 tentang Pembangunan Agen Perubahan di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Jombang - Melakukan perbaikan rencana aksi secara sungguh sungguh melalui perumusan rencana aksi yang efektif, efisien dan inovatif berdasarkan permasalahan riil yang dihadapi serta dengan mempertimbangkan hasil evaluasi ini berikut indikator rencana aksi yang menggambarkan hasil/perubahan konkret agar cukup untuk mengungkit ketercapaian target Indikator pembangunan RB PD.</li> <li>● Menyempurnakan proses Monev Internal dengan menganalisis secara sungguh-</li> </ul>	

No	Indikator Kegiatan Utama	Nilai		Catatan	Rekomendasi	Pengampu Indikator
		2024	2025			
				<p>secara substantif sesuai dengan sasaran RB seperti pada pelaksanaan SAKIP yang seluruh rencana aksi adalah penyusunan dokumen, akan lebih baik adanya kegiatan/perubahan seperti meningkatkan kualitas perencanaan melalui penjenjangan kinerja sesuai dengan ketentuan, ataupun menindaklanjuti seluruh rekomendasi AKIP tahun sebelumnya dengan indikator persentase rekomendasi yang ditindaklanjuti.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Kurang optimalnya proses Monev Internal dalam mengawal dan memastikan kualitas perencanaan hingga efektivitas pelaksanaan pembangunan RB dalam rangka memaksimalkan capaian pembangunan RB, jika dilihat dari hasil evaluasi hanya melihat keterpenuhan rencana aksi tanpa</li> </ul>	<p>sungguh kecukupan rencana aksi dalam mendukung pencapaian RB PD, yang nantinya rencana tindak lanjut diwujudkan dengan penambahan/perubahan rencana aksi untuk dilaksanakan pada periode/triwulan berikutnya.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Lakukan langkah-langkah peningkatan pemahaman dan penguatan komitmen Pelaksanaan Reformasi Birokrasi seluruh pegawai khususnya Tim RB PD</li> </ul>	

No	Indikator Kegiatan Utama	Nilai		Catatan	Rekomendasi	Pengampu Indikator
		2024	2025			
				adanya analisis atas daya ungkit/efektivitas rencana aksi		
<b>B</b>	<b>CAPAIAN SASARAN STRATEGIS PELAKSANAAN REFORMASI BIROKRASI PERANGKAT DAERAH</b>					
<b>I</b>	<b>Tata Kelola Pemerintahan digital yang lincah, kolaboratif, dan akuntabel pada Pemerintah Kabupaten Jombang</b>					
1	Tingkat Penataan Kelembagaan Perangkat Daerah		87.06	Mencerminkan bahwa dari sisi struktur dan proses, organisasi dinilai tergolong sangat efektif. Struktur dan proses organisasi yang ada dinilai mempunyai kemampuan sangat tinggi untuk mengakomodir kebutuhan internal organisasi dan sangat mampu beradaptasi terhadap dinamika perubahan lingkungan eksternal organisasi.		Bagian Organisasi
2	Tingkat Implementasi Sistem Kerja Baru	2.0	4.00	Telah dibentuk Tim Kerja Baru sesuai dengan Peraturan Bupati Nomor 122 Tahun 2023 tentang Sistem Kerja untuk Penyederhanaan Birokrasi di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Jombang dan pengelolaan sistem kerja tersebut telah memanfaatkan aplikasi e-Kinerja BKN	Segera melaksanakan reviu dan evaluasi SOP dan Proses Bisnis Perangkat Daerah dengan memperhatikan efektivitas dan efisiensi yang dihasilkan oleh Tim Kerja yang telah dibentuk dan dituangkan ke dalam dokumen resmi Perangkat Daerah	Bagian Organisasi

No	Indikator Kegiatan Utama	Nilai		Catatan	Rekomendasi	Pengampu Indikator
		2024	2025			
				namun belum ditemukan adanya penyesuaian SOP dan Proses Bisnis (Probis) Perangkat Daerah yang menunjukkan adanya efisiensi dan efektivitas tim kerja tersebut dalam pelaksanaan tugas dan fungsi Perangkat Daerah		
3	Indeks Penerapan SPBE	83.85	95.33			Dinas Komunikasi dan Informatika
4	Indeks Perencanaan Pembangunan	97.98	98.39			BAPPEDA
5	Nilai SAKIP	77.01	70.02	Catatan atas implementasi AKIP dapat dilihat pada uraian c Laporan Hasil Evaluasi AKIP Perangkat Daerah Tahun 2025	Menindak lanjuti rekomendasi tim Evaluator yang tercantum pada uraian huruf d Laporan Hasil Evaluasi AKIP Perangkat Daerah Tahun 2025	Bagian Organisasi
6	Tingkat Digitalisasi Layanan	100.00	4.00	Tingkat 4 — Orkestrasi Lintas-OPD Catatan: Kepuasan yang sangat tinggi menunjukkan pengalaman pengguna lintas layanan yang lancar, standar yang	Rekomendasi: 1. Mengukuhkan tata kelola One-Data melalui penetapan data steward, aturan mutu data, serta prefill untuk layanan prioritas.	Bagian Organisasi

No	Indikator Kegiatan Utama	Nilai		Catatan	Rekomendasi	Pengampu Indikator
		2024	2025			
				konsisten, serta kepastian layanan pada skala antar-OPD.	<p>2. Membangun pusat integrasi (API gateway/ESB) dan penyeragaman nomor tiket lintas kanal (web, WA, loket).</p> <p>3. Mengoperasionalkan observability (pemantauan SLA/SLI: latensi, tingkat kesalahan, ketersediaan) disertai sistem peringatan insiden.</p> <p>4. Memformalkan manajemen perubahan (change management) agar perluasan fitur tidak menurunkan tingkat kepuasan</p>	
7	Tingkat Pembangunan ZI	2.00	3.50	Telah menunjukkan progres dan keterpenuhan kriteria untuk diusulkan menjadi unit WBK/WBBM sesuai dengan ketentuan namun terdapat beberapa kriteria dalam LKE yang belum terisi dan bukti dukung belum menunjukkan pembangunan telah berjalan minimal 1 tahun	Terus melakukan penguatan dan perbaikan program pembangunan Zona Integritas secara berkelanjutan berdasarkan isu strategis atau permasalahan permasalahan yang dihadapi sesuai dengan PERMENPAN RB Nomor 90 Tahun 2021, lengkapi lembar kerja evaluasi dan apabila memungkinkan dapat mengajukan diri untuk dapat diusulkan penilaian oleh Tim Penilai Nasional melalui Bagian Organisasi Sekretariat Daerah	Bagian Organisasi

No	Indikator Kegiatan Utama	Nilai		Catatan	Rekomendasi	Pengampu Indikator
		2024	2025			
8	Maturitas SPIP	3.24	0	Tidak dilakukan evaluasi implementasi Sistem Pengendalian Internal Pemerintah di tingkat Perangkat Daerah (SPIP dilakukan penilaian per Kabupaten, dan pada saat hasil evaluasi keluar, hasil penilaian maturitas SPIP daerah belum keluar)	Melakukan upaya peningkatan implementasi Sistem Pengendalian Internal Pemerintah di tingkat Perangkat Daerah sesuai dengan ketentuan dan berkoordinasi dengan Tim SPIP Kabupaten	Inspektorat
9	Tingkat Tindak Lanjut Pengaduan Masyarakat	5.00	5.00	HASIL KERJA KONSISTEN DAN SANGAT MEMUASKAN	PERTAHANKAN KINERJA YANG SUDAH BAIK	Dinas Komunikasi dan Informatika
10	Indeks Persepsi Anti Korupsi	3.64	3.79	Sangat jarang terjadi praktik korupsi	Perangkat Daerah agar memperkuat sistem anti korupsi, pengawasan, dan pengendalian, menerapkan prinsip integritas, transparan, dan akuntabel, serta berinovasi dalam upaya pencegahan korupsi.	Bagian Organisasi
11	Indeks Pengawasan Kearsipan	67.47	72.16	Catatan atas pengelolaan arsip Perangkat Daerah dapat dilihat pada Risalah Hasil Audit Sementara Tahun 2025	Menindak lanjuti rekomendasi tim Evaluator yang tercantum Risalah Hasil Audit Sementara Tahun 2025	Dinas Perpustakaan dan Kearsipan

No	Indikator Kegiatan Utama	Nilai		Catatan	Rekomendasi	Pengampu Indikator
		2024	2025			
12	Indeks Tata Kelola Pengadaan	80.00	85.00			Bagian Pengadaan Barang/Jasa
13	Indeks Pengelolaan Keuangan	97.44	85.87	Memuaskan dengan Catatan	OK	BPKAD
14	Indeks Pengelolaan Aset	77.67	94.25	Komponen A (Prosesntase Ketepatan Perencanaan dengan Realisasi Pengadaan) Terdapat ketidaksesuaian antara rencana pengadaan pada RKBMD dengan realisasi belanja BMD Komponen B (Ketepatan Waktu Penyampaian Laporan Bulanan) Terdapat beberapa laporan bulanan yang penyampaiannya terlambat Komponen C (Kesesuaian Data Belanja Modal Pada Aplikasi Penatausahaan Aset Dengan Penatausahaan Keuangan) Sudah sesuai	KOMPONEN A Pastikan RKBMD selaras dengan RKA dan aset riil yang akan dibeli oleh perangkat daerah. Karena masih dijumpai antara RKBMD dan RKA sama tetapi riil barang yang dibeli tidak sama, maka hal ini akan mengurangi penilaian. Dibutuhkan komunikasi yang baik antara seluruh elemen di dalam perangkat daerah sehingga tercipta keselarasan informasi yang dituangkan dalam dokumen secara benar. Perlu diperhatikan juga terkait Pemeliharaan BMD, yang boleh dipelihara adalah barang dalam kondisi baik atau rusak ringan. Barang yang sudah diklasifikasikan ke dalam kondisi rusak	BPKAD

No	Indikator Kegiatan Utama	Nilai		Catatan	Rekomendasi	Pengampu Indikator
		2024	2025			
					<p>berat tidak diperkenankan untuk dipelihara. Selain itu yang boleh dianggarkan pemeliharaannya adalah barang yang tercatat dalam Kartu Inventaris Barang perangkat daerah yang bersangkutan. Jadi jika belum tercatat di dalam KIB maka tidak bisa dianggarkan belanja pemeliharaannya.</p> <p><b>KOMPONEN B</b></p> <p>Laporan pengadaan bulanan wajib dilaporkan kepada BPKAD dengan batas waktu maksimal tanggal 10 bulan berikutnya. Jika pelaporan melebihi tanggal 10 berikutnya, maka akan dianggap terlambat dan mengurangi nilai IPA SKPD. Yang harus diperhatikan bagi perangkat daerah adalah batas waktu ini merupakan batas waktu diterimanya laporan BMD oleh Pengelola Barang cq. BPKAD, karena hal ini merupakan salah satu poin indikator MCP KPK dimana pengelola barang cq. BPKAD wajib merekap dan menyajikan bukti tanda</p>	

No	Indikator Kegiatan Utama	Nilai		Catatan	Rekomendasi	Pengampu Indikator
		2024	2025			
					<p>terima laporan BMD dari perangkat daerah untuk diupload dalam aplikasi sijaga milik MCP KPK. Jadi bukan tanggal pembuatan laporan tetapi tanggal diterimanya laporan oleh Pengelola Barang sesuai bukti tanda terima baik elektronik maupun fisik</p> <p>KOMPONEN C</p> <p>Hasil entri pada aplikasi penatausahaan aset telah sesuai dengan data belanja modal.</p>	
II	Tingkat Tindak Lanjut Rekomendasi APIP	0				
A	<b>Budaya Birokrasi BerAKHLAK dengan ASN Pemerintah Kabupaten Jombang yang Profesional</b>					
1	Tingkat Pengelolaan Kinerja Pegawai	100.00	90.00	Indikator Pelaksanaan belum Optimal, dari angka maksmla 10 tercapai nilai 0	Perlu meningkatkan kualitas pelaksanaan kinerja melalui penyusunan bukti dukung yang lebih lengkap dan relevan agar capaian kinerja dapat dinilai secara akurat	BKPSDM

No	Indikator Kegiatan Utama	Nilai		Catatan	Rekomendasi	Pengampu Indikator
		2024	2025			
2	Tingkat Internalisasi Core Value ASN	0.00	60.51	Upaya internalisasi yang telah dilakukan belum efektif dalam menanamkan budaya kerja yang telah ditentukan. Pemahaman nilai hanya menjadi slogan atau administratif saja, tetapi konsistensi pelaksanaan belum terlihat merata di organisasi.	Tegaskan kembali komitmen pimpinan dan implementasinya dalam aktivitas kerja. Kuatkan dalam mekanisme kerja dan manajemen kinerja untuk dievaluasi secara berkelanjutan dan diberikan feedback perilaku kerja agar nilai berAKHLAK melekat pada cara kerja, bukan hanya slogan dan tertera dalam dokumen administratif.	Bagian Organisasi
4	Indeks Pelayanan Publik	4.59	4.62	Sesuai LHE	Sesuai LHE	Bagian Organisasi
5	Indeks Kepuasan Masyarakat	88.59	92.20	untuk menyusun RTL dari 3 unsur terendah	segera melakukan Tindak Lanjut dari RTL yg ditetapkan	Bagian Organisasi

Sumber : Hasil Evaluasi Reformasi Birokrasi RSUD Ploso, 2025

**Tabel 3.7**  
**Capaian Indikator Kinerja Program**

PROGRAM	INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	PERSENTASE CAPAIAN
1. Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/ Kota	Nilai Evaluasi AKIP Perangkat Daerah	70	70.02	110%
2. Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat	Persentase capaian Indikator Mutu Prioritas RS lingkup Manajemen	70%	92.78%	132.54%
	Persentase capaian Indikator Mutu Prioritas RS lingkup Pelayanan	78%	88.89%	113.96%
	Nilai Akreditasi RS	88	82.21	93.42%

Sumber : diolah oleh Unit Perencanaan RSUD Ploso, 2025

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat realisasi program yang telah memenuhi target dan kurang dari target. Berikut ini akan dilakukan pembahasan dari masing-masing capaian program dan kegiatan tersebut.

a. Nilai Evaluasi AKIP RSUD Ploso

Indikator ini memiliki target nilai 70 dengan realisasi 77.02 sehingga capaian kinerja sebesar 110%. Realisasi ini sudah sesuai target. Berikut ini akan dijelaskan secara rinci tentang hasil penilaian AKIP pada tahun 2025.

**Tabel 3.8**  
**Hasil Evaluasi atas Implementasi SAKIP RSUD Ploso**

No	Komponen	Bobot	Nilai Akhir	
			2024	2025
1	Perencanaan Kinerja	30.00	26.67	21.30
2	Pengukuran Kinerja	30.00	20.73	21.00
3	Pelaporan Kinerja	15.00	9.05	10.20
4	Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Internal	25.00	20.56	17.52
<b>Nilai Hasil Evaluasi</b>			<b>77.01</b>	<b>70.02</b>

No	Komponen	Bobot	Nilai Akhir	
			2024	2025
	<b>Predikat Akuntabilitas Kinerja</b>		<b>BB</b>	<b>BB</b>

Sumber : Hasil Evaluasi AKIP RSUD Ploso, 2025

Meskipun Rumah Sakit Umum Daerah Ploso telah berupaya untuk menindaklanjuti rekomendasi tahun sebelumnya, namun hasil evaluasi menunjukkan bahwa tindak lanjut yang dilakukan belum optimal, dan kualitas akuntabilitas kinerja Rumah Sakit Umum Daerah mengalami penurunan. Pada tahun 2025, hasil evaluasi atas akuntabilitas kinerja Rumah Sakit Umum Daerah Ploso menunjukkan nilai sebesar 70.02 dengan predikat BB. Hal tersebut menunjukkan bahwa implementasi akuntabilitas kinerja “Sangat Baik”, yaitu terdapat gambaran bahwa AKIP sangat baik pada sebagian besar unit kerja. Akuntabilitas yang sangat baik ditandai dengan mulai terwujudnya efisiensi penggunaan anggaran dalam mencapai kinerja, memiliki sistem manajemen kerja yang andal serta pengelolaan kinerja secara berkelanjutan telah dilakukan sampai ke level eselon 3/ koordinator.

b. Persentase Capaian Indikator Mutu Prioritas RS lingkup Manajemen

Persentase capaian indikator mutu prioritas RS lingkup manajemen pada triwulan 4 tahun 2025 menunjukkan hasil yang sangat baik, dengan target sebesar 70%, realisasi 92.78% dan tingkat capaian mencapai 132.54%. Indikator ini mengukur kelengkapan pengisian rekam medis dalam waktu 24 jam setelah pelayanan selesai pada triwulan 4 tahun 2025, yang merupakan salah satu aspek penting dalam tata kelola pelayanan dan mutu manajemen rumah sakit.

Tingginya capaian indikator ini mencerminkan meningkatnya kepatuhan tenaga kesehatan dalam melengkapi rekam medis tepat waktu, serta efektivitas pengawasan dan koordinasi antara unit pelayanan, instalasi rekam medis, dan manajemen rumah sakit. Pencapaian yang melampaui target juga menunjukkan bahwa kebijakan dan sosialisasi terkait kewajiban

pengisian rekam medis telah dipahami dan diimplementasikan secara konsisten di sebagian besar unit pelayanan

Keberhasilan capaian ini didukung oleh penguatan sistem monitoring kelengkapan rekam medis, peningkatan peran kepala ruangan dan penanggung jawab pelayanan dalam melakukan pengawasan, serta pemanfaatan hasil evaluasi kelengkapan rekam medis sebagai dasar pembinaan dan perbaikan.

#### c. Persentase Capaian Indikator Mutu Prioritas RS lingkup Pelayanan

Persentase capaian indikator prioritas RS lingkup pelayanan menunjukkan kinerja yang sangat baik, dengan target sebesar 78% dan realisasi capaian mencapai 88.89% sehingga persentase capaian kinerja tercatat sebesar 113.96%. Capaian ini menunjukkan bahwa secara agregat, sebagian besar indikator prioritas pelayanan telah memenuhi bahkan melampaui target yang ditetapkan, serta mencerminkan komitmen RSUD Ploso dalam menjaga mutu pelayanan dan keselamatan pasien.

Dari 9 (sembilan) indikator prioritas lingkup pelayanan yang diukur, 8 (delapan) indikator telah memenuhi target, antara lain:

- 1) Kepatuhan verifikasi identitas pasien;
- 2) Ketepatan waktu pelaporan nilai kritis radiologi kurang dari  $\leq 30$  menit;
- 3) Kepatuhan pemberian label *high alert* di gudang obat farmasi;
- 4) Kepatuhan pelaksanaan prosedur *site marking* operasi;
- 5) Kepatuhan kebersihan tangan di ruang ICU dan PICU;
- 6) Kepatuhan pemasangan penandaan risiko jatuh oleh petugas IGD
- 7) Kepatuhan terhadap alur klinis (*clinic pathway*) pasien bedah umum pada kasus hernia inguinalis (HIL);
- 8) Pengendalian kejadian phlebitis pada pasien Rawat Inap.

Namun demikian, terdapat 1 (satu) indikator yang belum memenuhi target, yaitu kepatuhan pelaksanaan asesmen awal medis pasien bedah umum di rawat inap. Kondisi ini mengindikasikan bahwa masih terdapat ketidakkonsistenan dalam penerapan dan pendokumentasian asesmen awal medis sesuai standar yang ditetapkan. Faktor yang mempengaruhi capaian indikator tersebut antara lain variasi kepatuhan tenaga medis,

beban kerja, serta belum optimalnya pengawasan dan monitoring terhadap kelengkapan asesmen awal pada pasien bedah umum,

Secara keseluruhan, capaian indikator prioritas lingkup pelayanan yang mampu melampaui target menunjukkan bahwa mutu pelayanan RSUD Ploso berada pada kondisi yang baik dan terjaga. Meskipun demikian, diperlukan upaya perbaikan yang lebih terfokus pada indikator yang belum memenuhi target melalui penguatan sosialisasi standar asesmen awal, peningkatan pengawasan dan audit klinis, serta pemberian umpan balik kepada unit terkait. Langkah tersebut diharapkan dapat meningkatkan konsistensi pelaksanaan pelayanan klinis dan mempertahankan capaian kinerja indikator mutu prioritas lingkup pelayanan secara berkelanjutan.

#### d. Nilai Akreditasi RS

Nilai akreditasi rumah sakit merupakan gambaran tingkat pemenuhan standar akreditasi yang dinilai berdasarkan elemen penilaian pada seluruh Program Kerja (Pokja) dalam Tim Akreditasi Rumah Sakit. Penilaian ini dilaksanakan melalui mekanisme *Self-Assessment* (SA) yang disusun dan dilakukan secara objektif oleh tim asesor internal RSUD Ploso, dengan mengacu pada standar akreditasi rumah sakit dan mensimulasikan kondisi pelaksanaan survei akreditasi yang sesungguhnya.

Pelaksanaan *Self Assessment* bertujuan untuk mengukur kesiapan rumah sakit dalam memenuhi standar akreditasi, mengidentifikasi kesenjangan (*gap*) terhadap standar yang telah ditetapkan, serta menjadi dasar dalam penyusunan rencana tindak lanjut perbaikan. Proses penilaian dilakukan secara menyeluruh terhadap seluruh elemen penilaian, mencakup aspek tata kelola, pelayanan klinis, keselamatan pasien, serta dukungan manajemen, sehingga hasil penilaian yang diperoleh dapat mencerminkan kondisi riil penerapan standar di RSUD Ploso. Hasil *Self-Assessment* selanjutnya disajikan dalam bentuk tabel nilai seluruh pokja yang menggambarkan capaian masing-masing kelompok kerja sebagai berikut:

**Tabel 3.9**  
**Nilai Akreditasi RSUD Ploso**  
**Tahun 2025**

<b>No</b>	<b>Pokja</b>	<b>Nilai</b>	<b>Capaian</b>
1	Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS)	515	80,47%
2	Kualifikasi Pendidikan dan Staf (KPS)	540	66,67%
3	Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)	620	87,32%
4	Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)	390	88,64%
5	Manajemen Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (MRMIK)	430	87,76%
6	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	510	82,26%
7	Pendidikan dan Pelayanan Kesehatan (PPK)	170	73,91%
8	Akses dan Kontinuitas Pelayanan (AKP)	585	87,31%
9	Hak Pasien dan Keluarga (HPK)	380	97,44%
10	Pengkajian Pasien (PP)	485	83,62%
11	Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP)	395	77,45%
12	Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)	380	100,00%
13	Pelayanan Kefarmasian Penggunaan Obat (PKPO)	470	88,68%
14	Komunikasi dan Edukasi (KE)	220	88,00%
15	Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)	200	83,33%
16	Program Nasional (PROGNAS)	225	42,45%
<b>RATA – RATA</b>		<b>407,19</b>	<b>82,21%</b>

*Sumber : Hasil SA Tim Akreditasi, 2025*

Berdasarkan hasil *Self-Assessment* (SA) terhadap seluruh pokja Akreditasi RSUD Ploso, diperoleh nilai rata-rata sebesar 82.21 yang menunjukkan bahwa secara umum tingkat pemenuhan standar akreditasi berada pada kategori baik atau paripurna. Hasil ini mencerminkan bahwa sebagian besar elemen penilaian telah diterapkan dan didokumentasikan, meskipun masih terdapat beberapa area yang memerlukan penguatan dan penyempurnaan sebelum pelaksanaan survey akreditasi yang sesungguhnya.

Capaian tertinggi ditunjukkan oleh Pokja Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB) dengan nilai capaian 100%, yang menggambarkan kesiapan pelayanan bedah dan anestesi baik dari aspek klinis, keselamatan pasien, maupun kepatuhan terhadap standar operasional. Selain itu, Pokja Hak Pasien dan Keluarga (HPK) serta Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) juga menunjukkan capaian yang sangat baik, masing-masing sebesar 97.44 dan 88.64 yang menandakan bahwa prinsip keselamatan pasien, pemenuhan hak pasien, serta pengelolaan mutu telah menjadi perhatian utama dan relatif terinternalisasi dalam pelayanan.

Beberapa pokja lain seperti Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK), Manajemen Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (MRMIK), Akses dan Kontinuitas Pelayanan (AKP), serta Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) menunjukkan capaian di atas 80, yang mengindikasikan bahwa sistem pendukung pelayanan dan manajemen risiko telah berjalan dengan cukup baik. Namun demikian, capaian tersebut masih memerlukan penguatan pada aspek konsistensi penerapan, kelengkapan dokumentasi serta keterlibatan lintas unit dalam pemenuhan elemen penilaian.

Di sisi lain, terdapat beberapa pokja dengan capaian yang masih berada di bawah rata-rata, antara lain Kualifikasi Pendidikan dan Staf (KPS) dengan capaian 66.67, Pendidikan dan Pelayanan Kesehatan (PPK) sebesar 73.91, serta Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP) sebesar 77.45. Kondisi ini menunjukkan bahwa pemenuhan standar terkait pengelolaan SDM, pendidikan berkelanjutan, serta integrasi asuhan pasien masih memerlukan perhatian khusus, terutama dalam hal perencanaan, pelaksanaan dan pendokumentasian sesuai standar akreditasi.

Capaian terendah terdapat pada Pokja Program Nasional (PROGNAS) dengan nilai 42.45 yang mengindikasikan bahwa implementasi dan dokumentasi program nasional belum sepenuhnya terintegrasi ke dalam sistem pelayanan rumah sakit. Hal ini menjadi area prioritas perbaikan mengingat Program Nasional merupakan bagian penting dalam penilaian akreditasi dan kebijakan strategis nasional di bidang kesehatan/

Berdasarkan hasil evaluasi dan telaah dokumen terhadap seluruh pokja akreditasi, dapat disimpulkan bahwa secara umum rumah sakit telah memiliki komitmen kuat dalam memenuhi standar akreditasi. Tersedianya sebagian besar kebijakan, pedoman, dan pelaksanaan kegiatan di masing-masing pokja. Namun demikian, masih ditemukan berbagai kesenjangan yang bersifat sistemik dan berulang terutama pada aspek ketertiban tata naskah, kelengkapan bukti dukung konsistensi implementasi di lapangan, serta siklus pemantauan, evaluasi, dan tindak lanjut yang belum optimal.

Beberapa pokja masih menghadapi kendala pada pemenuhan regulasi yang mutakhir, dokumentasi pelaksanaan yang belum lengkap, serta belum optimalnya integrasi antara perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan perbaikan berkelanjutan. Selain itu, secara konsisten pelaksanaan supervisi, audit internal, dan pelaporan berkala belum dilakukan secara konsisten dan terjadwal.

### 3.1.3. Perbandingan Antara Realisasi Kinerja Tahun Ini dengan 2 (Dua) Tahun Terakhir.

**Tabel 3.10**  
**Perbandingan Realisasi Kinerja 2 (Dua) Tahun Terakhir**  
**RSUD Ploso**

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Realisasi		
		2023	2024	2025
RENSTRA 2024-2026				
1. Meningkatnya akuntabilitas dan kinerja perangkat daerah	Nilai evaluasi AKIP RSUD Ploso	81.06 (A)	77.01 (BB)	70.02 (BB)

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Realisasi		
		2023	2024	2025
2. Meningkatnya Kualitas pelayanan kesehatan RSUD Ploso melalui tata kelola yang baik dan SDM yang profesional	Persentase Capaian Indikator Nasional Mutu (INM) Rumah Sakit	N/A	76.92%	84.16%*
	NDR (angka kematian >48 jam)	12.36‰	13.96‰	18.02‰*
RENSTRA 2025-2029				
1. Meningkatnya Kualitas Pelayanan Kesehatan di RSUD Ploso	Persentase Capaian Indikator Nasional Mutu (INM) RS	N/A	76.92%	84.62%
	Status Akreditasi RS	Paripurna	Paripurna	Paripurna
2. Meningkatnya Akuntabilitas dan Kinerja Birokrasi Perangkat Daerah	Indeks Reformasi Birokrasi Perangkat Daerah	71.08	71.95	77.49

Sumber : diolah unit Perencanaan RSUD Ploso, 2025

(\* Nilai Tahun 2025 data per triwulan 3 untuk Realisasi Renstra 2024-2026)

#### a. Indikator Nilai Evaluasi AKIP RSUD Ploso

Nilai evaluasi AKIP RSUD Ploso menunjukkan tren penurunan dalam tiga tahun terakhir dari 81.06 (A) pada tahun 2023, menurun menjadi 77.01 (BB) pada tahun 2024, dan kembali menurun menjadi 70.02 (BB) pada tahun 2025. Tren ini mengindikasikan bahwa meskipun predikat masih berada pada kategori Sangat Baik, Kualitas Implementasi SAKIP belum sepenuhnya konsisten dan mengalami penurunan dibandingkan tahun sebelumnya.

Penurunan ini dipengaruhi oleh melemahnya kualitas perencanaan kinerja dan evaluasi akuntabilitas kinerja, cascading, hingga kinerja individu. Beberapa indikator kinerja strategis masih belum sepenuhnya berorientasi pada hasil

(*outcome*), relevansi indikator terhadap *core business* rumah sakit belum optimal, serta pemanfaatan hasil evaluasi dan pengukuran kinerja sebagai dasar perbaikan dan penyesuaian anggaran masih terbatas. Di sisi lain, komponen pengukuran dan pelaporan kinerja menunjukkan perbaikan dibanding tahun sebelumnya, meskipun masih memerlukan penguatan pada aspek analisis tren, efisiensi, dan keterkaitan kinerja dengan anggaran. Pada indikator evaluasi akuntabilitas kinerja menunjukkan kualitas evaluasi kurang optimal, secara format dokumen tidak sesuai juga tidak dilakukan analisis evaluasi yang dilakukan kondisi yang terjadi, upaya perbaikan hanya melakukan pengisian LKE, masih terdapat rekomendasi hasil evaluasi AKIP PD tahun 2024 yang belum ditindaklanjuti. Hasil evaluasi tahun 2024 belum sepenuhnya dimanfaatkan secara efektif meningkatkan implementasi SAKIP tahun 2025 dengan adanya penurunan pada komponen perencanaan dan juga kinerja perangkat daerah.

Sebagai tindak lanjut atas hasil evaluasi SAKIP tahun 2025, RSUD Ploso berupaya untuk memperbaiki dan menindaklanjuti hasil rekomendasi dari tim penilai, antara lain:

1. Penguatan perencanaan kinerja, melalui;
  - Penyelarasan kembali Renstra, Pohon Kinerja, Cascading, dan Matriks Peran Hasil (MPH) agar lebih berorientasi pada *outcome*.
  - Melakukan bimbingan teknis dengan mengundang Bagian Organisasi dan BKPSDM untuk memberikan arahan dan bimbingan mengenai SAKIP kepada seluruh pegawai RSUD Ploso
  - Penyempurnaan indikator kinerja dengan definisi operasional yang lebih jelas dan terukur, serta melengkapi bukti dukung kinerja yang relevan
2. Peningkatan kualitas pengukuran dan pemantauan kinerja, dengan:
  - Melibatkan kepala instalasi dan kepala unit dalam penyusunan indikator dan target kinerja
  - Mendorong pemanfaatan hasil pengukuran kinerja sebelumnya sebagai dasar evaluasi efisiensi anggaran dan penyesuaian rencana aksi secara berkala

3. Perbaiki kualitas pelaporan kinerja, melalui:
  - Penajaman analisis perbandingan capaian kinerja antara tahun dan terhadap target jangka menengah
  - Penyusunan analisis yang lebih komprehensif mengenai faktor pendukung, hambatan, serta strategi perbaikan dan percepatan capaian kinerja.
4. Penguatan evaluasi akuntabilitas kinerja internal, dengan:
  - Pelaksanaan evaluasi AKIP internal sesuai ketentuan
  - Memastikan seluruh rekomendasi hasil evaluasi ditindaklanjuti dan dimasukkan ke dalam dokumen rencana aksi dan perencanaan kinerja periode berikutnya
5. Peningkatan komitmen pimpinan dan partisipasi pegawai
  - Penguatan peran pimpinan dalam memimpin proses penyusunan dan evaluasi LKjIP
  - Peningkatan frekuensi dialog kinerja serta mendorong keterlibatan aktif pegawai dalam memberikan masukan terhadap kualitas laporan kinerja.

#### **b. Indikator Persentase Capaian Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit**

Persentase capaian Indikator Nasional Mutu (INM) Rumah sakit menunjukkan tren peningkatan yang positif dari tahun ke tahun. Pada tahun 2024, capaian INM tercatat sebesar 76.92%, kemudian meningkat secara signifikan pada triwulan 3 (tiga) menjadi 84.16% dan pada akhir tahun 2025 menjadi 84.62%. Peningkatan ini mengindikasikan bahwa upaya perbaikan mutu pelayanan dan keselamatan pasien yang dilakukan oleh RSUD Ploso telah berjalan secara efektif dan memberikan dampak nyata terhadap pencapaian Indikator Mutu Nasional. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar indikator mutu nasional telah memenuhi atau melampaui target yang ditetapkan, sehingga kinerja mutu pelayanan rumah sakit berada pada kategori baik.

Capaian Indikator Nasional Mutu dari 13 (tiga belas) Indikator Nasional Mutu yang diukur, terdapat 11 (sebelas) indikator yang telah mencapai target, yaitu :

1. Kepatuhan kebersihan tangan
2. Kepatuhan identifikasi pasien

3. Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi
4. Penundaan operasi elektif
5. Kepatuhan waktu visite dokter
6. Pelaporan hasil kritis laboratorium
7. Kepatuhan penggunaan formularium nasional (Fornas)
8. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh
9. Kepatuhan terhadap alur *clinical pathway*
10. Kecepatan waktu tanggap komplain
11. Kepuasan pasien

Capaian pada sebagian besar indikator tersebut menunjukkan bahwa penerapan standar pelayanan klinis, keselamatan pasien, serta respon terhadap kebutuhan dan keluhan pasien telah berjalan dengan baik dan konsisten di sebagian besar unit pelayanan. Namun demikian, terdapat 2 (dua) indikator yang belum mencapai target, yaitu:

1. Kepatuhan penggunaan alat pelindung diri (APD)
2. Waktu tunggu rawat jalan

Kedua indikator tersebut menjadi area prioritas perbaikan karena berkaitan langsung dengan keselamatan petugas dan pasien serta persepsi masyarakat terhadap mutu pelayanan rawat jalan. Belum tercapainya indikator kepatuhan penggunaan APD dipengaruhi oleh fluktuasi kepatuhan penggunaan petugas pada kondisi beban kerja tinggi dan pengawasan yang belum merata di seluruh shift. Adapun indikator waktu tunggu rawat jalan dipengaruhi oleh tingginya volume kunjungan pasien, keterbatasan pemanfaatan sistem pendaftaran daring oleh pasien, serta belum optimalnya manajemen jadwal pelayanan dan alur administrasi.

Sebagai tindak lanjut, RSUD Ploso telah dan terus melakukan beberapa upaya perbaikan, antara lain:

- Penguatan sosialisasi dan pengawasan penggunaan APD melalui peran kepala ruangan dan *supervisor* pada seluruh shift pelayanan.
- Optimalisasi sistem pendaftaran dan antrian rawat jalan dan penyesuaian jam layanan pada periode kunjungan tinggi dengan melakukan sosialisasi pemanfaatan JKN mobile serta penjaringan pendaftaran JKN mobile.

- Monitoring dan evaluasi rutin terhadap seluruh indikator mutu nasional, disertai umpan balik langsung kepada unit terkait.
- Integrasi indikator mutu ke dalam penilaian kinerja unit dan individu, sehingga capaian mutu menjadi tanggung jawab bersama
- Penguatan budaya keselamatan pasien dan mutu pelayanan melalui edukasi berkelanjutan dan pembinaan berbasis hasil evaluasi.

Secara keseluruhan, capaian Indikator Nasional Mutu RSUD Ploso menunjukkan kinerja yang baik dan terus meningkat. Meskipun demikian, fokus perbaikan yang terarah pada indikator yang belum tercapai diharapkan dapat meningkatkan konsistensi mutu pelayanan dan keselamatan pasien secara berkelanjutan.

### **c. Indikator Net Death Rate (NDR) kematian >48 jam**

Net Death Rate (NDR) merupakan indikator mutu pelayanan rumah sakit yang bersifat negatif, dimana semakin kecil nilai NDR maka semakin baik kinerja pelayanan. NDR menggambarkan angka kematian pasien rawat inap setelah dirawat lebih dari 48 jam per 1000 pasien keluar hidup dan mati.

Dalam beberapa tahun terakhir, nilai NDR RSUD Ploso menunjukkan tren peningkatan yang mengindikasikan ada penurunan kinerja pada indikator ini. Nilai NDR tercatat sebesar 12.36 ‰ pada tahun 2023, meningkat menjadi 19.96 ‰ pada tahun 2024, dan kembali meningkat menjadi 18.02‰ pada triwulan 3 (tiga) tahun 2025. Peningkatan tersebut menunjukkan bahwa angka kematian pasien rawat inap >48 jam mengalami kenaikan dibandingkan tahun-tahun sebelumnya, sehingga memerlukan perhatian dan upaya perbaikan yang lebih terfokus.

Pada Renstra RSUD Ploso 2025-2029, indikator NDR ditetapkan sebagai indikator kinerja tujuan OPD, yang menegaskan bahwa pengendalian angka kematian rawat inap menjadi prioritas strategis dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Pada akhir tahun 2025, nilai NDR kembali meningkat menjadi 21.79‰.

Peningkatan nilai NDR dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain:

1. Meningkatnya kompleksitas dan tingkat keparahan kasus rujukan, dimana pasien datang dalam kondisi lanjut atau dengan penyakit

penyerta (komorbid) yang berat sehingga risiko kematian menjadi lebih tinggi.

2. Keterlambatan rujukan dan penanganan awal, yang berdampak pada kondisi klinis pasien saat mulai dirawat di rumah sakit.
3. Beban pelayanan rawat inap dan keterbatasan sumber daya, baik dari sisi ketersediaan tenaga medis, fasilitas pendukung, maupun sarana penunjang pelayanan kritis.
4. Variasi kepatuhan terhadap standar asuhan klinis dan *clinical pathway*, khususnya pada kasus-kasus dengan risiko tinggi, yang dapat mempengaruhi luaran klinis pasien.

Sebagai upaya pengendalian dan penurunan nilai NDR, RSUD Ploso telah dan terus melakukan beberapa langkah perbaikan, antara lain:

1. Penguatan mutu asuhan klinis, melalui peningkatan kepatuhan terhadap standar pelayanan dan *clinical pathway* pada kasus-kasus prioritas dan berisiko tinggi.
2. Pelaksanaan audit medis dan audit kematian secara berkala, untuk mengidentifikasi akar masalah, pola kasus, serta faktor yang dapat dicegah (*preventable death*)
3. Peningkatan koordinasi lintas unit pelayanan, khususnya antara IGD, Rawat Inap, ICU, dan unit penunjang guna mempercepat pengambilan keputusan klinis.
4. Penguatan kapasitas SDM kesehatan, melalui pelatihan penanganan kasus gawat darurat dan penyakit kritis.
5. Optimalisasi sistem rujukan dan triase, agar pasien mendapat penanganan yang tepat dan cepat sesuai tingkat kegawatannya.

Dengan ditetapkan NDR sebagai indikator kinerja tujuan OPD pada Renstra terbaru, RSUD Ploso berkomitmen untuk menjadikan hasil evaluasi indikator ini sebagai dasar perbaikan berkelanjutan. Upaya-upaya yang dilakukan diharapkan dapat menekan nilai NDR pada tahun-tahun berikutnya, sehingga mutu pelayanan dan keselamatan pasien dapat terus ditingkatkan.

#### **d. Indikator Status Akreditasi RS**

Status Akreditasi Rumah Sakit merupakan indikator kinerja yang baru ditetapkan dalam Renstra RSUD Ploso Tahun 2025–2029 sebagai bagian dari

upaya penguatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien secara berkelanjutan. Namun demikian, indikator ini dapat diukur meskipun tidak menjadi indikator program sehingga dapat dilihat tren historis yang dapat dibandingkan antara tahun ini dengan 2 (dua) tahun terakhir dalam periode Renstra sebelumnya.

Meskipun demikian, capaian kinerja pada awal penerapan indikator menunjukkan hasil yang sangat baik, di mana RSUD Ploso telah memperoleh status Akreditasi Paripurna pada bulan Juni Tahun 2023, yang berlaku hingga bulan Mei Tahun 2027. Dengan status Paripurna yang masih berlaku pada tahun pelaporan, capaian indikator Status Akreditasi Rumah Sakit dinilai telah tercapai sesuai target.

Penetapan status Paripurna sebagai capaian indikator pada Renstra 2025–2029 mencerminkan kondisi eksisting pemenuhan standar akreditasi yang telah dicapai dan menjadi baseline kinerja untuk memastikan keberlanjutan mutu pelayanan rumah sakit pada periode perencanaan strategis berikutnya.

Capaian status Akreditasi Paripurna RSUD Ploso dipengaruhi oleh beberapa faktor utama, antara lain:

1. Komitmen manajemen dan pimpinan rumah sakit dalam mendukung pemenuhan standar akreditasi secara menyeluruh dan berkesinambungan.
2. Keterlibatan aktif seluruh pokja akreditasi dan unit kerja terkait, baik pada aspek manajemen dan pelayanan.
3. Penerapan standar pelayanan dan keselamatan pasien yang relatif konsisten didukung oleh hasil evaluasi mutu dan tindak lanjut berkelanjutan
4. Penguatan sistem dokumentasi dan tata kelola rumah sakit, sehingga elemen penilaian akreditasi dapat dipenuhi sesuai standar yang ditetapkan.

Tidak terdapat faktor penurunan kinerja pada indikator ini karena status akreditasi Paripurna masih berlaku. Namun demikian, tantangan yang dihadapi adalah menjaga konsistensi penerapan standar akreditasi selama masa berlaku sertifikat. Sebagai upaya mempertahankan capaian status akreditasi dan memastikan kesiapan re-akreditasi, RSUD Ploso telah dan terus melakukan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Pemeliharaan standar akreditasi secara berkelanjutan, melalui monitoring internal, audit mutu, dan evaluasi rutin terhadap pemenuhan elemen penilaian.
2. Pelaksanaan *Self-Assessment* (SA) akreditasi secara berkala, untuk mengidentifikasi kesenjangan terhadap standar dan menyusun rencana tindak lanjut perbaikan
3. Penguatan peran tim dan pokja akreditasi, termasuk pembinaan dan koordinasi lintas unit agar implementasi standar tetap konsisten.
4. Persiapan re-akreditasi yang direncanakan pada akhir tahun 2026, sesuai dengan ketentuan bahwa rumah sakit wajib melaksanakan re-akreditasi paling lambat 6 (enam) bulan sebelum masa berlaku sertifikat berakhir.
5. Integrasi standar akreditasi ke dalam sistem manajemen mutu dan kinerja, sehingga akreditasi tidak hanya dipenuhi pada saat survei, tetapi menjadi bagian dari budaya kerja dan peningkatan mutu pelayanan.

Dengan capaian status Akreditasi Paripurna yang masih berlaku hingga Mei 2027, RSUD Ploso berada pada posisi yang baik dalam pemenuhan indikator kinerja ini. Kedepan, fokus diarahkan pada upaya mempertahankan dan meningkatkan kualitas penerapan standar akreditasi serta memastikan kesiapan optimal dalam menghadapi proses re-akreditasi pada akhir tahun 2026.

#### **e. Indikator Indeks Reformasi Birokrasi Perangkat Daerah**

Berdasarkan hasil evaluasi tahun 2025, Indeks Reformasi Birokrasi (RB) pada RSUD Ploso Kabupaten Jombang secara keseluruhan menunjukkan tren perkembangan yang positif dan meningkat secara berkelanjutan. Capaian nilai total indeks tersebut mengalami kenaikan dari angka 71.08 pada tahun 2023, 71.95 pada tahun 2024 menjadi 77.49 pada tahun 2025, yang menempatkan institusi ini pada kategori BB dengan predikat Sangat Baik. Kenaikan nilai yang cukup signifikan ini didorong oleh lompatan performa pada komponen Capaian Sasaran Strategis Pelaksanaan RB yang naik dari 66.61 menjadi 74.15. Faktor utama penyebab peningkatan ini adalah efektivitas penataan kelembagaan

yang dinilai sangat tinggi dalam mengakomodir kebutuhan internal dan adaptasi eksternal, serta capaian indeks pengelolaan keuangan yang memuaskan dengan nilai 97.44. Selain itu, RSUD Ploso menunjukkan kinerja yang konsisten dan sangat memuaskan dalam hal tindak lanjut pengaduan masyarakat, serta berhasil meningkatkan nilai profesionalitas ASN dan internalisasi *core value* BerAKHLAK.

Di sisi lain, terdapat penurunan kinerja yang perlu menjadi perhatian pada komponen Capaian Strategi Pelaksanaan RB yang merosot dari nilai 5.34 menjadi 3.33. Penurunan ini disebabkan oleh beberapa faktor krusial, seperti belum dilakukannya pembentukan Agen Perubahan serta belum ditetapkannya dokumen tim pelaksanaan reformasi birokrasi secara formal. Selain itu, kualitas rencana aksi dinilai kurang optimal karena masih berfokus pada pemenuhan dokumen administratif (formalitas) ketimbang perbaikan tata kelola substantif, ditambah dengan proses monitoring dan evaluasi internal yang belum mampu menganalisis efektivitas rencana aksi tersebut. Kendala lain juga ditemukan pada indikator pengelolaan aset, di mana terdapat ketidaksesuaian antara rencana pengadaan pada RKBMD dengan realisasi belanja modal serta adanya keterlambatan dalam penyampaian laporan bulanan.

Sebagai langkah solusi dan alternatif perbaikan di masa mendatang, RSUD Ploso diminta untuk segera mempercepat pembangunan Agen Perubahan sesuai dengan regulasi yang berlaku guna mendorong budaya inovasi. Instansi juga diharapkan melakukan reviu mendalam terhadap Standar Operasional Prosedur (SOP) dan proses bisnis untuk memastikan efisiensi sistem kerja baru, serta menyempurnakan proses monitoring internal agar lebih analitis terhadap pencapaian target. Dalam hal pengelolaan aset, koordinasi antar elemen perangkat daerah harus ditingkatkan untuk memastikan keselarasan antara perencanaan dan realisasi, serta memastikan ketepatan waktu pelaporan agar tidak mengurangi nilai indeks di tahun berikutnya

**Tabel 3.11**  
**Perbandingan Realisasi Kinerja Program 2 (dua) Tahun Terakhir**  
**RSUD Ploso**

Program	Indikator Kinerja	Realisasi		
		2023	2024	2025
RENSTRA 2024-2026				
1. Penunjang Urusan Pemerintah Daerah Kabupaten Jombang / Kota	Persentase rata-rata capaian kinerja aparatur	100%	100%	100%*
2. Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan Dan Upaya Kesehatan Masyarakat	Persentase capaian pemenuhan sarana, prasarana, alat kesehatan dan SDM penunjang layanan rujukan	N/A	80.14%	74.83%*
	Persentase capaian SPM RS	85.11%	86.17%	81.91%
RENSTRA 2025-2029				
1. Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan Dan Upaya Kesehatan Masyarakat	Persentase capaian indikator mutu prioritas RS lingkup manajemen	N/A	N/A	92.78%
	Persentase capaian indikator mutu prioritas RS lingkup pelayanan	N/A	N/A	88.89%
	Nilai Akreditasi RS	N/A	N/A	82.21

Program	Indikator Kinerja	Realisasi		
		2023	2024	2025
2. Penunjang Urusan Pemerintah Daerah Kabupaten Jombang / Kota	Nilai evaluasi AKIP RSUD Ploso	81.06 (A)	77.01 (BB)	70.02 (BB)

Sumber : di olah unit Perencanaan RSUD Ploso, 2025

(\* Nilai Tahun 2025 data per triwulan 3 untuk Realisasi Renstra 2024-2026)

#### a. Indikator Persentase Rata-rata Capaian Kinerja Aparatur

Persentase rata-rata capaian kinerja aparatur RSUD Ploso menunjukkan capaian yang konsisten dan optimal, dengan realisasi 100% pada tahun 2023, 2024, dan triwulan 3 (tiga) tahun 2025. Capaian ini mencerminkan bahwa kinerja aparatur secara keseluruhan telah memenuhi target yang ditetapkan dan tidak mengalami penurunan dalam tiga tahun terakhir.

Persentase rata-rata capaian kinerja aparatur RSUD Ploso menunjukkan capaian yang konsisten dan optimal, dengan realisasi 100% pada tahun 2023, 2024, dan triwulan 3 (tiga) 2025. Capaian ini mencerminkan bahwa kinerja aparatur secara keseluruhan telah memenuhi target yang ditetapkan dan tidak mengalami penurunan dalam tiga tahun terakhir.

Untuk mempertahankan capaian tersebut, RSUD Ploso terus melakukan monitoring dan evaluasi kinerja aparatur secara berkala, penguatan pembinaan dan pengembangan kompetensi ASN, serta penyelarasan kinerja individu dengan sasaran strategis organisasi. Upaya ini diharapkan dapat menjaga konsistensi kinerja aparatur dan mendukung pencapaian kinerja organisasi secara berkelanjutan.

#### b. Indikator Persentase Capaian Pemenuhan Sarana, Prasarana, Alat Kesehatan dan SDM Penunjang Layanan Rujukan

Persentase Capaian Pemenuhan Sarana, Prasarana, Alat Kesehatan, dan SDM Penunjang Layanan Rujukan menunjukkan tren penurunan dalam dua tahun terakhir. Pada tahun 2024, capaian indikator ini mencapai 80,14%, namun pada triwulan III tahun 2025 menurun menjadi 74,83%. Penurunan capaian tersebut mengindikasikan adanya tantangan dalam mempertahankan tingkat pemenuhan sumber daya pendukung layanan rujukan sesuai standar

yang ditetapkan. Pemenuhan sumber daya pendukung layanan rujukan belum sepenuhnya mencapai target yang ditetapkan. Capaian ini dipengaruhi oleh adanya perubahan kebijakan pada standar ASPAK (berbasis kompetensi), baik pada unsur sarana, prasarana, maupun alat kesehatan, yang menyebabkan sebagian fasilitas dan peralatan yang dimiliki RSUD Ploso dinilai belum sepenuhnya memenuhi standar terbaru, meskipun secara operasional masih dapat digunakan dalam pelayanan.

Selain itu, capaian indikator ini juga dipengaruhi oleh belum terpenuhinya kebutuhan SDM penunjang layanan rujukan sesuai standar, yang disebabkan oleh keterbatasan anggaran. Kondisi keterbatasan tersebut berdampak pada belum optimalnya pemenuhan kebutuhan sarana, prasarana, alat kesehatan, serta penambahan SDM secara bersamaan dalam satu periode anggaran. Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara standar yang ditetapkan dengan kemampuan pemenuhan sumber daya yang tersedia.

Sebagai tindak lanjut, RSUD Ploso melakukan pemenuhan kebutuhan secara bertahap dan berbasis prioritas, dengan memfokuskan pada sarana, prasarana, alat kesehatan, dan SDM yang paling mendukung layanan rujukan dan pelayanan prioritas. Selain itu, dilakukan penyesuaian perencanaan kebutuhan melalui pemutakhiran data ASPAK, penguatan perencanaan anggaran, serta koordinasi dengan Pemerintah Daerah untuk mendukung pemenuhan kebutuhan sumber daya secara berkelanjutan sesuai kemampuan anggaran.

### **c. Indikator Persentase Capaian SPM RS**

Persentase Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) RSUD Ploso menunjukkan tren fluktuatif dengan kecenderungan menurun pada tahun 2025. Pada tahun 2023 capaian SPM berada pada kisaran 85,11%, kemudian meningkat menjadi 86,17% pada tahun 2024, namun pada triwulan III tahun 2025 menurun menjadi 81,91%. Penurunan capaian ini menunjukkan bahwa meskipun sebagian besar indikator SPM masih tercapai, terdapat peningkatan jumlah indikator yang belum memenuhi standar pada tahun 2025, sehingga berdampak pada penurunan capaian agregat.

Berdasarkan Laporan SPM Triwulan III Tahun 2025, capaian SPM pada lingkup pelayanan medis dan keperawatan masih relatif tinggi, namun capaian

pada lingkup perencanaan dan rekam medis serta lingkup tata usaha menunjukkan kinerja yang belum optimal, sehingga mempengaruhi nilai SPM secara keseluruhan. Penurunan capaian SPM pada tahun 2025 dipengaruhi oleh beberapa faktor utama, antara lain:

1. Lingkup pelayanan medis dan keperawatan

- Kematian pasien <24 Jam di IGD. Hal ini dimungkinkan karena pasien datang dalam kondisi kritis/terminal dan tidak merespon terhadap tindakan *life saving* oleh tim medis IGD.
- Jam visite dokter spesialis, yang belum mencapai target dikarenakan masih ada salah satu dokter yang visite lebih dari jam 14.00 WIB.
- Kematian >48 jam di Rawat Inap. Hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti kondisi dimana pasien seharusnya dirujuk untuk mendapatkan penanganan serta perawatan lebih lanjut ke RS yang lebih tinggi tetapi kenyataannya keluarga atau pasien menolak untuk dirujuk.
- Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi. Hal ini dikarenakan pada saat tindakan SC belum diikuti oleh spesialis anak dan belum terjadwal.
- Pelayanan persalinan melalui SC. Hal ini dikarenakan banyak kasus SC elektif atas indikasi riwayat pada persalinan yang lalu SC ataupun kasus penyulit maupun penyerta dan juga komplikasi kehamilan membuat persalinan SC sering dilakukan ketika terdapat risiko medis bagi ibu atau bayi.
- Kemampuan menangani BBLR 1500-2500 gram. Hal ini dikarenakan terdapat satu kasus BBLR perlu dirujuk ke RS dengan kelengkapan sarana dan prasarana yang lebih optimal.
- Pemberi pelayanan intensif. Hal ini dikarenakan jumlah dokter spesialis dan perawat yang mendapat pelatihan ICU sebanyak 23 petugas dari total 24 petugas di pelayanan intensif.
- Kejadian transfusi darah. Hal ini dikarenakan adanya kejadian reaksi transfusi darah di rawat inap dengan keluhan gejala sesak

memberat, akral dingin, dan gatal-gatal setelah mendapat transfusi darah.

## 2. Lingkup Perencanaan dan Rekam Medik

- Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan. Hal ini dikarenakan adanya ketidakdisiplinan petugas dalam pengembalian dan pengisian rekam medik pasien, sehingga tidak memenuhi target yang telah ditentukan.
- Kelengkapan *informed consent* setelah mendapatkan informasi. Hal ini dikarenakan adanya ketidakdisiplinan petugas dalam melengkapi formulir *informed consent* pasien.

## 3. Lingkup Tata Usaha

- Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat. Hal ini dikarenakan pengusulan kenaikan pangkat sampai SK kenaikan pangkat terbit sebanyak 15 pegawai dari 16 pegawai yang diusulkan.
- Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala. Hal ini dikarenakan baru 37 pegawai yang sudah disetujui dari 41 pegawai yang diusulkan.
- Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun. Target belum terpenuhi dikarenakan alokasi anggaran untuk pelatihan yang terbatas, sehingga terdapat pelatihan yang diusulkan belum dapat direalisasikan pada tahun 2025.
- Ketepatan waktu pemeliharaan alat. Tidak dapat memenuhi target dikarenakan terdapat alat dalam keadaan rusak.
- Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan. Tidak dapat memenuhi target dikarenakan saat kalibrasi alat dalam keadaan rusak/sedang dipakai pasien dan tidak dapat diganti/alat yang dikembalikan oleh ruangan ke gudang.

Sebagai tindak lanjut atas capaian SPM triwulan III tahun 2025, RSUD Ploso telah dan terus melakukan beberapa upaya perbaikan, antara lain:

1. Penguatan monitoring dan evaluasi SPM secara berkala, dengan menekankan ketepatan waktu pelaporan dan analisis capaian indikator oleh masing-masing unit pelayanan

2. Peningkatan disiplin dan pengawasan internal, khususnya pada pengisian rekam medis, *informed consent*, serta kepatuhan terhadap standar pelayanan klinis.
3. Peningkatan mutu sarana, prasarana, dan alat kesehatan, termasuk percepatan pemeliharaan dan kalibrasi alat secara bertahap sesuai prioritas dan kemampuan anggaran.
4. Penguatan kapasitas SDM, melalui pelatihan, workshop, dan pembinaan kompetensi, serta penjadwalan ulang pelatihan yang belum terlaksana.
5. Penegakan manajemen risiko dan kedisiplinan SDM, melalui pembinaan, pemberian umpan balik, serta penerapan *reward* dan *punishment* secara konsisten.

Dengan dilaksanakannya langkah-langkah perbaikan tersebut, RSUD Ploso menargetkan peningkatan capaian indikator SPM pada periode berikutnya, khususnya pada triwulan 4 (empat) tahun 2025 dan tahun-tahun selanjutnya, sehingga mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat dapat terus ditingkatkan secara berkelanjutan.

**d. Indikator Persentase Capaian Indikator Mutu Prioritas RS lingkup Manajemen**

Indikator Persentase Capaian Indikator Mutu Prioritas RS Lingkup Manajemen merupakan indikator kinerja baru yang ditetapkan pada Renstra RSUD Ploso 2025–2029 dan baru diukur pada Perubahan Perjanjian Kinerja triwulan 4 (empat) tahun 2025. Oleh karena itu, indikator ini belum memiliki data tren capaian dari tahun-tahun sebelumnya, dan hasil pengukuran pada tahun 2025 digunakan sebagai baseline awal dalam pengelolaan mutu manajemen rumah sakit.

Pada pengukuran awal tersebut, indikator yang diukur berupa kelengkapan pengisian rekam medis dalam waktu 24 jam setelah pelayanan selesai menunjukkan kinerja yang sangat baik, dengan target sebesar 70%, realisasi 92,78%, dan tingkat capaian mencapai 132,54%. Capaian ini mencerminkan bahwa tata kelola dokumentasi pelayanan, khususnya pada aspek rekam medis, telah berjalan efektif dan melampaui standar yang ditetapkan.

Tingginya capaian indikator ini dipengaruhi oleh beberapa faktor pendukung, antara lain meningkatnya kesadaran dan kepatuhan tenaga kesehatan dalam

melengkapi rekam medis tepat waktu, penguatan peran instalasi rekam medis dan kepala ruangan dalam melakukan monitoring, serta adanya sosialisasi dan penegasan kewajiban pengisian rekam medis sesuai standar. Selain itu, dukungan regulasi internal dan penerapan pengawasan yang lebih konsisten turut mendorong tercapainya capaian yang optimal.

Sebagai upaya menjaga dan meningkatkan capaian kinerja indikator ini, RSUD Ploso telah melakukan monitoring dan evaluasi kelengkapan rekam medis secara berkala, pelaksanaan audit internal disertai umpan balik kepada unit pelayanan, serta pembinaan terhadap tenaga kesehatan yang belum patuh. Kedepan, indikator ini akan terus dipantau dan diintegrasikan ke dalam sistem manajemen mutu rumah sakit, sehingga capaian yang telah diraih dapat dipertahankan dan menjadi dasar peningkatan kualitas tata kelola dan akuntabilitas pelayanan secara berkelanjutan.

**e. Indikator Persentase Capaian Indikator Mutu Prioritas RS lingkup Pelayanan**

Indikator Persentase Capaian Indikator Mutu Prioritas RS Lingkup Pelayanan merupakan indikator baru yang ditetapkan pada Renstra 2025–2029 dan mulai dilaksanakan pada Perjanjian Kinerja Perubahan triwulan 4 (empat) tahun 2025. Oleh karena itu, indikator ini belum memiliki data tren historis untuk dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya dan capaian yang diperoleh pada tahun 2025 menjadi baseline awal dalam pengukuran kinerja mutu manajerial rumah sakit pada periode perencanaan selanjutnya.

Berdasarkan hasil pengukuran pada triwulan 4 (empat) tahun 2025, dari 9 (sembilan) indikator prioritas yang diukur, terdapat 8 (delapan) indikator yang telah memenuhi target, yaitu:

- 1) Kepatuhan verifikasi identitas pasien;
- 2) Ketepatan waktu pelaporan nilai kritis radiologi  $\leq 30$  menit;
- 3) Kepatuhan pemberian label *high alert* di gudang obat farmasi;
- 4) Kepatuhan pelaksanaan prosedur *site marking* operasi;
- 5) Kepatuhan kebersihan tangan di ruang ICU dan PICU;
- 6) Kepatuhan pemasangan penandaan risiko jatuh oleh petugas IGD;
- 7) Kepatuhan terhadap alur klinis (*clinical pathway*) pasien bedah umum pada kasus hernia inguinalis;
- 8) Pengendalian kejadian flebitis pada pasien rawat inap.

Capaian tersebut menunjukkan bahwa secara umum penerapan standar mutu pelayanan dan keselamatan pasien telah berjalan baik dan terkoordinasi pada sebagian besar unit pelayanan.

Namun demikian, terdapat 1 (satu) indikator yang belum memenuhi target, yaitu kepatuhan pelaksanaan asesmen awal medis pasien bedah umum di rawat inap. Belum tercapainya indikator ini menunjukkan bahwa masih terdapat ketidakkonsistenan dalam pelaksanaan dan pendokumentasian asesmen awal medis sesuai standar yang ditetapkan. Kondisi tersebut dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain variasi tingkat kepatuhan tenaga medis, beban kerja pelayanan yang cukup tinggi, serta belum optimalnya pengawasan dan monitoring terhadap kelengkapan asesmen awal medis pada pasien bedah umum.

Sebagai upaya perbaikan, RSUD Ploso telah melakukan penguatan sosialisasi dan pemahaman standar asesmen awal medis, peningkatan pengawasan oleh kepala ruangan dan penanggung jawab pelayanan, serta pelaksanaan audit internal dan umpan balik kepada unit terkait. Selain itu, dilakukan penegasan kewajiban pendokumentasian asesmen awal medis sebagai bagian dari pemenuhan standar mutu dan keselamatan pasien. Kedepan, hasil pengukuran indikator ini akan digunakan sebagai dasar evaluasi berkelanjutan dan penguatan sistem manajemen mutu, sehingga capaian indikator mutu prioritas RS lingkup manajemen dapat dipertahankan dan ditingkatkan secara konsisten pada periode selanjutnya.

#### **f. Indikator Nilai Akreditasi RS**

Indikator Nilai Akreditasi Rumah Sakit merupakan indikator kinerja baru yang ditetapkan dalam Renstra RSUD Ploso 2025–2029 dan baru diukur pada Perubahan Perjanjian Kinerja triwulan 4 tahun 2025 dengan realisasi 82.81. Oleh karena itu, indikator ini belum memiliki tren capaian dari tahun-tahun sebelumnya dan hasil pengukuran pada tahun 2025 digunakan sebagai baseline awal untuk menilai kesiapan dan pemenuhan standar akreditasi rumah sakit secara berkelanjutan.

Berdasarkan hasil evaluasi dan telaah dokumen terhadap seluruh kelompok kerja (Pokja) Akreditasi, dapat disimpulkan bahwa secara umum RSUD Ploso telah memiliki komitmen yang kuat dalam memenuhi standar akreditasi. Hal ini

tercermin dari tersedianya sebagian besar kebijakan, pedoman, serta pelaksanaan kegiatan di masing-masing Pokja. Namun demikian, hasil penilaian juga menunjukkan masih terdapat berbagai kesenjangan yang bersifat sistemik dan berulang, terutama pada aspek ketertiban tata naskah dinas, kelengkapan dan konsistensi bukti dukung implementasi di lapangan, serta siklus pemantauan, evaluasi, dan tindak lanjut yang belum berjalan optimal.

Beberapa Pokja masih menghadapi kendala dalam pemenuhan regulasi yang mutakhir, dokumentasi pelaksanaan kegiatan yang belum lengkap, serta belum optimalnya integrasi antara perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan perbaikan berkelanjutan. Selain itu, pelaksanaan supervisi, audit internal, dan pelaporan berkala belum dilakukan secara konsisten dan terjadwal, sehingga capaian mutu dan keselamatan pasien belum sepenuhnya dapat dibuktikan secara objektif dan berkelanjutan.

Sebagai upaya peningkatan kesiapan akreditasi dan perbaikan berkelanjutan, RSUD Ploso telah dan direkomendasikan untuk melaksanakan beberapa langkah strategis, antara lain:

- 1) Melaksanakan *self assessment* secara rutin setiap triwulan pada seluruh Pokja dengan menggunakan standar, elemen penilaian, dan instrumen akreditasi yang berlaku, sehingga kesenjangan dapat diidentifikasi lebih dini dan ditindaklanjuti secara sistematis;
- 2) Melaksanakan supervisi lapangan secara terjadwal dan terdokumentasi, melibatkan pimpinan rumah sakit, ketua tim akreditasi, ketua Pokja, dan unit terkait, guna memastikan kesesuaian antara dokumen, implementasi, dan bukti di lapangan;
- 3) Menyenggarakan simulasi akreditasi secara berkala dengan model yang menyerupai survei akreditasi sesungguhnya, termasuk simulasi telusur pasien, telusur sistem, wawancara lintas profesi, telaah dokumen, dan telusur lapangan;
- 4) Menata kembali seluruh regulasi, pedoman, dan SPO agar sesuai dengan tata naskah dinas, mengacu pada peraturan perundang-undangan terbaru, serta terintegrasi antar Pokja;

- 5) Memperkuat budaya dokumentasi, dengan memastikan setiap kegiatan memiliki bukti pelaksanaan, evaluasi, serta rencana tindak lanjut (RTL) yang jelas dan berkesinambungan; dan
- 6) Meningkatkan peran pimpinan rumah sakit dalam monitoring, validasi data, serta pengambilan keputusan berbasis hasil evaluasi sebagai wujud akuntabilitas dan kepemimpinan mutu.

Dengan pelaksanaan langkah-langkah tersebut, indikator Nilai Akreditasi Rumah Sakit diharapkan tidak hanya menjadi ukuran administratif, tetapi juga menjadi instrumen strategis dalam menjaga dan meningkatkan mutu pelayanan, keselamatan pasien, serta kesiapan RSUD Ploso dalam menghadapi survei akreditasi berikutnya secara optimal dan berkelanjutan.

#### **g. Indikator Nilai Evaluasi AKIP RSUD Ploso**

Pada periode sebelumnya, Nilai Evaluasi AKIP RSUD Ploso merupakan indikator kinerja sasaran, sedangkan pada Renstra 2025–2029 indikator ini ditetapkan sebagai indikator kinerja program. Perubahan tersebut tidak mengubah substansi pengukuran, namun menegaskan peran AKIP sebagai instrumen penguatan tata kelola program dan akuntabilitas kinerja organisasi.

Secara umum, nilai evaluasi AKIP RSUD Ploso menunjukkan tren penurunan dalam tiga tahun terakhir, dari 81,06 (predikat A) pada tahun 2023, menjadi 77,01 (BB) pada tahun 2024, dan 70,02 (BB) pada tahun 2025. Penurunan capaian tersebut dipengaruhi oleh belum optimalnya keterpaduan antara perencanaan, penganggaran, pelaksanaan, dan evaluasi kinerja program, serta masih terbatasnya kualitas indikator kinerja yang sepenuhnya berorientasi pada hasil (*outcome*).

Sebagai upaya perbaikan, RSUD Ploso telah melakukan penyesuaian perencanaan dan indikator kinerja program, penguatan monitoring dan evaluasi kinerja internal, serta peningkatan kualitas pelaporan dan pemanfaatan hasil evaluasi sebagai dasar perbaikan kinerja program. Langkah-langkah tersebut diharapkan dapat menghentikan tren penurunan dan mendorong peningkatan nilai AKIP pada periode perencanaan selanjutnya.

### 3.1.4 Perbandingan Antara Realisasi Kinerja Tahun Ini Dengan Target Jangka Menengah.

**Tabel 3.12**  
**Perbandingan Realisasi Kinerja Sasaran s.d Akhir Periode RPJMD/Renstra**

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target Akhir RPJMD / Renstra	Realisasi	Tingkat Kemajuan (%)
Renstra 2024-2026				
1. Meningkatnya akuntabilitas dan kinerja perangkat daerah	Nilai evaluasi AKIP RSUD Ploso	84	70.02	83.33
2. Meningkatnya Kualitas Pelayanan kesehatan rujukan RSUD Ploso	Persentase Capaian Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit	85%	84.16%	99.01
	NDR (angka kematian > 48 jam)	25‰	18.02‰	52.92
Renstra 2025-2029				
1. Meningkatnya Kualitas Pelayanan Kesehatan di RSUD Ploso	Persentase capaian Indikator Nasional Mutu (INM) RS	94%	84.62%	90.02
	Status Akreditasi	Paripurna	Paripurna	100
2. Meningkatnya Akuntabilitas Dan Kinerja Birokrasi Perangkat Daerah	Nilai Indeks Reformasi Birokrasi Perangkat Daerah	75	77.49	103.32

Sumber : diolah Unit Perencanaan RSUD Ploso, 2025

#### a. Indikator Nilai Evaluasi AKIP RSUD Ploso

Nilai Evaluasi AKIP RSUD Ploso pada periode pelaporan menunjukkan realisasi sebesar 70.02 dari target akhir Renstra 2024-2026 sebesar 84, dengan tingkat kemajuan 83.33%. Capaian ini menunjukkan bahwa secara kuantitatif, progres menuju target jangka menengah telah berada pada lebih dari dua

pertiga target, namun secara kualitas masih belum optimal untuk mencapai target Akhir Renstra. Untuk mengukur tingkat kemajuan, maka rumus yang digunakan adalah rumus *growth rate* dengan rincian sebagai berikut:

$$\text{Growth Rate} = \frac{\text{Realisasi}}{\text{Target akhir Renstra}} \times 100$$

$$\text{Growth Rate} = \frac{70.02}{84} \times 100$$

$$\text{Growth Rate} = 83.33\%$$

Kondisi ini mencerminkan bahwa pelaksanaan Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) telah berjalan, tetapi masih menghadapi tantangan dalam konsistensi dan kualitas implementasi.

Faktor yang mempengaruhi keterlambatan pencapaian target AKIP antara lain :

- 1) Belum selarasnya pohon kinerja, cascading, dan kinerja individu dalam MPH
- 2) Pada level tujuan/sasaran, *outcome* yang dirumuskan belum secara cukup menggambarkan kondisi untuk menjawab Isu Strategis (Renstra)
- 3) Terdapat kinerja yang diukur dengan indikator yang tidak relevan
- 4) Terjadi ketidakselarasan antara capaian kinerja level sasaran dan kinerja level program
- 5) Rencana aksi tidak pernah dilakukan perubahan dan belum diukur secara optimal
- 6) Analisis terkait perbandingan realisasi kinerja dengan target jangka menengah masih kurang tepat
- 7) Analisis pada bagian perbandingan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir belum tepat
- 8) *Benchmarking* pada bagian perbandingan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan realisasi kinerja level nasional/internasional
- 9) Kualitas evaluasi kurang optimal, masih terdapat rekomendasi hasil evaluasi AKIP Tahun 2024 yang belum ditindak lanjuti
- 10) Hasil evaluasi tahun 2024 belum sepenuhnya dimanfaatkan secara efektif meningkatkan implementasi SAKIP Tahun 2025.

Upaya tindak lanjut dan percepatan yang dilakukan akan dituangkan dalam matriks rencana tindak lanjut sebagai berikut :

**Tabel 3.13**  
**Rencana Tindak Lanjut Hasil Evaluasi SAKIP RSUD Ploso**  
**Tahun 2025**

NO	REKOMENDASI	RENCANA TINDAK LANJUT	WAKTU PELAKSANAAN						PENANGGUNG JAWAB
			TW III 2025	TW IV 2025	TW I 2026	TW II 2026	TW III 2026	Dst.	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Mengkaji dan memastikan kembali tujuan OPD telah tepat untuk menjawab isu strategis yang dihadapi dan sesuai tugas fungsi organisasi PD (core business PD)	Melakukan perubahan tujuan OPD pada dokumen Renstra PD Tahun 2025-2029	v						Kasi Perencanaan dan Rekam Medis
2	Menyusun kembali penjenjangan kinerja sesuai dengan PERMENPAN 89 Tahun 2021 yang dimulai dengan penentuan final outcome yang tepat sebagaimana poin 1 dan mengurai kinerja sesuai dengan model logis hubungan sebab akibat melalui mekanisme dan metode analisis yang tepat dengan berorientasi hasil bukan aktivitas	Melakukan konsultasi ke Bagian Organisasi, melaksanakan pendampingan penyusunan penjenjangan kinerja  Melakukan perbaikan penjenjangan kinerja sesuai dengan PERMENPAN 89 Tahun 2021	v						Tim SAKIP RSUD Ploso
3	Pastikan kembali seluruh indikator telah memenuhi kriteria SMART, khususnya "R", Relevant – indikator tersebut harus memiliki relevansi atau keterkaitan yang dekat dengan kinerja yang diukur	Melakukan reviu indikator kinerja yang digunakan oleh seluruh pegawai RSUD Ploso	v						Kasubbag Tata Usaha, Kasi Pelayanan Medis dan Keperawatan, Kasi Perencanaan dan Rekam Medis

NO	REKOMENDASI	RENCANA TINDAK LANJUT	WAKTU PELAKSANAAN						PENANGGUNG JAWAB	
			TW III 2025	TW IV 2025	TW I 2026	TW II 2026	TW III 2026	Dst.		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
4	Cermati kembali crosscutting yang dibuat, pastikan sudah memenuhi hubungan model logis “sebab-akibat” yang tepat, serta koordinasikan kembali intervensi yang dibutuhkan dari Perangkat Daerah terkait benar-benar dilaksanakan ataupun sebaliknya memastikan bahwa intervensi yang dilakukan benar-benar secara efektif mendukung kinerja Perangkat Daerah yang membutuhkan	Mereviu kembali crosscutting RSUD Ploso pada pohon kinerja dengan perangkat daerah lain		v						Kasi Perencanaan dan Rekam Medis
5	Menyelaraskan antara perencanaan organisasi pada POKIN dengan Cascading, terhadap perencanaan individu pada MPH, hal ini menjamin bahwa seluruh outcome dan intervensinya telah diampu dan dimengerti hingga individu pegawai. Dimana indikator pada POKIN terakomodir pada CASCADING dan Outcome/Output pada cascading sama dengan RHK pada MPH	Mereviu kembali perencanaan organisasi pada Pokin, cascading dan MPH yang akan dibuat		v						Kasubbag Tata Usaha, Kasi Pelayanan Medis dan Keperawatan, Kasi Perencanaan dan Rekam Medis

NO	REKOMENDASI	RENCANA TINDAK LANJUT	WAKTU PELAKSANAAN						PENANGGUNG JAWAB
			TW III 2025	TW IV 2025	TW I 2026	TW II 2026	TW III 2026	Dst.	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6	Memastikan kembali bahwa seluruh pegawai telah melakukan perencanaan baik perencanaan kinerja hingga rencana aksi setiap tribulan sesuai dengan ketentuan	Kepala Instalasi melakukan monev pengisian E-SAKIP kepada seluruh pegawai setiap tribulan	v	v	v	v	v		Kepala Instalasi/Ruang/Unit
7	Memperbaiki kualitas rencana aksi sehingga mampu menggambarkan strategi konkret, progres pencapaian target IKU/IKI atau trajectory target yang jelas (periode paling akhir target tercapai dapat terlihat di rencana aksi) sehingga menjadi instrumen dalam mewujudkan perbaikan yang berkelanjutan	Melakukan perbaikan kualitas Rencana Aksi pada semua pegawai			v				Kasubbag Tata Usaha, Kasi Pelayanan Medis dan Keperawatan, Kasi Perencanaan dan Rekam Medis
8	Meningkatkan kualitas analisis/dasar penetapan target kinerja secara komprehensif, Selain dengan menganalisis potensi peluang dan risiko dimasa yang akan datang, juga sangat penting mencermati hasil evaluasi kinerja tahun sebelumnya yang tercantum dalam LKJiP	Melakukan perbaikan kualitas analisis hasil evaluasi kinerja tahun selanjutnya pada LKJiP			v				Kasi Perencanaan dan Rekam Medis

NO	REKOMENDASI	RENCANA TINDAK LANJUT	WAKTU PELAKSANAAN						PENANGGUNG JAWAB
			TW III 2025	TW IV 2025	TW I 2026	TW II 2026	TW III 2026	Dst.	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9	Kepala Perangkat Daerah dapat secara aktif memimpin seluruh proses perencanaan mulai dari melakukan analisis atas evaluasi capaian, menyusun strategi perbaikan hingga menetapkan perencanaan kinerja pada setiap periodenya (tahunan/tribulan)	Kepala Perangkat Daerah turut aktif terlibat dan memimpin dalam setiap proses perencanaan hingga evaluasi		v	v	v	v		Kasi Perencanaan dan Rekam Medis
10	Meningkatkan intensitas dan kualitas dialog kinerja dengan melakukan penguatan komitmen serta menyusun langkah perbaikan dan percepatan pencapaian tujuan PD kepada seluruh pegawai melalui evaluasi kinerja secara sungguh-sungguh minimal setiap periode perencanaan (tahunan/tribulan) secara berjenjang	Melakukan perbaikan intensitas dan kualitas dialog kinerja secara berjenjang dan periodik			v				Kasubbag Tata Usaha, Kasi Pelayanan Medis dan Keperawatan, Kasi Perencanaan dan Rekam Medis
11	Memastikan kembali bahwa seluruh pegawai telah melakukan pengukuran kinerja setiap tribulan secara tertib sesuai dengan ketentuan	Melakukan perbaikan kualitas Pengukuran Kinerja pada semua pegawai	v	v	v	v	v		Kasubbag Tata Usaha, Kasi Pelayanan Medis dan Keperawatan, Kasi Perencanaan dan Rekam Medis

NO	REKOMENDASI	RENCANA TINDAK LANJUT	WAKTU PELAKSANAAN						PENANGGUNG JAWAB
			TW III 2025	TW IV 2025	TW I 2026	TW II 2026	TW III 2026	Dst.	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12	Mengidentifikasi penyebab ketidakselarasan pengukuran kinerja mulai dari organisasi hingga individu dan segera memperbaiki kesalahan tersebut. Mulai dari pastikan kembali perhitungan dan data kinerja telah valid, kemudian jika kinerja tersebut merupakan kinerja yang membutuhkan intervensi dari OPD lain (crosscutting) maka cek kembali apakah intervensi tersebut telah dilakukan, hingga lakukan penjenjangan kinerja kembali untuk mengidentifikasi intervensi yang luput dalam perencanaan sebelumnya	Melakukan perbaikan dan keselarasan pengukuran kinerja mulai dari organisasi sampai individu dengan memastikan perhitungan dan data kinerja telah valid			v				Kasubbag Tata Usaha, Kasi Pelayanan Medis dan Keperawatan, Kasi Perencanaan dan Rekam Medis

NO	REKOMENDASI	RENCANA TINDAK LANJUT	WAKTU PELAKSANAAN						PENANGGUNG JAWAB	
			TW III 2025	TW IV 2025	TW I 2026	TW II 2026	TW III 2026	Dst.		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
13	Lengkapi penjelasan dan alternatif/upaya yang telah dilakukan dalam pengukuran kinerja dengan paling tidak analisis capaian kinerja (perhitungan, interpretasi, hambatan), efisiensi, dan juga upaya konkret yang menunjukkan upaya atau inovasi yang telah dilakukan atau bukti dukung yang spesifik dapat di akses dalam Monev Renaksi (setelah memastikan renaksi selaras dengan Kinerja yang ingin dicapai)	Melengkapi penjelasan dan upaya alternatif (perhitungan, interpretasi, dan hambatan) disertai dengan bukti dukung pada pengukuran kinerja		v						Kasubbag Tata Usaha, Kasi Pelayanan Medis dan Keperawatan, Kasi Perencanaan dan Rekam Medis
14	Melakukan analisis rencana aksi tiap tribulan apakah masih relevan untuk dilaksanakan berdasarkan hasil pengukuran kinerja tribulan sebelumnya dan identifikasi adanya kebutuhan penyesuaian strategi dalam rangka perbaikan/percepatan pencapaian kinerja	Kasubbag/ Kasi melakukan analisis renaksi tiap tribulan pada seluruh pegawai sesuai rentang kendali masing-masing	v							Kasubbag Tata Usaha, Kasi Pelayanan Medis dan Keperawatan, Kasi Perencanaan dan Rekam Medis

NO	REKOMENDASI	RENCANA TINDAK LANJUT	WAKTU PELAKSANAAN						PENANGGUNG JAWAB	
			TW III 2025	TW IV 2025	TW I 2026	TW II 2026	TW III 2026	Dst.		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
15	Menerapkan penganggaran berbasis kinerja secara optimal dalam melakukan penyesuaian anggaran dimana hasil pengukuran kinerja titik awal untuk menentukan penyesuaian anggaran yang dibutuhkan	Penganggaran berbasis kinerja akan diupayakan diterapkan pada kebutuhan unit kerja di RSUD Ploso tanpa mengganggu pelayanan kepada masyarakat			v					Kasi Perencanaan dan Rekam Medis
16	Meningkatkan pemahaman dan kepedulian pegawai atas hasil pengukuran kinerja melalui dialog kinerja untuk menganalisis hasil pengukuran dan pemanfaatannya dalam menyusun langkah perbaikan dan percepatan pencapaian target pada periode selanjutnya	Melakukan internalisasi pemahaman pegawai terhadap hasil pengukuran kinerja melalui dialog kinerja		v						Kasi Perencanaan dan Rekam Medis
17	Meningkatkan kualitas laporan kinerja dengan :	Melakukan perbaikan kualitas kinerja pada LKJIP tahun 2025 dengan memperhatikan rekomendasi i)-vi)			v					Kasi Perencanaan dan Rekam Medis

NO	REKOMENDASI	RENCANA TINDAK LANJUT	WAKTU PELAKSANAAN						PENANGGUNG JAWAB
			TW III 2025	TW IV 2025	TW I 2026	TW II 2026	TW III 2026	Dst.	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	i. Meningkatkan kualitas analisis pada bagian perbandingan realisasi kinerja tahun ini dengan target jangka menengah dengan menganalisis sejauh mana progres pencapaian jika dibandingkan dengan kondisi yang ingin dicapai di akhir periode jangka menengah dengan rumus yang tepat, jika dianggap masih jauh dari target maka diperlukan langkah percepatan bukan lagi perbaikan, jika telah tercapai dapat dianalisis kembali target jika dimungkinkan dilakukan perubahan target dan bagaimana penentuan perubahannya hingga menggali apa saja faktor-faktor yang mempengaruhi capaian tersebut								

NO	REKOMENDASI	RENCANA TINDAK LANJUT	WAKTU PELAKSANAAN						PENANGGUNG JAWAB
			TW III 2025	TW IV 2025	TW I 2026	TW II 2026	TW III 2026	Dst.	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	ii. Pada bagian Perbandingan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir, cantumkan data kinerja tahun sebelumnya secara lengkap dan lakukan analisis bagaimana perkembangan kinerja dengan rumus yang tepat hingga menggali apa saja yang faktor-faktor yang mempengaruhi kondisi tersebut								
	iii. Melakukan analisis terhadap hasil benchmarking kinerja yang dicantumkan pada bagian perbandingan antara realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan realisasi kinerja di level nasional / internasional dimana substansi bagian ini adalah melihat celah kekurangan organisasi dengan melihat <i>best practice</i> contoh strategi yang efektif untuk menjadi masukan dalam menyusun perbaikan pada instansi dengan <i>core business</i> yang mirip dan dianggap unggul								

NO	REKOMENDASI	RENCANA TINDAK LANJUT	WAKTU PELAKSANAAN						PENANGGUNG JAWAB
			TW III 2025	TW IV 2025	TW I 2026	TW II 2026	TW III 2026	Dst.	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	iv. Meningkatkan kualitas analisis realisasi kinerja dengan menjelaskan upaya konkret ataupun yang mendukung tercapainya kinerja serta menjaring hambatan secara komprehensif berdasarkan analisis yang dilakukan pada bagian pencapaian kinerja baik tahunan atau jangka menengah, perbandingan dengan capaian tahun-tahun sebelumnya dan hasil benchmark								
	v. Meningkatkan kualitas analisis efisiensi dengan menjelaskan upaya/inovasi konkret apa yang dilakukan dalam penggunaan Sumber Daya baik Anggaran, SDM maupun Barang/Aset. Ditambah lagi jika dimungkinkan lakukan analisis kembali terhadap perencanaan SDM kaitannya dengan pencapaian kinerja PD								

NO	REKOMENDASI	RENCANA TINDAK LANJUT	WAKTU PELAKSANAAN						PENANGGUNG JAWAB
			TW III 2025	TW IV 2025	TW I 2026	TW II 2026	TW III 2026	Dst.	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	vi. Rumuskan upaya atau strategi perbaikan dan percepatan yang komprehensif untuk mengatasi seluruh hambatan (dengan terlebih dahulu memperbaiki kualitas analisis hambatan) dan jika perlu mengembangkan upaya yang telah berhasil dilakukan								
18	Kepala Perangkat Daerah dapat secara aktif memimpin seluruh proses penyusunan LKjIP mulai dari melakukan analisis atas baik efisiensi ataupun efektivitas capaian kinerja, faktor pendukung dan hambatan hingga menyusun strategi perbaikan untuk periode berikutnya	Kepala Perangkat Daerah ikut serta memimpin dalam penyusunan LKjIP			v				Kasi Perencanaan dan Rekam Medis
19	Lakukan langkah-langkah inovatif untuk dapat memicu minat seluruh pegawai untuk peduli dan secara aktif memberikan masukan yang baik dan konkret dalam meningkatkan kualitas LKjIP	Merumuskan langkah-langkah inovatif yang menarik minat pegawai untuk turut aktif memberikan masukan demi perbaikan kualitas LKjIP			v				Kasubbag Tata Usaha, Kasi Pelayanan Medis dan Keperawatan, Kasi Perencanaan dan Rekam Medis

NO	REKOMENDASI	RENCANA TINDAK LANJUT	WAKTU PELAKSANAAN						PENANGGUNG JAWAB
			TW III 2025	TW IV 2025	TW I 2026	TW II 2026	TW III 2026	Dst.	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20	Selain melakukan publikasi laporan kinerja melalui website resmi serta lakukan langkah inovatif dalam memicu partisipasi publik untuk memberikan saran dan masukan terkait kinerja organisasi	Partisipasi publik telah difasilitasi pada Forum Renja dan Forum Konsultasi Publik tiap tahun			v		v		Kasubbag Tata Usaha, Kasi Perencanaan dan Rekam Medis
21	Masukkan upaya perbaikan yang telah disusun dalam LKjIP ke dalam dokumen perencanaan periode berikutnya paling tidak pada dokumen rencana aksi sehingga upaya perbaikan dapat benar-benar dilaksanakan dan dievaluasi	Memasukkan upaya perbaikan pada LKjIP tahun 2025 pada dokumen perencanaan (rencana aksi) tahun 2026 agar terjadi kesinambungan perbaikan dari tahun sebelumnya			v				Kasubbag Tata Usaha, Kasi Pelayanan Medis dan Keperawatan, Kasi Perencanaan dan Rekam Medis
22	Melakukan evaluasi AKIP internal dengan menggunakan LKE AKIP internal sesuai ketentuan, mengidentifikasi kriteria-kriteria mana yang belum maksimal untuk secara eksplisit dimasukkan ke dalam Berita Acara sesuai PERBUP 37 Tahun 2025.	Melakukan perbaikan evaluasi AKIP internal untuk penilaian AKIP Tahun 2026				v			Tim SAKIP RSUD Ploso

NO	REKOMENDASI	RENCANA TINDAK LANJUT	WAKTU PELAKSANAAN						PENANGGUNG JAWAB
			TW III 2025	TW IV 2025	TW I 2026	TW II 2026	TW III 2026	Dst.	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23	Memastikan pelaksanaan dan meningkatkan kualitas rencana tindak lanjut dengan terlebih dahulu mencermati dan menganalisis hasil evaluasi ini sehingga tindak lanjut benar-benar mampu meningkatkan kualitas implementasi SAKIP Perangkat Daerah dan kinerja Perangkat Daerah.	Menjadikan hasil evaluasi AKIP tahun 2025 sebagai dasar perbaikan dan pelaksanaan tindak lanjut penerapan SAKIP di RSUD Ploso	v	v	v	v	v		Kasi Perencanaan dan Rekam Medis

## b. Indikator Persentase Capaian Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit

Persentase Capaian Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit menunjukkan realisasi pada triwulan 3 (tiga) tahun 2025 sebesar 84.16% dari target jangka menengah sebesar 85%, dengan tingkat kemajuan mencapai 99.01%. Capaian ini menunjukkan bahwa progress pencapaian indikator telah mendekati target akhir Renstra 2024-2026 dan berada pada kategori sangat baik. Secara substansial, kondisi ini mengindikasikan bahwa sistem mutu dan keselamatan pasien di RSUD Ploso telah berjalan dengan efektif dan konsisten. Untuk mengukur tingkat kemajuan, maka rumus yang digunakan adalah rumus *growth rate* dengan rincian sebagai berikut:

$$\text{Growth Rate} = \frac{\text{Realisasi}}{\text{Target akhir Renstra}} \times 100$$

$$\text{Growth Rate} = \frac{84.16}{85} \times 100$$

$$85$$

$$\text{Growth Rate} = 99.01\%$$

Percepatan pencapaian target dipengaruhi oleh penguatan peran Komite Mutu dan Keselamatan Pasien, meningkatnya kepatuhan unit pelayanan terhadap penerapan indikator mutu nasional, serta dukungan hasil akreditasi rumah sakit. Namun demikian, pencapaian target secara penuh masih memerlukan penguatan pada indikator-indikator yang belum tercapai seperti indikator kepatuhan penggunaan APD dan waktu tunggu rawat jalan. Upaya perbaikan difokuskan pada monitoring berkala, pembinaan serta integrasi indikator mutu ke dalam manajemen kinerja unit pelayanan.

## c. Indikator Net Death Rate (NDR) > 48 jam

Net Death Rate (NDR) sebagai indikator bersifat negatif, dimana semakin kecil nilai NDR maka semakin baik kinerja pelayanan. Indikator ini menunjukkan realisasi pada triwulan 3 (tiga) sebesar 18,02‰ dari batas target maksimal 25‰, dengan tingkat kemajuan sebesar 52,92%. Sedangkan pada triwulan 4 (empat) menunjukkan realisasi sebesar 21.79‰. Meskipun secara nilai absolut capaian masih berada dalam batas target, progres pencapaian terhadap target jangka menengah menunjukkan bahwa upaya penurunan angka kematian pasien rawat inap  $\geq 48$  jam belum berjalan optimal. Untuk mengukur tingkat kemajuan, maka

rumus yang digunakan adalah rumus *growth rate* dengan rincian sebagai berikut:

$$\text{Growth Rate} = \frac{\text{target akhir renstra} - (\text{realisasi} - \text{target renstra})}{\text{Target akhir Renstra 2024-2026}} \times 100$$

$$\text{Growth Rate} = \frac{25 - (18.02 - 25)}{25} \times 100$$

$$\text{Growth Rate} = 52.92\%$$

Perkembangan capaian NDR dalam beberapa tahun terakhir menunjukkan penurunan, yang mengindikasikan adanya tantangan dalam menurunkan angka kematian pasien rawat inap >48 jam. Kondisi ini menunjukkan bahwa meskipun target sebelumnya belum terlampaui, upaya pengendalian NDR masih memerlukan penguatan agar target jangka menengah dapat dicapai secara lebih cepat dan berkelanjutan.

Faktor yang mempengaruhi keterlambatan pencapaian target NDR antara lain :

- 1) Meningkatnya kompleksitas dan tingkat keparahan kasus rujukan, dimana Sebagian besar pasien datang dalam kondisi lanjut, kritis, atau dengan penyakit penyerta (komorbid) yang berat, sehingga meningkatkan risiko kematian meskipun telah diberikan pelayanan sesuai standar.
- 2) Keterlambatan rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun rujukan antar rumah sakit, yang menyebabkan pasien tiba di RSUD Ploso dalam kondisi klinis yang sudah tidak optimal
- 3) Keterbatasan sumber daya pelayanan kritis, baik dari sisi jumlah dan kompetensi SDM, ketersediaan ruang perawatan intensif, maupun sarana penunjang diagnostik dan terapi yang mempengaruhi kecepatan dan efektivitas penanganan kasus berat
- 4) Variasi kepatuhan terhadap standar asuhan klinis dan clinical pathway pada beberapa kasus tertentu, yang dapat berdampak pada ketepatan pengambilan keputusan klinis dan luaran pasien.
- 5) Beban pelayanan rawat inap yang tinggi, terutama pada periode tertentu, yang berpotensi mempengaruhi intensitas pemantauan dan tindak lanjut kondisi pasien.

Di sisi lain, terdapat pula faktor-faktor yang berpotensi mempercepat pencapaian target NDR, antara lain:

- 1) Penguatan mutu asuhan klinis, melalui penerapan standar pelayanan dan *clinical pathway* secara lebih konsisten, khususnya pada kasus-kasus prioritas dan berisiko tinggi
- 2) Pelaksanaan audit kematian dan audit medis secara rutin, yang memungkinkan identifikasi akar penyebab kematian serta penyusunan rekomendasi perbaikan yang lebih tepat sasaran
- 3) Peningkatan koordinasi lintas unit pelayanan, terutama antara IGD, Rawat Inap, ICU, dan unit penunjang, sehingga proses pengambilan keputusan klinis dapat dilakukan lebih cepat dan terintegrasi
- 4) Peningkatan kapasitas dan kompetensi SDM kesehatan, melalui pelatihan penanganan kegawatdaruratan dan kasus kritis
- 5) Optimalisasi sistem triase dan rujukan internal, sehingga pasien mendapatkan pelayanan sesuai tingkat kegawatan sejak awal masuk rumah sakit.

Sebagai upaya perbaikan berkelanjutan, RSUD Ploso terus memperkuat sistem pemantauan dan evaluasi indikator NDR, menjadikan hasil audit kematian sebagai dasar perbaikan mutu klinis, serta mengintegrasikan pengendalian NDR ke dalam perencanaan dan pengukuran kinerja organisasi. Dengan Langkah-langkah tersebut dapat diharapkan percepatan pencapaian target jangka menengah dapat dilakukan secara lebih efektif dan berkelanjutan, sehingga mutu pelayanan dan keselamatan pasien dapat terus ditingkatkan.

#### **d. Indikator Persentase Capaian Indikator Nasional mutu (INM) RS**

Pada awal periode Renstra 2025-2029, persentase capaian Indikator Nasional Mutu RS menunjukkan realisasi sebesar 84.62% dari target jangka menengah sebesar 94%, dengan tingkat kemajuan mencapai 90.02%. Capaian ini menunjukkan bahwa progres pencapaian indikator berada pada jalur yang baik, meskipun masih terdapat selisih yang perlu dikejar pada periode berikutnya. Untuk mengukur tingkat kemajuan, maka rumus yang digunakan adalah rumus *growth rate* dengan rincian sebagai berikut:

$$\text{Growth Rate} = \frac{\text{Realisasi}}{\text{Target akhir Renstra 2025-2029}} \times 100$$

$$\text{Growth Rate} = \frac{84.62}{94} \times 100$$

$$\text{Growth Rate} = 90.02\%$$

Berdasarkan hasil pengukuran, dari 13 (tiga belas) Indikator Nasional Mutu yang menjadi komponen INM RS, terdapat 11 (sebelas) indikator yang telah mencapai target, yaitu:

- 1) kepatuhan kebersihan tangan;
- 2) kepatuhan identifikasi pasien;
- 3) waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi;
- 4) penundaan operasi elektif;
- 5) kepatuhan waktu visite dokter;
- 6) pelaporan hasil kritis laboratorium;
- 7) kepatuhan penggunaan Formularium Nasional (Fornas);
- 8) kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh;
- 9) kepatuhan terhadap alur *clinical pathway*;
- 10) kecepatan waktu tanggap komplain; serta
- 11) kepuasan pasien.

Capaian pada sebagian besar indikator tersebut menunjukkan bahwa penerapan standar pelayanan klinis, keselamatan pasien, serta respon terhadap kebutuhan dan keluhan pasien telah berjalan dengan baik dan konsisten di sebagian besar unit pelayanan.

Namun demikian, masih terdapat 2 (dua) indikator yang belum mencapai target, yaitu kepatuhan penggunaan alat pelindung diri (APD) dan waktu tunggu rawat jalan. Kedua indikator ini menjadi faktor utama yang mempengaruhi belum tercapainya target jangka menengah INM RS secara penuh. Ketidakstabilan kepatuhan penggunaan APD dipengaruhi oleh variasi kepatuhan petugas pada kondisi beban kerja tinggi, serta pengawasan yang belum merata di seluruh shift pelayanan. Sementara itu, indikator waktu tunggu rawat jalan dipengaruhi oleh tingginya volume kunjungan pasien, keterbatasan pemanfaatan sistem pendaftaran daring, serta belum optimalnya pengaturan alur dan jadwal pelayanan rawat jalan.

Dari sisi percepatan pencapaian target, keberhasilan sebagian besar indikator INM RS dipengaruhi oleh penguatan sistem manajemen mutu dan keselamatan pasien, peran aktif Komite Mutu dan Keselamatan Pasien, konsistensi pelaksanaan monitoring dan evaluasi indikator mutu, serta dukungan hasil akreditasi rumah sakit dengan status Paripurna. Selain itu, meningkatnya budaya keselamatan pasien dan kepatuhan terhadap standar pelayanan klinis turut mendorong percepatan pencapaian target pada mayoritas indikator.

Sebagai upaya untuk mengejar selisih capaian terhadap target jangka menengah, RSUD Ploso telah melakukan penguatan monitoring dan evaluasi terhadap indikator yang belum tercapai, peningkatan pengawasan kepatuhan penggunaan APD, serta optimalisasi alur pelayanan rawat jalan melalui pemanfaatan sistem antrean dan pendaftaran online. Selain itu, pembinaan unit pelayanan, pemberian umpan balik berbasis hasil evaluasi, serta integrasi indikator mutu ke dalam penilaian kinerja unit dan individu terus dilakukan agar capaian INM RS dapat meningkat secara konsisten dan target akhir Renstra 2025–2029 dapat dicapai secara optimal.

#### **e. Indikator Status Akreditasi Rumah Sakit**

Indikator Status Akreditasi Rumah Sakit menunjukkan realisasi Paripurna sesuai dengan target Paripurna, dengan tingkat kemajuan mencapai 100%. Capaian ini menunjukkan bahwa target jangka menengah telah tercapai pada awal periode Renstra. Keberhasilan ini didukung oleh komitmen manajemen, keterlibatan seluruh pokja akreditasi, serta konsistensi penerapan standar pelayanan dan keselamatan pasien.

Meskipun target telah tercapai, tantangan ke depan adalah menjaga konsistensi implementasi standar selama masa berlaku akreditasi dan mempersiapkan re-akreditasi sesuai ketentuan. Upaya percepatan difokuskan pada pemeliharaan standar, pelaksanaan *self assessment* berkala, serta penguatan monitoring internal agar kualitas akreditasi tetap terjaga.

#### f. Nilai Indeks Reformasi Birokrasi

Indeks Reformasi Birokrasi (IRB) RSUD Ploso pada tahun 2025 menunjukkan nilai sebesar 77.49 dengan predikat BB (Sangat Baik). Capaian ini mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2024 yang memperoleh nilai 71.95. sehingga menunjukkan adanya percepatan pelaksanaan reformasi birokrasi di lingkungan RSUD Ploso. Peningkatan nilai tersebut menandakan bahwa berbagai upaya perbaikan tata kelola, peningkatan kualitas pelayanan publik, serta penguatan budaya kerja aparatur mulai memberikan dampak positif terhadap kinerja. Untuk mengukur tingkat kemajuan, maka rumus yang digunakan adalah rumus *growth rate* dengan rincian sebagai berikut:

$$\text{Growth Rate} = \frac{\text{Realisasi}}{\text{Target akhir Renstra 2025-2029}} \times 100$$
$$\text{Growth Rate} = \frac{77.49}{75} \times 100$$
$$\text{Growth Rate} = 103.32\%$$

Dilihat dari progres pencapaian terhadap target jangka menengah, nilai IRB tahun 2025 telah melampaui target yang ditetapkan dalam Renstra, sehingga secara kuantitatif menunjukkan bahwa sasaran reformasi birokrasi berada pada jalur yang tepat. Namun demikian, peningkatan capaian tersebut belum sepenuhnya merata pada seluruh komponen penilaian, sehingga masih diperlukan upaya penguatan pada aspek-aspek tertentu agar peningkatan kinerja birokrasi dapat berlangsung secara berkelanjutan.

Berdasarkan hasil evaluasi, peningkatan nilai IRB terutama didorong oleh capaian sasaran strategis reformasi birokrasi yang memiliki bobot terbesar (90%). Pada aspek ini, RSUD Ploso menunjukkan perbaikan signifikan pada dimensi tata kelola pemerintahan digital yang lincah, kolaboratif, dan akuntabel, yang tercermin dari meningkatnya Indeks SPBE, tingkat digitalisasi layanan, indeks perencanaan pembangunan, serta pengelolaan pengaduan masyarakat yang konsisten dan responsif. Selain itu, pada dimensi budaya birokrasi BerAKHLAK, terjadi peningkatan nilai yang cukup berarti, yang mencerminkan mulai terinternalisasinya nilai-nilai dasar ASN dalam pelaksanaan tugas dan pelayanan publik.

Di sisi lain, faktor yang mempengaruhi keterlambatan percepatan pencapaian target IRB secara optimal masih ditemukan pada komponen capaian strategi pelaksanaan reformasi birokrasi, yang justru mengalami penurunan nilai dibandingkan tahun sebelumnya. Kondisi ini disebabkan oleh belum optimalnya pengelolaan reformasi birokrasi secara sistemik, antara lain belum terbentuknya Agen Perubahan secara efektif, kualitas rencana aksi yang masih berorientasi pada pemenuhan dokumen administratif, serta proses monitoring dan evaluasi internal yang belum sepenuhnya mampu mengawal efektivitas pelaksanaan reformasi birokrasi. Selain itu, tidak seluruh rekomendasi hasil evaluasi tahun sebelumnya ditindaklanjuti secara tuntas, sehingga daya ungkit rencana aksi terhadap pencapaian sasaran reformasi birokrasi belum maksimal.

Beberapa indikator pendukung reformasi birokrasi juga masih menunjukkan tantangan, seperti implementasi Sistem Pengendalian Intern Pemerintah (SPIP) yang belum dievaluasi secara optimal, pembangunan Zona Integritas yang belum sepenuhnya memenuhi seluruh kriteria penilaian, serta pengelolaan kinerja pegawai dan internalisasi nilai BerAKHLAK yang belum konsisten di seluruh unit kerja. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa peningkatan nilai IRB masih bersifat parsial dan memerlukan penguatan integrasi antara perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan tindak lanjut perbaikan.

Sebagai upaya percepatan dan penguatan pencapaian target jangka menengah, RSUD Ploso telah dan akan melakukan beberapa langkah strategis, antara lain penyempurnaan rencana aksi reformasi birokrasi agar lebih berbasis pada permasalahan riil dan berdampak langsung pada perbaikan tata kelola, penguatan proses monitoring dan evaluasi internal secara berkala, serta peningkatan peran pimpinan dalam mengawal implementasi reformasi birokrasi. Selain itu, dilakukan penguatan budaya kerja BerAKHLAK melalui internalisasi nilai yang lebih aplikatif, peningkatan kualitas pengelolaan kinerja ASN, serta pemanfaatan hasil evaluasi sebagai dasar pengambilan keputusan manajerial.

Dengan berbagai upaya tersebut, peningkatan Indeks Reformasi Birokrasi RSUD Ploso diharapkan tidak hanya tercermin pada nilai evaluasi semata, tetapi juga memberikan dampak nyata terhadap peningkatan kualitas pelayanan publik, efektivitas tata kelola organisasi, serta kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan rumah sakit.

**Tabel 3.14**  
**Perbandingan Realisasi Kinerja Program s.d Akhir Periode**  
**RPJMD/Renstra**

Program	Indikator Kinerja	Target Akhir RPJMD / Renstra	Realisasi	Tingkat Kemajuan (%)
<b>Renstra 2024-2026</b>				
1. Penunjang Urusan Pemerintah Daerah Kabupaten / Kota	Persentase Rata-rata Capaian Kinerja Aparatur	100%	100%	100%
2. Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat	Persentase capaian pemenuhan sarana, prasarana, alat Kesehatan, dan SDM Penunjang layanan rujukan	86%	74.83%	87.01%
	Persentase capaian SPM RS	91.49%	81.91%	89.52%
<b>Renstra 2025-2029</b>				
1. Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat	Persentase Capaian Indikator Mutu Prioritas RS lingkup Manajemen	80%	92.78%	115.97%
	Persentase Capaian Indikator Mutu Prioritas RS lingkup Pelayanan	100%	88.89%	88.89%
	Nilai Akreditasi RS	93	82.21	88.39%
2. Penunjang Urusan Pemerintah Daerah Kabupaten / Kota	Nilai Evaluasi AKIP Perangkat Daerah	75	70.02	83.33%

Sumber : diolah unit Perencanaan RSUD Ploso, 2025

#### a. Indikator Persentase Rata-Rata Capaian Kinerja Aparatur

Persentase rata-rata capaian kinerja aparatur RSUD Ploso pada Renstra 2024-2026 menunjukkan realisasi sebesar 100%, sesuai dengan target akhir Renstra sebesar 100%, sehingga tingkat kemajuan indikator ini juga mencapai 100%. Untuk mengukur tingkat kemajuan, maka rumus yang digunakan adalah rumus *growth rate* dengan rincian sebagai berikut:

$$\begin{aligned} \text{Growth Rate} &= \frac{\text{Realisasi}}{\text{Target akhir Renstra 2024-2026}} \times 100 \\ \text{Growth Rate} &= \frac{100}{100} \times 100 \\ \text{Growth Rate} &= 100.00\% \end{aligned}$$

Capaian tersebut menunjukkan bahwa target jangka menengah telah tercapai sepenuhnya dan berada pada kondisi optimal. Hal ini mencerminkan bahwa kinerja aparatur, khususnya ASN di lingkungan RSUD Ploso, telah dinilai baik dan sangat baik berdasarkan hasil evaluasi kinerja yang dilaksanakan secara periodik.

Percepatan pencapaian target indikator ini dipengaruhi oleh penerapan sistem penilaian kinerja yang konsisten, kejelasan pembagian tugas dan tanggung jawab, serta penguatan pembinaan dan pengawasan kinerja oleh pimpinan unit. Selain itu, keterkaitan antara kinerja individu dengan kinerja organisasi telah mendorong aparatur untuk mencapai kinerja yang ditetapkan. Kedepan, tantangan utama bukan lagi pada pencapaian target, melainkan pada upaya mempertahankan kualitas kinerja aparatur secara berkelanjutan.

#### b. Indikator Persentase Capaian Pemenuhan Sarana, Prasarana, Alat Kesehatan dan SDM penunjang Layanan Rujukan

Indikator Persentase Capaian Pemenuhan Sarana, Prasarana, Alat Kesehatan dan SDM Penunjang layanan Rujukan menunjukkan realisasi sebesar 74.83% dari target akhir Renstra 2024-2026 sebesar 86%, dengan tingkat kemajuan mencapai 87.01%. Untuk mengukur tingkat kemajuan, maka rumus yang digunakan adalah rumus *growth rate* dengan rincian sebagai berikut:

$$\begin{aligned} \text{Growth Rate} &= \frac{\text{Realisasi}}{\text{Target akhir Renstra 2024-2026}} \times 100 \\ \text{Growth Rate} &= \frac{74.83}{86} \times 100 \\ \text{Growth Rate} &= 87.01\% \end{aligned}$$

Capaian ini menuju target jangka menengah telah berjalan, namun masih terdapat selisih capaian yang perlu dikejar agar target akhir Renstra dapat terpenuhi.

Keterlambatan pencapaian target indikator ini dipengaruhi oleh beberapa faktor utama, antara lain perubahan kebijakan dan standar pada aplikasi ASPAK yang menyebabkan sebagian sarana, prasarana, dan alat kesehatan yang sebelumnya dinilai memenuhi standar menjadi belum sesuai dengan standar terbaru. Selain itu, keterbatasan anggaran berdampak pada belum optimalnya pemenuhan kebutuhan sarana, prasarana, alat kesehatan, serta SDM penunjang layanan rujukan secara simultan. Di sisi lain, percepatan pencapaian target didukung oleh upaya pemenuhan kebutuhan secara bertahap dan berbasis prioritas, khususnya pada layanan rujukan dan pelayanan kritis.

**c. Indikator Persentase Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit**

Persentase Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit RSUD Ploso pada periode pelaporan menunjukkan realisasi sebesar 81,91% dari target akhir Renstra 2024-2026 sebesar 91,49%, dengan tingkat kemajuan mencapai 89,52%. Untuk mengukur tingkat kemajuan, maka rumus yang digunakan adalah rumus *growth rate* dengan rincian sebagai berikut:

$$\begin{aligned} \text{Growth Rate} &= \frac{\text{Realisasi}}{\text{Target akhir Renstra 2024-2026}} \times 100 \\ \text{Growth Rate} &= \frac{81.91}{91.49} \times 100 \\ \text{Growth Rate} &= 89.52\% \end{aligned}$$

Capaian ini menunjukkan bahwa secara kuantitatif, progres pencapaian kinerja terhadap target jangka menengah telah berada pada kategori cukup

baik, namun masih terdapat selisih capaian yang perlu dikejar agar target akhir Renstra 2024-2026 dapat dicapai secara optimal.

Dari sisi perkembangan kinerja, capaian SPM RSUD Ploso mengalami fluktuasi antar periode yang dipengaruhi oleh variasi capaian pada masing-masing indikator SPM. Beberapa indikator SPM telah menunjukkan capaian yang konsisten dan mendekati standar, namun masih terdapat indikator tertentu yang belum mencapai target, sehingga mempengaruhi capaian agregat SPM secara keseluruhan. Kondisi ini menunjukkan bahwa upaya pemenuhan standar pelayanan telah berjalan, tetapi belum sepenuhnya merata di seluruh lingkup pelayanan.

Faktor-faktor yang mempengaruhi keterlambatan pencapaian target jangka menengah antara lain keterbatasan sumber daya manusia pada beberapa unit pelayanan, terutama tenaga medis dan tenaga penunjang tertentu, serta keterbatasan sarana dan prasarana pendukung pelayanan sesuai standar SPM. Selain itu, kondisi pasien yang datang dalam keadaan berat atau kritis, khususnya pasien rujukan, turut mempengaruhi capaian beberapa indikator SPM, terutama yang berkaitan dengan luaran pelayanan klinis. Disamping itu, kepatuhan terhadap prosedur operasional standar dan ketepatan pengisian dokumen pelayanan pada beberapa unit masih memerlukan penguatan.

Di sisi lain, terdapat beberapa faktor yang berperan dalam percepatan pencapaian target SPM, antara lain komitmen manajemen rumah sakit dalam pemenuhan standar pelayanan, pelaksanaan monitoring dan evaluasi SPM secara berkala, serta penguatan koordinasi lintas unit pelayanan. Pembinaan terhadap unit-unit yang capaian SPM-nya belum optimal dan pemanfaatan hasil evaluasi sebagai dasar perbaikan juga turut mendorong peningkatan capaian pada sebagian indikator SPM.

Sebagai upaya percepatan pencapaian target jangka menengah, RSUD Ploso terus melakukan penguatan sistem pemantauan dan evaluasi SPM, peningkatan kapasitas SDM melalui pelatihan dan pembinaan, serta pemenuhan sarana dan prasarana secara bertahap sesuai kemampuan anggaran. Dengan langkah-langkah tersebut, diharapkan capaian SPM Rumah Sakit dapat meningkat secara konsisten dan target akhir Renstra dapat dicapai secara optimal, sehingga mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat dapat terus ditingkatkan.

**d. Indikator Persentase Capaian Indikator Mutu Prioritas RS Lingkup Manajemen**

Indikator Persentase Capaian Indikator Mutu Prioritas RS Lingkup Manajemen menunjukkan realisasi sebesar 92,78% dari target akhir Renstra 2025-2029 sebesar 80%, dengan tingkat kemajuan mencapai 115,97%. Untuk mengukur tingkat kemajuan, maka rumus yang digunakan adalah rumus *growth rate* dengan rincian sebagai berikut:

$$\begin{aligned} \text{Growth Rate} &= \frac{\text{Realisasi}}{\text{Target akhir Renstra 2025-2029}} \times 100 \\ \text{Growth Rate} &= \frac{92.78}{80} \times 100 \\ \text{Growth Rate} &= 115.97\% \end{aligned}$$

Capaian ini menunjukkan bahwa target jangka menengah telah terlampaui pada awal periode Renstra. Indikator ini mengukur kelengkapan pengisian rekam medis dalam waktu 24 jam setelah pelayanan selesai.

Percepatan pencapaian target dipengaruhi oleh meningkatnya kepatuhan tenaga kesehatan dalam pengisian rekam medis, penguatan peran instalasi rekam medis dan kepala ruangan dalam monitoring, serta adanya penegasan regulasi dan standar operasional prosedur terkait dokumentasi pelayanan. Tantangan ke depan adalah menjaga konsistensi capaian dan memastikan budaya dokumentasi tetap terpelihara secara berkelanjutan.

**e. Indikator Persentase Capaian Indikator Mutu Prioritas RS Lingkup Pelayanan**

Persentase Capaian Indikator Mutu Prioritas RS Lingkup Pelayanan pada periode pelaporan menunjukkan realisasi sebesar 88,89% dari target jangka menengah Renstra 2025-2029 sebesar 100%, dengan tingkat kemajuan mencapai 88,89%. Untuk mengukur tingkat kemajuan, maka rumus yang digunakan adalah rumus *growth rate* dengan rincian sebagai berikut:

$$\begin{aligned} \text{Growth Rate} &= \frac{\text{Realisasi}}{\text{Target akhir Renstra 2025-2029}} \times 100 \\ \text{Growth Rate} &= \frac{88.89}{100} \times 100 \end{aligned}$$

*Growth Rate = 88.89%*

Capaian ini menunjukkan bahwa secara umum progres pencapaian kinerja mutu pelayanan telah berada pada jalur yang baik, namun masih terdapat selisih capaian yang perlu ditingkatkan agar target jangka menengah dapat dicapai secara optimal.

Berdasarkan hasil pengukuran, sebagian besar indikator mutu prioritas lingkup pelayanan telah menunjukkan capaian yang baik dan memenuhi target yang ditetapkan. Kondisi ini mencerminkan bahwa penerapan standar pelayanan klinis, keselamatan pasien, serta kepatuhan terhadap prosedur pelayanan di sebagian besar unit pelayanan telah berjalan dengan konsisten. Faktor-faktor tersebut berperan penting dalam percepatan pencapaian target, antara lain meningkatnya pemahaman dan kepatuhan tenaga kesehatan terhadap standar pelayanan, pelaksanaan monitoring dan evaluasi mutu secara rutin, serta dukungan manajemen dalam penguatan sistem mutu dan keselamatan pasien.

Namun demikian, capaian indikator secara keseluruhan masih dipengaruhi oleh belum optimalnya kepatuhan pelaksanaan asesmen awal medis pasien bedah umum di rawat inap, yang menjadi faktor utama keterlambatan pencapaian target jangka menengah. Ketidakoptimalan pada indikator tersebut dipengaruhi oleh variasi kepatuhan tenaga medis dalam melaksanakan dan mendokumentasikan asesmen awal medis sesuai standar, beban kerja pelayanan yang cukup tinggi pada unit rawat inap bedah, serta belum optimalnya pengawasan dan evaluasi terhadap kelengkapan asesmen awal medis. Kondisi ini menyebabkan masih terdapat sebagian kasus yang belum memenuhi standar mutu yang ditetapkan, sehingga berdampak pada capaian agregat indikator mutu prioritas lingkup pelayanan.

Sebagai upaya percepatan pencapaian target jangka menengah, RSUD Ploso telah dan terus melakukan penguatan sosialisasi dan pemahaman terkait kewajiban pelaksanaan asesmen awal medis, peningkatan pengawasan oleh kepala ruangan dan penanggung jawab pelayanan, serta pelaksanaan audit internal disertai umpan balik kepada unit terkait. Selain itu, hasil pengukuran indikator mutu dimanfaatkan sebagai dasar pembinaan dan perbaikan

berkelanjutan, sehingga indikator yang telah tercapai dapat dipertahankan dan indikator yang belum optimal dapat segera ditingkatkan.

Dengan langkah-langkah tersebut, diharapkan Persentase Capaian Indikator Mutu Prioritas RS Lingkup Pelayanan dapat meningkat secara konsisten pada periode berikutnya dan target jangka menengah dapat dicapai secara optimal, sekaligus mendukung peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien secara berkelanjutan di RSUD Ploso.

#### f. Indikator Nilai Akreditasi Rumah Sakit

Indikator Nilai Akreditasi Rumah Sakit merupakan salah satu indikator strategis yang menggambarkan tingkat pemenuhan standar mutu, keselamatan pasien, dan tata kelola rumah sakit secara menyeluruh. Pada periode pelaporan, Nilai Akreditasi RSUD Ploso menunjukkan realisasi sebesar 82,21 dari target jangka menengah Renstra 2025-2029 sebesar 93, dengan tingkat kemajuan mencapai 88,39%. Untuk mengukur tingkat kemajuan, maka rumus yang digunakan adalah rumus *growth rate* dengan rincian sebagai berikut:

$$\text{Growth Rate} = \frac{\text{Realisasi}}{\text{Target akhir Renstra 2025-2029}} \times 100$$
$$\text{Growth Rate} = \frac{82.21}{93} \times 100$$
$$\text{Growth Rate} = 88.39\%$$

Capaian ini menunjukkan bahwa secara umum progres pencapaian kinerja terhadap target jangka menengah telah berada pada kategori baik, namun masih terdapat selisih capaian yang perlu ditingkatkan agar target akhir Renstra dapat dicapai secara optimal.

Berdasarkan hasil evaluasi dan telaah dokumen terhadap seluruh kelompok kerja (Pokja) akreditasi, dapat disimpulkan bahwa rumah sakit telah memiliki komitmen yang kuat dalam pemenuhan standar akreditasi, yang tercermin dari ketersediaan kebijakan, pedoman, serta pelaksanaan kegiatan di sebagian besar Pokja. Namun demikian, capaian nilai akreditasi belum sepenuhnya optimal karena masih ditemukan kesenjangan yang bersifat sistemik dan berulang, terutama pada aspek konsistensi implementasi standar

di lapangan, kelengkapan dan keterpaduan bukti dukung, serta siklus pemantauan, evaluasi, dan tindak lanjut yang belum berjalan secara konsisten.

Faktor-faktor yang mempengaruhi keterlambatan pencapaian target jangka menengah antara lain belum optimalnya ketertiban tata naskah regulasi, perbedaan kualitas dokumentasi antar unit pelayanan, serta belum meratanya pemahaman seluruh staf terhadap standar dan elemen penilaian akreditasi. Selain itu, pelaksanaan supervisi, audit internal, dan pelaporan berkala pada beberapa Pokja belum dilakukan secara terjadwal, sehingga capaian mutu dan keselamatan pasien belum seluruhnya dapat dibuktikan secara objektif dan berkelanjutan.

Di sisi lain, terdapat sejumlah faktor yang berperan dalam percepatan pencapaian target nilai akreditasi, antara lain komitmen pimpinan rumah sakit, keterlibatan aktif tim dan Pokja akreditasi, serta pengalaman RSUD Ploso dalam pelaksanaan survei akreditasi sebelumnya. Untuk mempercepat pencapaian target jangka menengah, RSUD Ploso secara aktif melaksanakan *self assessment* akreditasi secara berkala, sehingga kesenjangan terhadap standar dapat diidentifikasi lebih dini dan ditindaklanjuti secara sistematis.

Selain itu, dilakukan observasi langsung ke unit-unit pelayanan untuk memastikan kesesuaian antara dokumen, implementasi, dan praktik pelayanan di lapangan. Upaya percepatan juga diperkuat melalui pelaksanaan simulasi survei akreditasi yang dirancang menyerupai survei akreditasi sebenarnya, meliputi telusur pasien, telusur sistem, wawancara lintas profesi, telaah dokumen, dan telusur lapangan. Simulasi ini bertujuan untuk meningkatkan kesiapan seluruh unit dan staf, membiasakan budaya mutu, serta menguji konsistensi penerapan standar secara nyata.

Dengan pelaksanaan langkah-langkah percepatan tersebut, diharapkan capaian Nilai Akreditasi Rumah Sakit dapat meningkat secara signifikan pada periode berikutnya, sehingga target jangka menengah dapat dicapai secara optimal. Upaya ini sekaligus memperkuat budaya mutu dan keselamatan pasien sebagai bagian integral dari tata kelola rumah sakit yang berkelanjutan.

#### **g. Indikator Nilai Evaluasi AKIP Perangkat Daerah**

Nilai Evaluasi AKIP RSUD Ploso pada tahun pelaporan menunjukkan realisasi sebesar 70,02 dari target jangka menengah sebesar 75, dengan tingkat

kemajuan mencapai 83,33%. Untuk mengukur tingkat kemajuan, maka rumus yang digunakan adalah rumus *growth rate* dengan rincian sebagai berikut:

$$\text{Growth Rate} = \frac{\text{Realisasi}}{\text{Target akhir Renstra 2025-2029}} \times 100$$
$$\text{Growth Rate} = \frac{70.02}{75} \times 100$$
$$\text{Growth Rate} = 83.33\%$$

Capaian ini menempatkan implementasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) RSUD Ploso pada kategori cukup baik, namun masih menunjukkan adanya jarak capaian terhadap target akhir Renstra yang perlu dikejar melalui langkah percepatan yang lebih terarah dan sistematis.

Dilihat dari progres pencapaian terhadap target jangka menengah, capaian AKIP RSUD Ploso menunjukkan bahwa sebagian besar komponen SAKIP telah diterapkan, namun kualitas implementasinya belum sepenuhnya merata dan mendalam. Evaluasi menunjukkan bahwa aspek perencanaan kinerja, pengukuran kinerja, serta pelaporan kinerja telah berjalan, tetapi belum sepenuhnya berbasis pada outcome dan hubungan sebab–akibat yang logis sebagaimana diamanatkan dalam kebijakan SAKIP terbaru.

Faktor utama yang mempengaruhi keterlambatan pencapaian target AKIP antara lain:

1. Perumusan tujuan dan sasaran Perangkat Daerah yang pada periode sebelumnya belum sepenuhnya menggambarkan *core business* RSUD Ploso dan isu strategis yang dihadapi, sehingga berdampak pada kualitas penjenjangan kinerja dan keterukuran outcome.
2. Penjenjangan kinerja (*cascading*) yang belum sepenuhnya selaras antara kinerja organisasi, kinerja unit, hingga kinerja individu, sehingga sebagian indikator masih berorientasi pada aktivitas dan belum sepenuhnya berorientasi hasil.
3. Kualitas indikator kinerja yang pada beberapa sasaran belum sepenuhnya memenuhi kriteria SMART, khususnya pada aspek relevansi (*relevant*) dan keterkaitan langsung dengan kinerja yang diukur.
4. Monitoring dan evaluasi kinerja yang belum dilakukan secara konsisten dan berjenjang setiap periode, sehingga hasil pengukuran kinerja belum

dimanfaatkan secara optimal sebagai dasar perbaikan dan percepatan kinerja.

5. Kualitas rencana aksi dan analisis capaian kinerja yang masih perlu diperdalam, baik dalam menjelaskan hambatan, efisiensi penggunaan sumber daya, maupun strategi konkret percepatan pencapaian target.

Sebagai respons terhadap hasil evaluasi tersebut, RSUD Ploso telah menyusun dan mulai melaksanakan Rencana Tindak Lanjut (RTL) Hasil Evaluasi SAKIP Tahun 2025 secara bertahap dan terjadwal. Upaya percepatan pencapaian target AKIP difokuskan pada:

1. Penyesuaian dan penguatan tujuan serta sasaran Perangkat Daerah pada Renstra 2025–2029 agar lebih relevan dengan tugas dan fungsi RSUD Ploso. Melibatkan pimpinan perangkat daerah dalam setiap kegiatan, monitoring dan evaluasi SAKIP.
2. Perbaikan penjenjangan kinerja dan cascading sesuai dengan PERMENPAN RB Nomor 89 Tahun 2021, sehingga hubungan sebab–akibat antara outcome, output, dan intervensi menjadi lebih jelas.
3. Reviu dan penyempurnaan indikator kinerja agar memenuhi kriteria SMART dan benar-benar mencerminkan kinerja yang diharapkan.
4. Penguatan monitoring, evaluasi, dan dialog kinerja secara periodik dan berjenjang, sehingga hasil pengukuran kinerja dapat dimanfaatkan sebagai dasar pengambilan keputusan dan penyesuaian strategi.
5. Peningkatan kualitas pelaporan LKjIP, khususnya pada aspek analisis capaian, efisiensi, hambatan, dan strategi perbaikan, agar lebih informatif dan berorientasi pada pembelajaran organisasi.

Dengan pelaksanaan RTL tersebut, Nilai Evaluasi AKIP RSUD Ploso diharapkan tidak hanya meningkat secara angka, tetapi juga mencerminkan peningkatan kualitas tata kelola kinerja yang lebih terintegrasi, berorientasi hasil, dan berkelanjutan. Langkah-langkah percepatan ini menjadi fondasi penting untuk mencapai target jangka menengah AKIP serta mendukung terwujudnya akuntabilitas dan kinerja pelayanan publik yang lebih baik pada periode Renstra berikutnya.

**3.1.5 Perbandingan antara realisasi kinerja tahun ini dengan realisasi kinerja di level nasional/internasional.**

**Tabel 3.15  
Perbandingan Realisasi Kinerja Sasaran RSUD Ploso Tahun 2025  
dengan Realisasi Nasional**

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Realisasi Tahun n	Realisasi Nasional	Ket.
Renstra 2024-2026				
1. Meningkatnya akuntabilitas dan kinerja perangkat daerah	Nilai Evaluasi AKIP RSUD Ploso	70.02	73.61	
2. Meningkatnya kualitas pelayanan Kesehatan rujukan RSUD Ploso	Persentase Capaian Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit	84.16%	100%	
	NDR (angka Kematian > 48 Jam)	18.02 ‰	-	Target nasional ≤ 25‰
1. Meningkatnya kualitas pelayanan keehatan di RSUD Ploso	Persentase capaian indikator Nasional Mutu (INM) RS	84.62%	-	
	Status Akreditasi	Paripurna	-	
2. Meningkatnya Akuntabilitas Dan Kinerja Birokrasi Perangkat Daerah	Indeks Reformasi Birokrasi Perangkat Daerah	77.49	-	

Sumber : diolah unit Perencanaan RSUD Ploso, 2025

Berdasarkan Tabel 3.15 Perbandingan Realisasi Kinerja Sasaran RSUD Ploso Tahun 2025 dengan Realisasi Provinsi/Nasional, dikarenakan pada beberapa indikator tabel belum menampilkan pembandingan provinsi/nasional atau nama instansi benchmark secara spesifik, maka interpretasi gap dilakukan berdasarkan data yang tersedia dalam tabel, standar nasional yang tercantum, serta pembelajaran dari praktik umum instansi/rumah sakit yang memiliki *core business* sejenis dan berkinerja unggul.

**a. Meningkatnya akuntabilitas dan kualitas kinerja perangkat daerah**

Pada indikator Nilai Evaluasi AKIP RSUD Ploso, realisasi tahun 2025 sebesar 70,02, sedangkan pembandingan nasional sebesar 73,61. Dengan demikian terdapat gap sebesar 3,59 poin di bawah capaian nasional. Kondisi ini menunjukkan bahwa RSUD Ploso telah memiliki fondasi akuntabilitas kinerja yang cukup baik, namun masih perlu penguatan agar kualitas perencanaan, pengukuran, pelaporan, dan evaluasi kinerja lebih terintegrasi dan berorientasi hasil.

Kelebihan RSUD Ploso adalah sudah mampu menjaga nilai AKIP pada level yang cukup stabil dan menunjukkan adanya sistem kinerja yang berjalan. Namun, jika dibandingkan dengan instansi yang lebih unggul, kelemahannya kemungkinan masih terletak pada keterkaitan yang belum sepenuhnya kuat antara perencanaan program, penganggaran, indikator hasil, dan tindak lanjut evaluasi. Dengan kata lain, orientasi kinerja masih perlu lebih diarahkan pada hasil dan manfaat program, bukan hanya pada pemenuhan dokumen administrative. Strategi unggul yang dapat diadopsi adalah memperkuat *cascading* kinerja sampai level unit, membangun dashboard monitoring kinerja secara berkala, serta memastikan bahwa evaluasi triwulanan benar-benar digunakan sebagai dasar perbaikan program dan efisiensi anggaran.

**b. Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan rujukan RSUD Ploso**

Pada indikator Persentase Capaian Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit, RSUD Ploso mencatat realisasi 84,16%, sedangkan

pembandingan nasional sebesar 100%, sehingga terdapat gap sebesar 15,84%. Gap ini menunjukkan bahwa mutu pelayanan rujukan RSUD Ploso sudah cukup baik, tetapi belum sepenuhnya setara dengan capaian ideal nasional. Hal ini mengindikasikan masih adanya indikator mutu yang belum tercapai optimal atau belum konsisten di seluruh unit pelayanan.

Di sisi lain, pada indikator NDR < 48 jam, realisasi RSUD Ploso sebesar 18,02‰, masih lebih baik daripada batas standar nasional ≤ 25‰. Artinya, dari sisi indikator luaran pelayanan tertentu, RSUD Ploso justru berada pada posisi yang baik dan memiliki keunggulan dalam pengendalian kematian rumah sakit sesuai standar. Kondisi ini menunjukkan bahwa secara klinis rumah sakit memiliki kapasitas pelayanan yang cukup baik, namun masih perlu meningkatkan konsistensi capaian indikator mutu secara menyeluruh. Strategi unggul yang dapat diterapkan dari rumah sakit rujukan yang lebih maju adalah penguatan audit mutu klinis rutin, pemanfaatan dashboard indikator mutu per unit, pelaksanaan review kasus dan tindak lanjut cepat, serta peningkatan budaya mutu yang tidak berhenti pada pelaporan, tetapi sampai pada perbaikan proses layanan.

### **c. Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan di RSUD Ploso**

Pada indikator Persentase Capaian Indikator Mutu di RSUD Ploso (INM) RS, realisasi mencapai 84,62%. Sementara itu, pada indikator Status Akreditasi, RSUD Ploso telah mencapai status Paripurna. Walaupun tabel tidak menampilkan pembandingan nasional secara langsung untuk kedua indikator ini, capaian tersebut menunjukkan bahwa RSUD Ploso berada pada posisi yang cukup kuat dalam tata kelola mutu internal dan pemenuhan standar akreditasi.

Kelebihan utama RSUD Ploso pada sasaran ini adalah telah memiliki legitimasi mutu yang kuat melalui akreditasi paripurna, yang menandakan standar pelayanan, keselamatan pasien, dan tata kelola organisasi sudah berjalan cukup baik. Namun, kekurangan yang masih mungkin muncul adalah menjaga agar capaian akreditasi tidak hanya baik saat penilaian, tetapi tetap konsisten dalam praktik harian.

Dibandingkan instansi yang benar-benar unggul, tantangan RSUD Ploso biasanya terletak pada keberlanjutan implementasi standar, kedisiplinan dokumentasi, dan pemerataan mutu antarunit. Strategi unggul yang dapat diimplementasikan adalah memperkuat internal audit berbasis telusur, melakukan refreshment standar akreditasi secara berkala, dan memastikan setiap hasil monitoring mutu langsung ditindaklanjuti dalam rencana perbaikan unit.

#### **d. Meningkatnya akuntabilitas dan kinerja birokrasi perangkat daerah**

Pada indikator Indeks Reformasi Birokrasi Perangkat Daerah, RSUD Ploso memperoleh realisasi 77,49. Walaupun tabel tidak menampilkan pembandingan provinsi/nasional, nilai ini menunjukkan bahwa kinerja reformasi birokrasi RSUD Ploso sudah berada pada kategori yang cukup baik. Posisi ini menggambarkan adanya kemajuan dalam tata kelola organisasi, pelayanan publik, serta penataan birokrasi internal.

Kelebihan RSUD Ploso terlihat pada kemampuannya mempertahankan reformasi birokrasi sebagai bagian dari penguatan organisasi. Namun, dibandingkan instansi yang lebih unggul, ruang perbaikan masih terbuka terutama dalam aspek penyederhanaan proses bisnis, digitalisasi layanan administrasi, penguatan manajemen risiko, serta peningkatan budaya kerja yang lebih adaptif dan responsif. Strategi unggul yang relevan untuk diterapkan adalah pengembangan layanan birokrasi berbasis digital, penguatan standar layanan dan pengelolaan pengaduan, pelaksanaan monitoring reformasi birokrasi per area perubahan, serta mendorong evaluasi yang lebih terukur terhadap dampak reformasi birokrasi terhadap kualitas pelayanan publik rumah sakit.

Secara keseluruhan, posisi RSUD Ploso tahun 2025 menunjukkan bahwa organisasi telah memiliki kinerja yang cukup baik, terutama pada indikator akreditasi, mutu internal, dan capaian indikator luaran pelayanan seperti NDR. Namun demikian, masih terdapat gap pada

aspek AKIP dan indikator nasional mutu rumah sakit jika dibandingkan pembanding nasional. Hal ini menandakan bahwa penguatan ke depan perlu difokuskan pada konsistensi mutu, integrasi sistem kinerja, serta transformasi tata kelola berbasis data. *Benchmarking* terhadap instansi dengan *core business* serupa yang lebih unggul akan sangat bermanfaat, terutama untuk mengadopsi strategi efektif berupa digitalisasi monitoring, audit berkala, cascading kinerja, serta budaya perbaikan berkelanjutan.

**Tabel 3.16**  
**Perbandingan Realisasi Kinerja Program RSUD Ploso Tahun 2025**  
**dengan Realisasi Nasional**

Program	Indikator Kinerja	Realisasi Tahun n	Realisasi Nasional	Ket.
Renstra 2024-2026				
1. Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah Kabupaten / Kota	Persentase Rata-rata Capaian Kinerja Pegawai	100%	100%	
2. Program Pemenuhan upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat	Persentase Capaian Pemenuhan Sarana, Prasarana, Alat Kesehatan dan SDM Penunjang Layanan Rujukan	84.16%	100%	
	Persentase Capaian SPM RS	81.91%	68.76%	

Program	Indikator Kinerja	Realisasi Tahun n	Realisasi Nasional	Ket.
Renstra 2024-2026				
1. Program Pemenuhan upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat	Persentase Capaian Indikator Mutu lingkup Manajemen	92.87%	-	
	Persentase Capaian Indikator Mutu lingkup Pelayanan	88.89%	-	
	Nilai Akreditasi RS	82.21	-	
2. Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah Kabupaten / Kota	Nilai Evaluasi AKIP Perangkat Daerah	70.02	73.61	

Sumber : diolah unit Perencanaan RSUD Ploso, 2025

Dari tabel perbandingan di atas, terlihat bahwa posisi RSUD Ploso tidak seragam: ada indikator yang sudah setara atau melampaui nasional, namun ada pula indikator yang masih menunjukkan gap cukup nyata. Ini berarti perbaikan tidak perlu dilakukan secara merata, tetapi difokuskan pada titik lemah yang paling memengaruhi mutu layanan dan tata kelola.

**a. Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah Kabupaten / Kota**

Pada sasaran ini, Persentase Rata-rata Capaian Kinerja Perangkat Daerah mencapai 100%, sama dengan capaian nasional 100%. Secara administratif, hal ini menunjukkan bahwa pelaksanaan program penunjang dan pemenuhan target-target kinerja dasar sudah berjalan baik. RSUD Ploso

mampu menjaga kepatuhan terhadap target program dan menunjukkan disiplin pelaksanaan yang relatif baik. Dari sisi ini, posisi RSUD Ploso tidak tertinggal.

Namun, ketika dilihat dari indikator yang lebih substantif, yaitu Nilai Evaluasi AKIP Perangkat Daerah, capaian RSUD Ploso sebesar 70,02, masih di bawah capaian nasional 73,61, sehingga terdapat gap 3,59 poin. Gap ini penting, karena menunjukkan bahwa masalah utama bukan lagi pada pelaksanaan program secara umum, melainkan pada kualitas sistem akuntabilitas kerjanya. Dengan kata lain, program dapat berjalan dan target administratif dapat tercapai, tetapi siklus manajemen kinerja—mulai dari perencanaan, penganggaran, pengukuran, evaluasi, hingga tindak lanjut—belum sekuat instansi yang lebih unggul.

Kondisi nyata di lapangan biasanya terlihat pada beberapa hal, yaitu indikator belum seluruhnya benar-benar menggambarkan *outcome*, hubungan antara anggaran dan hasil belum cukup tajam, evaluasi triwulanan masih lebih banyak bersifat pelaporan daripada alat koreksi manajerial, dan data dukung antarunit belum sepenuhnya konsisten. Ini menjadi kekurangan utama RSUD Ploso bila dibandingkan dengan perangkat daerah atau rumah sakit daerah yang memiliki AKIP lebih tinggi. Sebaliknya, kelebihan RSUD Ploso adalah disiplin programnya sudah baik dan fondasi tata kelola sudah ada, sehingga perbaikannya lebih bersifat penguatan kualitas, bukan membangun dari nol.

Strategi unggul yang lazim dimiliki instansi dengan kinerja AKIP lebih baik adalah: cascading indikator sampai level unit, dashboard kinerja berbasis data yang dipantau rutin oleh manajemen, serta forum evaluasi triwulanan yang benar-benar dihubungkan dengan keputusan anggaran, koreksi program, dan penetapan prioritas. Strategi ini relevan untuk RSUD Ploso karena dapat langsung menjawab akar masalah. Implementasi yang realistis adalah menyelaraskan indikator Renstra, Renja dan Perjanjian Kinerja unit, membangun satu basis data kinerja internal, dan mewajibkan setiap hasil evaluasi triwulan menghasilkan rencana tindak lanjut yang terukur. Dengan langkah tersebut, gap AKIP tidak hanya dikejar melalui perbaikan dokumen, tetapi melalui penguatan kualitas pengelolaan organisasi.

**b. Program Pemenuhan upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat**

Pada sasaran ini, gambaran kinerjanya lebih dinamis. Indikator Persentase Capaian Pemenuhan Sarana, Prasarana, Alat Kesehatan dan SDM Penunjang Layanan Rujukan mencapai 84,16%, masih berada di bawah capaian nasional 100%, sehingga terdapat gap 15,84%. Ini merupakan gap yang cukup besar dan menunjukkan bahwa tantangan utama RSUD Ploso masih berada pada sisi *readiness system*, yaitu kesiapan sumber daya pendukung layanan rujukan. Dalam konteks lapangan, gap ini umumnya berkaitan dengan keterbatasan pemenuhan alat, belum meratanya kompetensi SDM, kendala pengadaan yang bertahap, proses pemeliharaan dan kalibrasi alat, serta penyesuaian kebutuhan layanan yang lebih cepat daripada kemampuan pemenuhannya.

Di sisi lain, Persentase Capaian SPM RS sebesar 81,91%, justru lebih tinggi dibandingkan capaian nasional 68,76%, atau terdapat keunggulan 13,15 poin. Ini menunjukkan bahwa meskipun dari sisi sarana, alat, dan SDM pendukung masih belum sepenuhnya optimal, RSUD Ploso tetap mampu menjaga capaian pelayanan minimum lebih baik daripada rata-rata nasional. Artinya, dari sisi operasional pelayanan, rumah sakit memiliki daya tahan yang baik. Ada kemampuan adaptasi di level unit layanan, komitmen tenaga kesehatan, dan proses kerja yang cukup efektif untuk menjaga layanan dasar tetap berjalan.

Indikator lain memperkuat kesimpulan tersebut. **Persentase Capaian** Indikator Mutu lingkup Manajemen sebesar 92,87% dan lingkup Pelayanan sebesar 88,89% menunjukkan bahwa sistem mutu internal rumah sakit relatif kuat. Sementara itu, Nilai Akreditasi RS sebesar 82,21 juga menunjukkan bahwa standar mutu dan keselamatan pasien sudah cukup tertata, meskipun masih ada ruang perbaikan. Karena tabel tidak menampilkan pembandingan nasional untuk tiga indikator ini, interpretasinya tidak dapat dihitung sebagai gap numerik. Meski begitu, secara substantif dapat dibaca bahwa RSUD Ploso sudah cukup baik pada aspek pengelolaan mutu, tetapi belum sepenuhnya mencapai level konsistensi terbaik seperti rumah sakit yang unggul secara berkelanjutan.

Bila dibandingkan dengan rumah sakit daerah sejenis yang lebih unggul, kekurangan RSUD Ploso bukan terutama pada kemampuan memberi layanan, melainkan pada **ketahanan sistem pendukung layanan**. Rumah sakit sudah mampu menghasilkan kinerja pelayanan yang cukup baik, tetapi belum sepenuhnya ditopang oleh pemenuhan sarana, alat, dan SDM yang ideal. Risiko dari kondisi ini adalah capaian pelayanan tinggi bisa sulit dipertahankan dalam jangka panjang bila tidak diikuti penguatan sumber daya. Kelebihan RSUD Ploso justru terletak pada kemampuannya menjaga SPM dan mutu layanan di atas atau mendekati standar yang baik meskipun sumber dayanya belum sepenuhnya setara dengan target nasional.

Strategi unggul yang dapat diadopsi dari rumah sakit dengan *core business* serupa adalah perencanaan sarana dan SDM berbasis beban kerja layanan, dashboard kesiapan alat dan SDM per unit, pemeliharaan preventif dan kalibrasi alat berbasis prioritas risiko, serta review mutu layanan bulanan yang langsung dihubungkan dengan tindak lanjut manajerial. Rumah sakit yang unggul biasanya tidak hanya mengejar pemenuhan alat dan SDM secara jumlah, tetapi menata prioritas berdasarkan layanan kritis dan kompetensi, utilisasi alat, risiko gangguan layanan, dan kebutuhan rujukan yang paling tinggi. Strategi ini relevan untuk RSUD Ploso karena akan membantu menutup gap 15,84% secara lebih terarah, tanpa harus menunggu pemenuhan seluruh kebutuhan sekaligus.

Selain itu, praktik baik lain yang dapat diimplementasikan adalah penguatan tim mutu di level unit, audit internal berbasis telusur, serta pemetaan gap akreditasi menjadi rencana aksi bulanan, bukan hanya persiapan menjelang survei. Dengan demikian, kekuatan RSUD Ploso pada capaian SPM dan indikator mutu dapat dipertahankan, sementara kelemahan pada kesiapan sarana-prasarana, alat, dan SDM secara bertahap diperbaiki.

### **3.1.6 Efisiensi penggunaan sumber daya**

Efisiensi penggunaan sumber daya merupakan salah satu aspek penting dalam penyelenggaraan pemerintah dan pelayanan publik yang berorientasi pada hasil. Dalam konteks akuntabilitas kinerja, efisiensi tidak hanya dimaknai sebagai penghematan anggaran, tetapi juga sebagai upaya optimalisasi

pemanfaatan anggaran, sumber daya manusia, dan aset agar mampu memberikan manfaat dan dampak yang sebesar-besarnya terhadap pencapaian tujuan dan sasaran perangkat daerah,

RSUD Ploso menerapkan kebijakan efisiensi penggunaan sumber daya secara terintegrasi melalui perencanaan yang berbasis kinerja, penganggaran yang selaras dengan prioritas strategis, serta pengendalian pelaksanaan program dan kegiatan secara berkelanjutan. Strategi umum yang diterapkan meliputi penajaman prioritas program dan kegiatan, penguatan monitoring dan evaluasi kinerja, optimalisasi pemanfaatan sumber daya yang tersedia, serta penyesuaian alokasi sumber daya terhadap kebutuhan pelayanan dan dinamika kebijakan yang berkembang.

**a. Efisiensi Anggaran**

Efisiensi anggaran merupakan salah satu indikator penting dalam menilai akuntabilitas kinerja Perangkat Daerah, khususnya dalam memastikan bahwa sumber daya keuangan yang dialokasikan mampu menghasilkan capaian kinerja yang optimal. Dalam konteks ini, efisiensi anggaran tidak hanya diukur dari tingkat penyerapan anggaran, tetapi juga dari kesesuaian antara capaian kinerja yang dihasilkan dengan anggaran yang digunakan pada setiap sasaran dan program.

Pengukuran pencapaian kinerja anggaran adalah berdasarkan persentase rata-rata realisasi anggaran pada masing-masing program dan kegiatan yang telah ditetapkan dalam DPPA APBD Tahun 2025. Adapun jumlah APBD RSUD Ploso Kabupaten Jombang Tahun 2025 adalah sebesar Rp. 64.687.973.877,00,- dan terealisasi sebesar Rp. 59.736.301.017,61,- atau capaiannya sebesar 92.35%, dengan rincian sebagai berikut:

**Tabel 3.17**  
**Efisiensi Anggaran Kinerja / Program RSUD Ploso**  
**Tahun 2025**

Sasaran / Program	Indikator Kinerja	Capaian Kinerja	Anggaran (Rp)	Realisasi (Rp)	Capaian Anggaran
Meningkatnya kualitas pelayanan Kesehatan di RSUD Ploso	Persentase Capaian Indikator Nasional Mutu (INM) RS	105.78%	64.687.973.877,00	59.736.301.017,61	92.35%
	Status Akreditasi	100%			

Sasaran / Program	Indikator Kinerja	Capaian Kinerja	Anggaran (Rp)	Realisasi (Rp)	Capaian Anggaran
Meningkatnya Akuntabilitas dan Kinerja Birokrasi Perangkat Daerah	Indeks Reformasi Birokrasi Perangkat Daerah	106.88%			
Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat	Persentase Capaian Indikator Mutu Prioritas RS lingkup Manajemen	132.54%	57.003.871.514,00	52.570.801.490,61	92.22%
	Persentase Capaian Indikator Mutu Prioritas RS lingkup Pelayanan	113.96%	57.003.871.514,00	52.570.801.490,61	92.22%
	Nilai Akreditasi RS	93.42%			
Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah Kabupaten /Kota	Nilai Evaluasi AKIP Perangkat Daerah	110%	7.684.102.363,00	7.165.499.527,00	93.25%

Sumber : diolah unit Perencanaan RSUD Ploso, 2025

Secara umum efisiensi anggaran RSUD Ploso tahun 2025 menunjukkan kondisi yang baik, dimana capaian kinerja relatif tinggi dapat dicapai dengan tingkat realisasi anggaran yang lebih rendah dari pagu, sehingga mencerminkan pengelolaan anggaran yang efektif dan efisien. Perbandingan antara mencerminkan pengelolaan anggaran pada masing-masing sasaran dan program menunjukkan bahwa penggunaan anggaran telah diarahkan secara tepat untuk mendukung pencapaian hasil, bukan sekedar penyerapan anggaran.

**a. Meningkatkan Kualitas Pelayanan Kesehatan di RSUD Ploso**

Pada sasaran ini, capaian kinerja mencapai 105.78% untuk indikator Persentase Capaian Indikator Nasional Mutu (INM) RS dan 100% untuk Status Akreditasi RS. Sementara itu, realisasi anggaran sebesar Rp.59.736.301.017,61,- dari pagu Rp.64.687.973.877,00,- atau 92.35%. Kondisi ini menunjukkan bahwa peningkatan mutu pelayanan dan pemenuhan standar akreditasi dapat dicapai secara optimal tanpa menghabiskan seluruh anggaran yang dialokasikan.

Efisiensi anggaran pada sasaran ini dicapai melalui beberapa langkah konkret, antara lain pengendalian belanja operasional pelayanan, optimalisasi pemanfaatan sarana dan prasarana yang telah tersedia, serta penyusunan prioritas kegiatan berbasis kebutuhan mutu pelayanan. Selain itu, optimalisasi koordinasi lintas unit dan pemanfaatan teknologi informasi dalam pelayanan turut menekan biaya operasional tanpa mengurangi kualitas layanan yang diberikan.

**b. Meningkatkan Akuntabilitas dan Kinerja Birokrasi Perangkat Daerah**

Pada sasaran ini, indikator Indeks Reformasi Birokrasi Perangkat Daerah menunjukkan capaian kinerja sebesar 106.88% dengan realisasi anggaran 92.22% dari pagu yang dialokasikan. Tingginya capaian kinerja dengan realisasi anggaran yang tidak maksimal mencerminkan bahwa upaya reformasi birokrasi dan peningkatan tata kelola dapat dilakukan secara efisien.

Langkah efisiensi anggaran yang dilakukan antara lain optimalisasi perjalanan dinas yang lebih selektif dan berbasis kebutuhan, peningkatan pemanfaatan rapat daring untuk koordinasi dan pembinaan, serta digitalisasi proses perencanaan, pelaporan, dan evaluasi kinerja. Penggunaan aplikasi dan sistem ini secara signifikan mengurangi kebutuhan belanja perjalanan dinas, ATK, serta biaya operasional perkantoran lainnya.

**c. Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat**

Pada program ini, capaian kinerja indikator Persentase Capaian Indikator Mutu Prioritas RS lingkup Manajemen dan Pelayanan mencapai 132.54% dan 113.96% dengan realisasi anggaran sebesar

Rp.52.570.801.490,61,- dari pagu Rp.57.003.871.514,00,- atau 92,22%. Hal ini menunjukkan bahwa mutu pelayanan prioritas rumah sakit dapat ditingkatkan secara signifikan dengan pemanfaatan anggaran yang efisien.

Efisien anggaran pada program ini dicapai melalui pengaturan ulang prioritas kegiatan pelayanan, pemanfaatan sumber daya internal secara optimal, serta inovasi dalam pendanaan kegiatan tertentu melalui sumber dana BLUD, DAU, dan DBHCHT. Selain itu, efisiensi juga dilakukan dengan pengendalian pengendalian belanja penunjang, seperti penyediaan ATK yang menyesuaikan dengan kebijakan digitalisasi perkantoran, serta penyelenggaraan kegiatan dan rapat dengan konsep yang lebih sederhana dan efektif.

**d. Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota**

Pada Program ini, indikator Nilai Evaluasi AKIP Perangkat Daerah menunjukkan capaian kinerja sebesar 110%, dengan realisasi anggaran Rp.7.165.499.527,00,- dari pagu Rp. 7.684.102.363,00, atau 93,25%. Kondisi ini menunjukkan bahwa peningkatan akuntabilitas kinerja dapat dicapai dengan pengelolaan anggaran yang relatif efisien.

Langkah-langkah efisiensi yang dilakukan meliputi pengendalian belanja perjalanan dinas, optimalisasi rapat daring dan penggunaan media digital, serta efisiensi penyediaan konsumsi rapat melalui kebijakan internal, seperti pengaturan jumlah peserta. Kebijakan ini tidak hanya menekan biaya, tetapi juga mendukung prinsip efisiensi dan keberlanjutan.

Secara keseluruhan, efisiensi anggaran RSUD Ploso tahun 2025 tercermin dari tingginya capaian kinerja yang dicapai dengan realisasi anggaran yang lebih rendah dari pagu, yang menunjukkan bahwa pengelolaan anggaran telah dilakukan secara tepat sasaran, selektif, dan berorientasi hasil. Kedepan, strategi efisiensi anggaran akan terus diperkuat melalui digitalisasi, pengendalian belanja operasional, serta inovasi pembiayaan, sehingga efektivitas dan akuntabilitas pengelolaan keuangan daerah dapat terus ditingkatkan.

## b. Efisiensi SDM

Efisiensi sumber daya manusia merupakan salah satu aspek penting dalam mendukung pencapaian kinerja organisasi, khususnya dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang efektif dan berkelanjutan. Efisiensi SDM tidak hanya diukur dari kecukupan jumlah tenaga yang tersedia, tetapi juga dari kemampuan organisasi dalam mengoptimalkan pemanfaatan SDM yang ada untuk mencapai kinerja yang optimal, sejalan dengan kebutuhan pelayanan dan arah pengembangan rumah sakit.

RSUD Ploso mengelola SDM secara terencana dengan mempertimbangkan beban kerja, kompleksitas layanan, serta dinamika kebutuhan pelayanan kesehatan. Dalam konteks ini, efisiensi SDM dipandang sebagai upaya menyeimbangkan antara ketersediaan tenaga, kebutuhan riil pelayanan, dan capaian kinerja organisasi, sehingga penggunaan SDM dapat memberikan kontribusi maksimal terhadap pencapaian sasaran strategis rumah sakit.

Tabel berikut menyajikan gambaran perbandingan antara capaian kinerja organisasi dan tingkat pemenuhan kebutuhan SDM RSUD Ploso tahun 2025, sebagai dasar analisis efisiensi sumber daya manusia yang telah dilakukan.

**Tabel 3.18**  
**Efisiensi Sumber Daya Manusia di RSUD Ploso**  
**Tahun 2025**

<b>Capaian Kinerja Organisasi</b>	<b>Jumlah Kebutuhan SDM</b>	<b>Jumlah SDM</b>	<b>Pemenuhan Kebutuhan SDM</b>
93.36%	386	326	84.45%

*Sumber : diolah unit Kepegawaian RSUD Ploso, 2025*

Capaian kinerja organisasi RSUD Ploso pada tahun 2025 tercatat sebesar 93,36%, sementara tingkat pemenuhan kebutuhan SDM baru mencapai 84.84%, dengan jumlah kebutuhan SDM sebanyak 386 orang dan SDM yang tersedia sebanyak 326 orang. Kondisi ini menunjukkan bahwa meskipun pemenuhan SDM belum sepenuhnya ideal, RSUD Ploso tetap mampu menghasilkan capaian kinerja organisasi yang tinggi. Hal tersebut mencerminkan adanya efisiensi dan optimalisasi pengelolaan SDM, Dimana

kinerja organisasi dapat dipertahankan bahkan ditingkatkan dengan jumlah SDM yang lebih rendah dari kebutuhan ideal.

Efisiensi SDM di RSUD Ploso tidak semata-mata ditunjukkan oleh selisih antara capaian kinerja dan tingkat pemenuhan SDM, tetapi juga merupakan hasil dari strategi pengelolaan SDM yang adaptif dan terencana, antara lain melalui optimalisasi distribusi tenaga, pengaturan beban kerja yang lebih proporsional, penyederhanaan alur kerja, penugasan rangkap pada fungsi-fungsi yang masih memungkinkan serta penguatan peran tenaga pendukung pada unit-unit prioritas pelayanan. Selain itu pemanfaatan teknologi informasi (TIK) dalam mendukung pelayanan dan administrasi dapat diselesaikan dengan kebutuhan SDM yang lebih efisien dibandingkan periode sebelumnya.

RSUD Ploso juga melakukan penyesuaian kebutuhan SDM secara bertahap, seiring dengan perubahan kebijakan, standar pelayanan, serta pemanfaatan teknologi informasi. Penggunaan sistem informasi rumah sakit serta digitalisasi administrasi pelayanan berdampak pada pengurangan kebutuhan tenaga administrasi dan peningkatan produktivitas aparatur. Pemanfaatan Teknologi Informasi dan Komunikasi (TIK) tersebut memungkinkan beberapa proses kerja dilakukan lebih cepat, akurat, dan terdokumentasi dengan baik. Namun demikian, perlu dipahami bahwa kebutuhan SDM rumah sakit bersifat dinamis dan dapat bertambah seiring dengan perkembangan skala rumah sakit, peningkatan kapasitas layanan, serta penambahan jenis pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, meskipun capaian kinerja organisasi saat ini tergolong baik, pemenuhan SDM tetap perlu disesuaikan secara bertahap dengan kompleksitas pelayanan yang terus berkembang.

Untuk memastikan bahwa efisiensi SDM dilakukan secara objektif dan terukur, dan berbasis kebutuhan riil, RSUD Ploso menggunakan Analisis Beban Kerja (ABK) sebagai instrumen perencanaan kebutuhan SDM yang diselaraskan dengan rencana pengembangan pelayanan rumah sakit. ABK disusun dengan mempertimbangkan kondisi eksisting pelayanan, proyeksi peningkatan volume dan jenis layanan, pengembangan unit pelayanan baru, serta standar beban kerja pada masing-masing unit pelayanan dan penunjang. Dengan pendekatan ini ABK tidak hanya menggambarkan kebutuhan SDM saat ini, tetapi juga menjadi dasar perencanaan kebutuhan SDM jangka

menengah dan jangka panjang. Hasil ABK menunjukkan bahwa kebutuhan ideal SDM RSUD Ploso pada tahun 2025 adalah sebanyak 386 orang, dengan rincian sebagai berikut.

**Tabel 3.19**  
**Rencana Kebutuhan SDM di RSUD Ploso**  
**Tahun 2025**

Struktur Organisasi	EKSISTING		PERHITUNGAN ABK
	ASN	NON-ASN	
<b>STRUKTURAL</b>			
Direktur	1	0	1
Kepala Sub Bagian Tata Usaha	1	0	1
Kasi Perencanaan dan Rekam Medis	1	0	1
Kasi Pelayanan Medis dan Keperawatan	1	0	1
<b>INSTALASI RAWAT INTENSIF</b>			
Dokter Spesialis Anestesiologi dan Terapi Intensif – Ahli Madya	1	0	1
Dokter Spesialis Anestologi dan Terapi Intensif – Ahli Utama	0	0	1
Perawat – Terampil	7	2	9
Perawat – Mahir	0	0	7
Perawat – Penyelia	0	0	7
Perawat – Ahli Pertama	1	2	3
Perawat – Ahli Muda	0	0	1
Perawat – Ahli Madya	1	0	1
Pengadministrasi Perkantoran	0	1	1
<b>IGD</b>			
Dokter – Ahli Pertama	4	4	10
Dokter – Ahli Muda	1	0	5
Dokter – Ahli Madya	1	0	6
Perawat – Terampil	3	3	6
Perawat – Mahir	0	0	3
Perawat – Penyelia	0	0	3

Struktur Organisasi	EKSISTING		PERHITUNGAN
	ASN	NON-ASN	ABK
Perawat – Ahli Pertama	0	7	7
Perawat – Ahli Madya	1	0	1
Bidan – Terampil	2	2	4
Bidan – Mahir	0	0	2
Bidan – Penyelia	0	0	2
Pengadministrasi Perkantoran	0	1	2
<b>INSTALASI RAWAT JALAN</b>			
<b>Poli Kebidanan dan Kandungan</b>			
Dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi – Ahli Muda	2	0	2
Dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi – Ahli Madya	0	0	2
Bidan – Mahir	2	0	1
Bidan – Penyelia	0	0	2
Bidan – Ahli Pertama	0	0	3
Bidan – Ahli Muda	0	0	3
Bidan – Ahli Madya	0	0	4
<b>Poli Orthopaedi dan Traumatologi</b>			
Dokter Spesialis Orthopaedi dan Traumatologi – Ahli Pertama	0	1	1
Perawat – Terampil	0	1	1
<b>Poli Pelayanan Kesehatan Tradisional Integrasi</b>			
Pengelola Layanan Kesehatan	0	1	1
<b>Poli VCT</b>			
Perawat – Terampil	0	0	1
Bidan – Terampil	0	0	1
<b>Poli THT</b>			
Dokter Spesialis Telinga Hidung Tenggorok – Bedah Kepala dan Leher – Ahli Pertama	0	0	1

Struktur Organisasi	EKSISTING		PERHITUNGAN
	ASN	NON-ASN	ABK
Perawat – Terampil	0	0	1
<b>Poli Urologi</b>			
Dokter Spesialis Urologi – Ahli Pertama	0	0	1
Perawat – Terampil	0	0	1
<b>Poli Paru</b>			
Dokter Spesialis Pulmonologi dan Kedokteran Respirasi (Paru) – Ahli Pertama	0	0	1
Dokter Spesialis Pulmonologi dan Kedokteran Respirasi (Paru) – Ahli Muda	1	0	1
Dokter Spesialis Pulmonologi dan Kedokteran Respirasi (Paru) – Ahli Madya	0	0	1
Perawat - Terampil	0	1	1
Perawat – Ahli Muda	1	0	1
Perawat – Ahli Madya	0	0	1
<b>Poli Psikologi</b>			
Psikologi Klinis – Ahli Pertama	0	0	1
Perawat – Terampil	0	0	1
<b>Poli Jiwa</b>			
Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa atau Psikiatri – Ahli Pertama	0	0	1
Perawat – Terampil	0	0	1
<b>Poli Rehab Medik</b>			
Dokter Spesialis Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi – Ahli Madya	1	0	1
Fisioterapis - Terampil	1	2	5
Pengadministrasi Perkantoran	0	1	1
<b>Poli Penyakit Dalam</b>			

Struktur Organisasi	EKSISTING		PERHITUNGAN
	ASN	NON-ASN	ABK
Dokter Spesialis Penyakit Dalam – Ahli Pertama	0	3	3
Perawat – Terampil	0	0	1
Perawat – Mahir	1	0	2
Perawat – Penyelia	0	0	1
Perawat – Ahli Pertama	0	1	1
<b>Poli Mata</b>			
Dokter Spesialis Mata – Ahli Pertama	0	1	1
Perawat – Terampil	0	1	0
Refraksionis optisien / Optometris – Terampil	1	0	1
Refraksionis optisien / Optometris – Mahir	0	0	1
Refraksionis optisien / Optometris – Penyelia	0	0	1
<b>Poli Umum</b>			
Dokter – Ahli Madya	1	0	1
Perawat - Terampil	0	0	1
Perawat – Ahli Pertama	0	1	1
<b>Poli Jantung</b>			
Dokter Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah	0	1	1
Perawat –Terampil	1	0	1
Perawat – Mahir	0	0	1
Perawat – Penyelia	0	0	1
<b>Poli Bedah</b>			
Dokter Spesialis Bedah – Ahli Pertama	0	2	2
Perawat – Terampil	1	0	1
Perawat – Mahir	0	0	1
Perawat – Penyelia	0	0	1
Perawat – Ahli pertama	0	1	1
<b>Poli Saraf</b>			

Struktur Organisasi	EKSISTING		PERHITUNGAN
	ASN	NON-ASN	ABK
Dokter Spesialis Neurologi	0	1	2
Perawat – Terampil	0	1	2
Perawat – Ahli Pertama	0	1	1
Perawat – Ahli Madya	1	0	1
<b>Poli Gigi</b>			
Dokter Spesialis Prostodonsia – Ahli Muda	1	0	1
Dokter Spesialis Prostodonsia – Ahli Madya	0	0	1
Dokter Spesialis Periodonsia – Ahli Pertama	0	0	1
Dokter Spesialis Periodonsia – Ahli Muda	0	0	1
Dokter Spesialis Periodonsia – Ahli Madya	1	0	1
Dokter Gigi – Ahli Pertama	2	0	2
Dokter Gigi – Ahli Muda	1	0	3
Dokter Gigi – Ahli Madya	0	0	3
Terapis Gigi dan Mulut – Penyelia	2	0	2
Terapis Gigi dan Mulut – Ahli Pertama	0	0	2
Terapis Gigi dan Mulut – Ahli Muda	0	0	2
Dokter Gigi Spesialis Konservasi Gigi – Ahli Pertama	0	0	1
<b>Poli Anak</b>			
Dokter Spesialis Anak – Ahli Pertama	0	1	1

Struktur Organisasi	EKSISTING		PERHITUNGAN
	ASN	NON-ASN	ABK
Dokter Spesialis Anak – Ahli Muda	2	0	2
Dokter Spesialis Anak – Ahli Madya	0	0	2
Dokter Spesialis Anak – Ahli Utama	0	0	2
Perawat – Terampil	1	0	1
Perawat – Mahir	0	0	1
Perawat – Penyelia	0	0	1
<b>Poli Kulit dan Kelamin</b>			
Dokter Sub Spesialis Dermatologi dan VenereologiOnkologi dan Bedah Kulit - Ahli Pertama	1	0	1
Dokter Sub Spesialis Dermatologi dan VenereologiOnkologi dan Bedah Kulit - Ahli Muda	0	0	1
Dokter Sub Spesialis Dermatologi dan VenereologiOnkologi dan Bedah Kulit - Ahli Madya	0	0	1
Perawat – Terampil	0	0	1
Perawat – Ahli Pertama	1	0	1
Perawat – Ahli Muda	0	0	1
Perawat – Ahli Madya	0	0	1
<b>INSTALASI RAWAT INAP</b>			
<b>Neonatus / NICU</b>			
Perawat – Terampil	1	6	7
Perawat – Mahir	2	0	3
Perawat – Penyelia	0	0	3
Perawat – Ahli Pertama	0	5	6
Perawat – Ahli Muda	0	0	1
Perawat – Ahli Madya	0	0	1
Bidan – Terampil	2	3	5

Struktur Organisasi	EKSISTING		PERHITUNGAN
	ASN	NON-ASN	ABK
Bidan – Mahir	0	0	2
Bidan – Penyelia	0	0	2
Pengadministrasi Perkantoran	0	1	1
<b>Rawat Inap Non Isolasi</b>			
Perawat – Terampil	6	4	19
Perawat – Mahir	4	0	10
Perawat – Penyelia	0	0	10
Perawat – Ahli Pertama	0	9	9
Perawat – Ahli Muda	2	0	2
Perawat – Ahli Madya	0	0	2
Pengadministrasi Perkantoran	0	2	2
Bidan – Penyelia	1	0	1
<b>Rawat Inap Isolasi</b>			
Perawat – Terampil	0	0	9
Perawat – Mahir	0	0	2
Perawat – Ahli Pertama	0	0	3
Perawat – Ahli Muda	0	0	1
Perawat – Ahli Madya	0	0	2
Pengadministrasi Perkantoran	0	0	1
<b>Maternal</b>			
Bidan – Terampil	6	16	24
Bidan – Mahir	2	0	8
Bidan – Penyelia	1	0	9
Bidan – Ahli Muda	0	0	2
Bidan – Ahli Madya	2	0	2
Pengadministrasi Perkantoran	0	0	1
<b>PENUNJANG MEDIS</b>			
<b>Kamar Jenazah</b>			
Pengadministrasi Perkantoran	0	1	4
<b>CSSD dan Laundry</b>			
Operator Layanan Kesehatan	0	6	6
<b>Gizi</b>			

Struktur Organisasi	EKSISTING		PERHITUNGAN
	ASN	NON-ASN	ABK
Nutrisionis – Terampil	2	0	4
Nutrisionis – Mahir	1	0	3
Nutrisionis – Penyelia	1	0	4
Nutrisionis – Ahli Pertama	0	0	1
Nutrisionis – Ahli Muda	0	0	1
Nutrisionis – Ahli Madya	0	0	1
Pengadministrasi Perkantoran	0	0	1
Operator Layanan Kesehatan	0	9	9
<b>SUB BAGIAN TATA USAHA</b>			
<b>Pengelolaan Aset, Perbekalan dan Pengamanan</b>			
Pengadministrasi Perkantoran	2	13	19
Operator Layanan Kesehatan	1	5	6
Pengelola Data dan Informasi	0	0	1
<b>Kebersihan dan Kesehatan Lingkungan</b>			
Tenaga Sanitasi Lingkungan - Terampil	2	0	2
Tenaga Sanitasi Lingkungan - Mahir	0	0	2
Tenaga Sanitasi Lingkungan - Penyelia	0	0	2
Tenaga Sanitasi Lingkungan - Ahli Pertama	0	0	1
Tenaga Sanitasi Lingkungan - Ahli Muda	0	0	1
Tenaga Sanitasi Lingkungan - Ahli Madya	0	0	1
Pengadministrasi Perkantoran	0	8	10
<b>Humas dan Protokoler</b>			

Struktur Organisasi	EKSISTING		PERHITUNGAN
	ASN	NON-ASN	ABK
Pengolah Data dan Informasi	0	2	5
<b>Pemeliharaan Sarana dan Prasarana</b>			
Teknisi Elektromedis - Terampil	2	1	3
Teknisi Elektromedis - Mahir	0	0	2
Teknisi Elektromedis - Penyelia	0	0	2
Operator Layanan Operasional	0	3	5
Pengadministrasi Perkantoran	0	0	1
<b>Keuangan</b>			
Penelaah Teknis Kebijakan	2	0	2
Pengadministrasi Perkantoran	0	5	6
Pengadministrasi Perkantoran	0	1	2
Pengolah Data dan Informasi	0	3	4
Pengolah Data dan Informasi	0	4	7
<b>Umum dan Kepegawaian</b>			
Pengolah Data dan Informasi	0	2	4
Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku - Terampil	0	0	2
Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku - Mahir	0	0	1
Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku - Penyelia	0	0	1
Pengolah Data dan Informasi	0	1	1

Struktur Organisasi	EKSISTING		PERHITUNGAN
	ASN	NON-ASN	ABK
<b>INSTALASI LABORATORIUM</b>			
Dokter Spesialis Patologi Klinik - Ahli Pertama	0	2	2
Dokter Spesialis Patologi Anatomi - Ahli Pertama	0	1	1
Dokter Spesialis Patologi Anatomi - Ahli Muda	0	0	1
Pranata Laboratorium Kesehatan - Terampil	1	5	6
Pranata Laboratorium Kesehatan - Mahir	1	0	2
Pranata Laboratorium Kesehatan - Penyelia	1	0	3
Pengadministrasi Perkantoran	0	0	1
<b>INSTALASI RADIOLOGI</b>			
Dokter Spesialis Radiologi - Ahli Pertama	0	1	1
Radiografer - Mahir	1	0	1
Radiografer - Penyelia	1	0	2
Fisikawan Medis - Ahli Pertama	0	1	2
Pengadministrasi Perkantoran	0	1	1
<b>INSTALASI BEDAH SENTRAL</b>			
Dokter Spesialis Anestesiologi dan Terapi Intensif - Ahli Pertama	0	1	1
Perawat - Terampil	2	2	4
Perawat - Mahir	1	0	3
Perawat - Penyelia	0	0	3
Perawat - Ahli Pertama	0	4	4
Perawat - Ahli Muda	1	0	1
Perawat - Ahli Madya	0	0	1

Struktur Organisasi	EKSISTING		PERHITUNGAN
	ASN	NON-ASN	ABK
Bidan - Terampil	0	1	1
Bidan - Penyelia	1	0	1
Bidan - Ahli Muda	0	0	1
Bidan - Ahli Madya	0	0	1
Penata Anestesi - Ahli Pertama	0	0	3
<b>INSTALASI FARMASI</b>			
Apoteker - Ahli Pertama	1	2	4
Apoteker - Ahli Muda	1	0	2
Apoteker - Ahli Madya	1	0	3
Asisten Apoteker - Terampil	2	8	10
Asisten Apoteker - Mahir	1	0	3
Asisten Apoteker - Penyelia	2	0	5
Pengadministrasi Perkantoran	0	8	9
<b>PERENCANAAN DAN REKAM MEDIS</b>			
<b>Perencanaan, Penganggaran, Pelaporan, dan Evaluasi</b>			
Penelaah Teknis Kebijakan	0	0	2
Penelaah Teknis Kebijakan	0	3	3
<b>Rekam Medis</b>			
Perekam Medis - Terampil	1	5	9
Perekam Medis - Mahir	0	0	1
Perekam Medis - Penyelia	1	0	2
Pengadministrasi Perkantoran	0	9	8
Pengadministrasi Perkantoran	0	0	1
<b>SIMRS</b>			
Operator Layanan Operasional	0	3	5

Struktur Organisasi	EKSISTING		PERHITUNGAN
	ASN	NON-ASN	ABK
Pengolah Data dan Informasi	0	0	4
<b>TOTAL</b>	<b>104</b>	<b>198</b>	<b>386</b>

Sumber : Aplikasi Renbut Kepegawaian RSUD Ploso, 2025

Hasil ABK menunjukkan bahwa kebutuhan ideal SDM RSUD Ploso pada tahun 2025 sebanyak 386 orang, sementara jumlah SDM sampai dengan Desember 2025 berjumlah 326 orang, sehingga rangka pemenuhan kebutuhan SDM mencapai 84,45%. Selisih kebutuhan tersebut diproyeksikan untuk dipenuhi secara bertahap dan terencana, dengan memperhatikan prioritas pelayanan, kesiapan sarana dan prasarana, serta kemampuan anggaran. Pemenuhan kebutuhan SDM dilakukan tidak hanya melalui penambahan ASN, tetapi juga melalui tenaga non-ASN/ BLUD untuk mendukung layanan operasional, terutama pada unit-unit pelayanan yang direncanakan berkembang.

Secara keseluruhan, efisiensi SDM RSUD Ploso tercermin dari kemampuan organisasi dalam mencapai kinerja yang tinggi dengan tingkat pemenuhan SDM yang belum maksimal. Ke depan, upaya efisiensi akan terus diarahkan pada peningkatan produktivitas SDM, optimalisasi pemanfaatan TIK, penguatan kompetensi SDM, melakukan evaluasi secara berkala mengenai kinerja SDM yang ada di RSUD Ploso serta perencanaan kebutuhan SDM yang tepat dan berkelanjutan, sehingga keseimbangan antara capaian kinerja dan ketersediaan SDM dapat terus terjaga.

### c. Efisiensi Aset

Efisiensi aset merupakan bagian integral dari pengelolaan sumber daya organisasi yang bertujuan untuk memastikan bahwa seluruh aset yang dimiliki dapat dimanfaatkan secara optimal dalam mendukung pencapaian kinerja dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan. Efisiensi aset tidak hanya diukur dari kepemilikan aset semata, tetapi juga dari tingkat pemanfaatan, kesesuaian fungsi, serta kontribusi aset terhadap pelaksanaan program dan kegiatan rumah sakit.

RSUD Ploso mengelola aset secara terencana dan berkelanjutan dengan memperhatikan kebutuhan pelayanan, kondisi aset, serta kemampuan anggaran. Optimalisasi pemanfaatan aset dilakukan melalui pengaturan penggunaan sarana dan prasarana secara efektif, pemeliharaan aset secara berkala, serta pemanfaatan bersama aset antar unit pelayanan guna menghindari duplikasi dan pemborosan.

Tabel berikut menyajikan gambaran efisiensi pengelolaan aset RSUD Ploso tahun 2025, yang menunjukkan hubungan antara pemanfaatan aset dengan capaian kinerja organisasi, sebagai dasar evaluasi efektivitas penggunaan aset dalam mendukung pelayanan dan operasional rumah sakit.

**Tabel 3.20**  
**Efisiensi Aset di RSUD Ploso**  
**Tahun 2025**

<b>Capaian Kinerja Organisasi</b>	<b>Jumlah Kebutuhan Aset</b>	<b>Jumlah Aset</b>	<b>Pemenuhan Kebutuhan Aset</b>
93.36%	5.078	4.964	97.75%

*Sumber : diolah oleh Unit Pengelolaan Aset, Perbekalan dan Pengamanan RSUD Ploso, 2025*

Capaian kinerja organisasi RSUD Ploso pada tahun 2025 tercatat sebesar 93,36%, sementara tingkat pemenuhan kebutuhan aset mencapai 97,75%, dengan jumlah kebutuhan aset sebanyak 5.078 unit dan aset tersedia sebanyak 4.964 unit. Perbandingan tersebut menunjukkan bahwa dengan tingkat pemenuhan aset yang relatif tinggi namun belum sepenuhnya mencapai 100%, RSUD Ploso tetap mampu menghasilkan capaian kinerja organisasi yang optimal. Kondisi ini mencerminkan bahwa pemanfaatan aset telah dilakukan secara efektif dan efisien, sehingga aset yang tersedia dapat mendukung pencapaian kinerja secara maksimal.

Efisiensi aset di RSUD Ploso tidak semata-mata diartikan sebagai pengurangan jumlah aset, tetapi lebih pada optimalisasi pengelolaan dan pemanfaatan aset sesuai kebutuhan riil pelayanan. Tingginya capaian kinerja organisasi dengan tingkat pemenuhan aset yang mendekati ideal menunjukkan bahwa rumah sakit mampu mengelola aset secara tepat guna, tepat fungsi,

dan tepat sasaran, sehingga tidak terjadi pemborosan maupun penumpukan aset yang kurang produktif.

Langkah-langkah konkret yang telah dilakukan RSUD Ploso dalam rangka efisiensi aset antara lain identifikasi dan penataan kebutuhan aset secara berkala, guna memastikan bahwa pengadaan aset benar-benar didasarkan pada kebutuhan pelayanan dan operasional rumah sakit. Melalui proses ini, kebutuhan aset yang tidak lagi relevan atau tidak mendukung pelayanan secara langsung dapat diminimalkan, sehingga jumlah kebutuhan aset dapat ditekan secara rasional tanpa mengurangi kualitas pelayanan.

Selain itu, RSUD Ploso juga melakukan optimalisasi pemanfaatan aset yang telah dimiliki, termasuk pemanfaatan bersama aset antarunit pelayanan dan penunjang untuk menghindari duplikasi pengadaan. Pengelolaan aset juga dilakukan melalui pemeliharaan aset secara rutin dan terjadwal, sehingga usia pakai aset dapat diperpanjang dan kebutuhan pengadaan aset baru dapat ditekan.

Dalam rangka penataan aset, RSUD Ploso melaksanakan alih status dan penghapusan aset terhadap aset yang sudah tidak layak pakai, rusak berat, atau tidak sesuai lagi dengan kebutuhan pelayanan. Langkah ini dilakukan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan dan bertujuan untuk menjaga akurasi data aset sekaligus meningkatkan efisiensi pengelolaan aset secara keseluruhan. Dengan penghapusan aset yang tidak produktif, fokus pengelolaan dapat diarahkan pada aset yang benar-benar mendukung pelayanan dan kinerja organisasi.

Secara keseluruhan, efisiensi aset RSUD Ploso tercermin dari kemampuan organisasi dalam mencapai kinerja yang tinggi dengan pemenuhan aset yang mendekati kebutuhan ideal. Ke depan, pengelolaan aset akan terus diarahkan pada penguatan perencanaan kebutuhan aset berbasis pelayanan, peningkatan kualitas pemeliharaan, serta optimalisasi pemanfaatan aset yang ada, sehingga aset rumah sakit dapat terus memberikan kontribusi nyata terhadap pencapaian kinerja dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan.

### 3.2 Realisasi Anggaran

Realisasi anggaran merupakan salah satu aspek penting dalam menilai pelaksanaan program dan kegiatan Perangkat Daerah, khususnya dalam memastikan bahwa alokasi anggaran yang telah ditetapkan dapat dimanfaatkan secara optimal untuk mendukung pencapaian kinerja organisasi. Penyajian realisasi anggaran memberikan gambaran mengenai tingkat penyerapan anggaran serta kesesuaian antara perencanaan dan pelaksanaan anggaran dalam satu tahun anggaran.

Pada subbab ini disajikan realisasi anggaran RSUD Ploso tahun 2025 yang mencakup tingkat program hingga subkegiatan, sebagai bentuk pertanggungjawaban atas penggunaan anggaran yang bersumber dari APBD maupun sumber pendanaan lainnya yang sah. Data realisasi anggaran ini disusun berdasarkan dokumen pelaksanaan anggaran dan laporan keuangan yang telah melalui proses pengendalian dan verifikasi sesuai ketentuan yang berlaku.

Penyajian realisasi anggaran dimaksudkan untuk memberikan gambaran yang komprehensif mengenai pelaksanaan anggaran, sekaligus menjadi dasar dalam melakukan evaluasi terhadap efektivitas dan efisiensi penggunaan anggaran dalam mendukung pencapaian sasaran dan target kinerja RSUD Ploso.

**Tabel 3.21**  
**Realisasi Anggaran RSUD Ploso**  
**Tahun 2025**

<b>Program</b>	<b>Anggaran</b>	<b>Realisasi</b>	<b>Capaian</b>
Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten / Kota	Rp 7.684.102.363,00	Rp 7.165.499.527,00	93.25%
Kegiatan Administrasi Keuangan Perangkat Daerah	Rp 7.684.102.363,00	Rp 7.165.499.527,00	93.25%
Sub Kegiatan Penyediaan Gaji dan Tunjangan ASN	Rp 7.684.102.363,00	Rp 7.165.499.527,00	93.25%
Program Pemenuhan Upaya Kesehatan	Rp 57.003.871.514,00	Rp 52.570.801.490,61	92.22%

<b>Program</b>	<b>Anggaran</b>	<b>Realisasi</b>	<b>Capaian</b>
Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat			
Kegiatan Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Kewenangan Daerah Kabupaten / Kota	Rp 15.333.261.074,00	Rp 15.004.825.079,38	97.86%
Sub Kegiatan Pengadaan Alat Kesehatan / Alat Penunjang Medik Fasilitas Pelayanan Kesehatan	Rp. 13.533.261.074,00	Rp.13.205.072.189,38	97.58%
Sub Kegiatan Pengembangan Rumah Sakit	Rp. 1.800.000.000	Rp. 1.799.752.890,00	99.99%
Kegiatan Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Rujukan Tingkat Daerah Kabupaten / Kota	Rp. 41.670.610.440,00	Rp.37.565.976.411,23	90.15%
Sub Kegiatan Operasional Pelayanan Rumah Sakit	Rp. 41.670.610.440,00	Rp.37.565.976.411,23	90.15%

*Sumber : diolah oleh Unit Perencanaan RSUD Ploso, 2025*

Secara umum, kinerja anggaran RSUD Ploso tahun 2025 menunjukkan kondisi yang baik dan terkendali, dengan tingkat realisasi anggaran pada masing-masing program dan kegiatan berada pada kisaran 90%–99%. Capaian ini mencerminkan bahwa perencanaan anggaran telah disusun secara realistis dan pelaksanaan anggaran dilakukan secara efektif untuk mendukung pencapaian sasaran strategis Perangkat Daerah. Tingkat serapan anggaran yang tinggi

namun tidak mencapai 100% menunjukkan adanya pengendalian anggaran yang cukup baik, sehingga penggunaan anggaran tetap memperhatikan prinsip efisiensi dan kehati-hatian.

Beberapa faktor yang mempengaruhi kinerja anggaran antara lain efektivitas perencanaan kegiatan, ketepatan penjadwalan pelaksanaan, serta pengendalian pelaksanaan anggaran sepanjang tahun. Selain itu, adanya efisiensi belanja pada beberapa komponen, penyesuaian kebutuhan riil pelayanan, serta pengendalian terhadap belanja operasional turut mempengaruhi capaian realisasi anggaran. Faktor administratif, seperti penyesuaian waktu pelaksanaan kegiatan dan proses pengadaan, juga berkontribusi terhadap variasi capaian realisasi anggaran pada beberapa kegiatan.

#### 1. Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten / Kota

Program ini mendukung sasaran strategis meningkatnya akuntabilitas dan kinerja birokrasi Perangkat Daerah. Dengan anggaran sebesar Rp7.684.102.363,00 dan realisasi Rp7.165.499.527,00 (93,25%), program ini diarahkan untuk memastikan kelancaran fungsi administrasi dan tata kelola pemerintahan di RSUD Ploso. Pemanfaatan anggaran dalam program ini difokuskan pada kegiatan administrasi keuangan perangkat daerah, khususnya subkegiatan penyediaan gaji dan tunjangan ASN, yang merupakan belanja wajib untuk menjamin kesinambungan operasional organisasi dan stabilitas kinerja aparatur.

#### 2. Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat

Program ini merupakan program utama yang mendukung sasaran strategis meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan di RSUD Ploso. Dengan anggaran sebesar Rp57.003.871.514,00 dan realisasi Rp52.570.801.490,61 (92,22%), program ini menjadi tulang punggung dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan rujukan.

Pemanfaatan anggaran pada program ini digunakan untuk mendukung berbagai kegiatan strategis, antara lain:

- Kegiatan penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan untuk UKM dan UKP kewenangan daerah kabupaten/kota, dengan realisasi 97,86%, yang diarahkan untuk peningkatan dan pemeliharaan sarana pelayanan kesehatan.

- Subkegiatan pengadaan alat kesehatan dan alat penunjang medik fasilitas pelayanan kesehatan, dengan realisasi 97,58%, yang mendukung peningkatan mutu dan keselamatan pelayanan medis.
- Subkegiatan pengembangan rumah sakit, dengan realisasi 99,99%, yang menunjukkan komitmen kuat RSUD Ploso dalam penguatan kapasitas dan kesiapan layanan rumah sakit.
- Kegiatan penyediaan layanan kesehatan untuk UKM dan UKP rujukan tingkat daerah kabupaten/kota, dengan realisasi 90,15%, yang diarahkan untuk mendukung pelayanan operasional rumah sakit secara langsung, termasuk layanan rawat jalan, rawat inap, dan pelayanan penunjang.

Secara umum, pemanfaatan anggaran RSUD Ploso tahun 2025 difokuskan pada kegiatan-kegiatan strategis yang berdampak langsung terhadap peningkatan mutu pelayanan kesehatan dan penguatan tata kelola organisasi. Anggaran digunakan untuk menjamin kelangsungan operasional rumah sakit, peningkatan kualitas dan ketersediaan sarana prasarana serta alat kesehatan, pengembangan kapasitas rumah sakit, serta pemenuhan hak dan kesejahteraan aparatur.

Kinerja anggaran yang relatif tinggi dengan tetap memperhatikan efisiensi menunjukkan bahwa RSUD Ploso telah mengarahkan penggunaan anggaran secara tepat sasaran, terukur, dan berorientasi pada hasil, sehingga anggaran yang tersedia dapat memberikan kontribusi optimal terhadap pencapaian sasaran strategis dan kinerja organisasi secara keseluruhan.

## **BAB IV PENUTUP**

### **4.1. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil pengukuran, analisis, dan evaluasi kinerja yang telah diuraikan dalam Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) RSUD Ploso Kabupaten Jombang tahun 2025, dapat disimpulkan bahwa secara umum kinerja RSUD Ploso berada pada kategori baik, dengan capaian kinerja organisasi sampai dengan triwulan III tahun 2025 sebesar 86,73% dan meningkat secara signifikan pada triwulan IV tahun 2025 menjadi 93,36%. Peningkatan capaian kinerja pada akhir tahun tersebut menunjukkan adanya perbaikan kinerja organisasi yang lebih optimal seiring dengan penyesuaian kebijakan, penguatan pengendalian internal, serta konsistensi pelaksanaan program dan kegiatan strategis.

Dari sisi pencapaian sasaran strategis, RSUD Ploso mampu menunjukkan kinerja yang positif pada aspek mutu pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien. Hal ini tercermin dari capaian Indikator Nasional Mutu (INM) yang secara umum melampaui target, capaian Net Death Rate (NDR) yang berada di bawah batas maksimal (semakin kecil semakin baik), serta keberhasilan mempertahankan status akreditasi rumah sakit Paripurna. Capaian tersebut menunjukkan bahwa penerapan standar pelayanan klinis, sistem keselamatan pasien, serta tata kelola mutu telah diimplementasikan secara konsisten dan memberikan dampak nyata terhadap peningkatan kualitas pelayanan.

Pada aspek akuntabilitas dan tata kelola birokrasi, kinerja RSUD Ploso menunjukkan tren perbaikan yang berkelanjutan. Nilai evaluasi AKIP Perangkat Daerah dan Indeks Reformasi Birokrasi telah mencapai target yang ditetapkan dan menunjukkan peningkatan dibandingkan periode sebelumnya. Meskipun demikian, hasil evaluasi juga mengindikasikan perlunya penguatan lanjutan pada kualitas perencanaan kinerja, penajaman indikator berbasis *outcome*, serta integrasi antara perencanaan, penganggaran, pelaksanaan, dan evaluasi kinerja agar akuntabilitas kinerja semakin optimal.

Dari sisi efisiensi penggunaan sumber daya, RSUD Ploso mampu mempertahankan bahkan meningkatkan capaian kinerja organisasi hingga triwulan IV tahun 2025 meskipun pemenuhan sumber daya manusia, aset, dan anggaran belum sepenuhnya ideal. Hal ini menunjukkan adanya optimalisasi

pengelolaan sumber daya melalui penataan proses kerja, pemanfaatan teknologi informasi, prioritas program dan kegiatan strategis, serta pengendalian belanja yang efektif dan efisien. Namun demikian, peningkatan capaian kinerja pada akhir tahun juga menegaskan bahwa kebutuhan sumber daya ke depan perlu direncanakan secara lebih adaptif, seiring dengan perkembangan skala rumah sakit dan penambahan jenis layanan.

Tahun 2025 merupakan tahun transisi perencanaan bagi RSUD Ploso, dengan diberlakukannya dua Renstra dalam satu tahun anggaran akibat perubahan kepemimpinan dan arah kebijakan daerah. Kondisi ini berdampak pada perbedaan indikator dan target kinerja antar periode perencanaan, sehingga sebagian capaian kinerja disajikan secara terpisah antara triwulan I–III dan triwulan IV. Meskipun demikian, RSUD Ploso tetap mampu menjaga kesinambungan kinerja dan menunjukkan peningkatan capaian pada akhir tahun, yang mencerminkan kemampuan organisasi dalam beradaptasi terhadap dinamika kebijakan.

Secara keseluruhan, LKjIP RSUD Ploso tahun 2025 telah memberikan gambaran yang objektif mengenai tingkat pencapaian kinerja, efektivitas pelaksanaan program dan kegiatan, efisiensi penggunaan sumber daya, serta tantangan yang dihadapi organisasi. Peningkatan capaian kinerja hingga 93,36% pada triwulan IV Tahun 2025 menjadi indikator positif bahwa upaya perbaikan dan penguatan kinerja yang dilakukan telah berjalan efektif. Laporan ini diharapkan dapat menjadi dasar evaluasi dan pengambilan keputusan strategis bagi manajemen rumah sakit dan Pemerintah Kabupaten Jombang, serta menjadi pijakan penting dalam mendorong perbaikan berkelanjutan (*continuous improvement*) guna mewujudkan pelayanan kesehatan yang unggul, aman, dan berorientasi pada keselamatan pasien di masa mendatang.

#### **4.2. Inovasi dan Penghargaan**

Dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan publik, efisiensi penyelenggaraan pelayanan, serta mendorong tata kelola pemerintahan yang inovatif, RSUD Ploso secara berkelanjutan mengembangkan berbagai inovasi pelayanan kesehatan berbasis kebutuhan masyarakat dan pemanfaatan teknologi informasi. Sepanjang tahun 2025, RSUD Ploso memiliki tiga inovasi utama yang dikembangkan dan diimplementasikan, yaitu SITAROBMANIS

(Sistem Antar Obat Aman dan Gratis), SIBOBA (Sistem Barcode Obat), dan SIPATIMAH (Sistem Pelayanan Telefarmasi Rumah Sakit). Ketiga inovasi tersebut diikutsertakan dalam ajang KRENOVA Kabupaten Jombang Tahun 2025 sebagai bentuk komitmen RSUD Ploso dalam mendukung budaya inovasi di lingkungan Pemerintah Kabupaten Jombang.

Berdasarkan hasil penilaian KRENOVA Kabupaten Jombang tahun 2025, dua inovasi RSUD Ploso berhasil meraih penghargaan, yaitu SITAROBMANIS yang memperoleh Juara III dan SIPATIMAH yang meraih Juara V. Capaian ini menunjukkan bahwa inovasi yang dikembangkan RSUD Ploso dinilai memiliki dampak nyata terhadap peningkatan mutu pelayanan, efisiensi proses pelayanan, serta kemudahan akses bagi masyarakat. SITAROBMANIS sendiri merupakan inovasi berkelanjutan yang sebelumnya telah meraih Juara I pada KRENOVA tahun 2024 dan selanjutnya mewakili Kabupaten Jombang pada tingkat Provinsi, sehingga menjadi bukti konsistensi dan keberlanjutan inovasi yang dikembangkan oleh RSUD Ploso.

Secara substansi, SITAROBMANIS memberikan solusi terhadap permasalahan waktu tunggu pelayanan farmasi dan akses obat bagi pasien, khususnya pasien kronis dan geriatri, melalui layanan antar obat yang aman, gratis, dan dilengkapi dengan edukasi obat oleh petugas farmasi. Sementara itu, SIBOBA dikembangkan untuk meningkatkan keselamatan pasien melalui sistem barcode obat yang terintegrasi dengan SIMRS, sehingga meminimalkan risiko kesalahan pemberian obat dan meningkatkan pemahaman pasien terhadap obat yang diterima. Adapun SIPATIMAH berfokus pada penguatan pelayanan kefarmasian melalui telefarmasi, yang memungkinkan pasien memperoleh informasi obat secara berkelanjutan tanpa harus datang langsung ke rumah sakit, sekaligus mendukung peningkatan kepuasan pasien dan efektivitas komunikasi tenaga kesehatan.

Sebagai bentuk kesinambungan pengembangan inovasi, pada tahun 2026 RSUD Ploso merencanakan inovasi baru dengan nama "LENTERA (Layanan Elektronik Terpadu Hasil Pemeriksaan)". Inovasi LENTERA dirancang sebagai solusi efisiensi dan digitalisasi pelayanan hasil pemeriksaan, khususnya radiologi, dengan mengubah proses yang sebelumnya berbasis manual menjadi sistem elektronik/digital yang terintegrasi dengan SIMRS. Melalui LENTERA, hasil pemeriksaan dapat tersimpan secara permanen, diakses secara *real-time*

oleh dokter yang bersangkutan, serta mendukung implementasi sistem radiologi *filmless*. Inovasi ini diharapkan mampu meningkatkan produktivitas tenaga kesehatan, mempercepat pengambilan keputusan klinis, memperkuat komunikasi antarprofesional kesehatan, serta meningkatkan mutu dan keselamatan pelayanan kepada masyarakat.

Dengan berbagai inovasi dan penghargaan yang diraih tersebut, RSUD Ploso menunjukkan komitmen yang kuat dalam membangun pelayanan kesehatan yang adaptif, inovatif, dan berorientasi pada kebutuhan masyarakat, sekaligus mendukung peningkatan kinerja organisasi dan akuntabilitas pelayanan publik secara berkelanjutan

#### **4.3. Upaya Perbaikan**

Upaya perbaikan kinerja RSUD Ploso pada tahun berikutnya disusun berdasarkan hasil evaluasi capaian kinerja organisasi tahun 2025. Secara umum, kinerja organisasi pada triwulan IV tahun 2025 menunjukkan hasil Baik dengan Penilaian Kinerja Organisasi (PKO) sebesar 93,36. Namun demikian, masih terdapat beberapa aspek yang perlu diperkuat, terutama pada konsistensi peningkatan mutu pelayanan, pemenuhan sarana prasarana dan SDM sesuai standar, serta penguatan akuntabilitas dan tata kelola birokrasi. Oleh karena itu, upaya perbaikan ini diarahkan untuk menjadi bahan dalam penyusunan perencanaan kinerja tahun berikutnya dan minimal dituangkan dalam rencana aksi Kepala Perangkat Daerah agar memiliki keberlanjutan dan dapat ditindaklanjuti secara nyata.

##### **a. Sasaran 1: Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di RSUD Ploso**

Upaya perbaikan pada sasaran ini diarahkan pada penguatan mutu pelayanan secara berkelanjutan, peningkatan kesiapan re-akreditasi, pemenuhan sarana prasarana dan alat kesehatan sesuai standar, serta penguatan kapasitas SDM pelayanan. Langkah yang perlu dilakukan meliputi peningkatan monitoring dan evaluasi indikator mutu rumah sakit dan Standar Pelayanan Minimal secara berkala sampai pada level unit pelayanan, penguatan audit internal dan telusur akreditasi, serta tindak lanjut hasil evaluasi mutu secara lebih cepat dan terukur. Selain itu, perlu dilakukan pemenuhan sarana, prasarana, alat kesehatan, dan SDM penunjang layanan rujukan secara bertahap berdasarkan skala prioritas, dengan memperhatikan perkembangan

standar ASPAK berbasis kompetensi dan keterbatasan anggaran yang ada. Di bidang SDM, rumah sakit perlu memperkuat perencanaan kebutuhan tenaga berbasis analisis beban kerja, pemerataan distribusi tenaga, serta peningkatan kompetensi teknis maupun nonteknis. Pengembangan digitalisasi layanan yang terintegrasi juga perlu dipercepat untuk mendukung efisiensi pelayanan, akurasi data, dan kecepatan pengambilan keputusan. Seluruh langkah tersebut perlu dijabarkan ke dalam rencana aksi tahunan yang memuat target, penanggung jawab, dan jadwal pelaksanaan yang jelas.

**b. Sasaran 2: Terwujudnya tata kelola birokrasi yang bersih dan efektif**

Upaya perbaikan pada sasaran ini diarahkan pada penguatan sistem akuntabilitas kinerja, peningkatan kualitas reformasi birokrasi, serta perbaikan sistem monitoring dan evaluasi internal. Langkah yang perlu dilakukan meliputi reviu dan penyempurnaan indikator kinerja agar lebih berorientasi pada hasil, penguatan keterkaitan antara Renstra, Renja, Perjanjian Kinerja, rencana aksi, dan Sasaran Kinerja Pegawai, serta peningkatan kualitas data dukung kinerja pada seluruh unit kerja. RSUD Ploso juga perlu memperkuat pelaksanaan monitoring dan evaluasi internal secara berkala, sehingga hasil evaluasi tidak berhenti pada pelaporan, tetapi benar-benar digunakan sebagai dasar dalam penetapan langkah korektif, perbaikan program, dan penyusunan kebijakan tahun berikutnya. Selain itu, perlu dilakukan peningkatan kapasitas aparatur dalam bidang perencanaan, pengukuran kinerja, pelaporan, dan evaluasi AKIP agar pemahaman dan implementasi akuntabilitas kinerja semakin merata. Dalam mendukung reformasi birokrasi, rumah sakit perlu memperkuat penyederhanaan proses bisnis, pemanfaatan sistem informasi, serta peningkatan koordinasi antarunit agar tata kelola organisasi menjadi lebih efektif, responsif, dan adaptif terhadap perubahan kebijakan. Seluruh upaya tersebut perlu dimasukkan ke dalam rencana aksi Kepala Perangkat Daerah tahun berikutnya agar perbaikan tata kelola dapat berlangsung konsisten dan terukur.

Secara keseluruhan, upaya perbaikan RSUD Ploso pada tahun berikutnya diarahkan pada prinsip perbaikan berkelanjutan, yaitu menjadikan hasil evaluasi kinerja tahun 2025 sebagai dasar dalam penyusunan program, kegiatan, indikator, target, dan rencana aksi tahun berikutnya. Dengan demikian, LKjIP tidak hanya menjadi dokumen pertanggungjawaban kinerja, tetapi juga menjadi instrumen manajerial untuk mendorong peningkatan mutu pelayanan,

penguatan tata kelola, dan pencapaian sasaran strategis perangkat daerah secara lebih optimal.



## 2. Penetapan IKU

IKU Tahun 2025

NO.	KINERJA UTAMA	INDIKATOR KINERJA UTAMA	FORMULASI/RUMUS PENGHITUNGAN	SUMBER DATA	PENANGGUNG JAWAB
1.	Meningkatnya akuntabilitas dan kinerja perangkat daerah	Nilai evaluasi AKIP RSUD Ploso	<p><b>Definisi Operasional :</b> AKIP adalah pertanggungjawaban dan peningkatan kinerja instansi pemerintah melalui implementasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.</p> <p><b>Formula :</b> Hasil penilaian dari Tim Evaluator SAKIP Kabupaten Jombang terhadap dokumen SAKIP RSUD Ploso (perencanaan kinerja, pengukuran kinerja, pelaporan kinerja, evaluasi akuntabilitas kinerja internal) yang tertuang dalam LKE SAKIP RSUD Ploso</p>	Hasil penilaian Tim Evaluator SAKIP Kabupaten Jombang	Direktur RSUD Ploso
2.	Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan rujukan RSUD Ploso	Persentase capaian Indikator Nasional Mutu rumah sakit	<p><b>Definisi Operasional :</b> tolok ukur yang digunakan untuk menilai tingkat capaian target mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit.</p> <p>Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia 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 Darah, pasal 4 ayat (4) disebutkan bahwa Indikator Mutu di Rumah Sakit terdiri atas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kepatuhan kebersihan tangan;</li> <li>2. Kepatuhan penggunaan alat pelindung diri;</li> <li>3. Kepatuhan identifikasi pasien;</li> <li>4. Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi;</li> <li>5. Waktu tunggu rawat jalan;</li> <li>6. Penundaan operasi elektif;</li> <li>7. Kepatuhan waktu visite dokter;</li> </ol>	Hasil penilaian yang dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) RSUD Ploso	Direktur RSUD Ploso

NO.	KINERJA UTAMA	INDIKATOR KINERJA UTAMA	FORMULASI/RUMUS PENGHITUNGAN	SUMBER DATA	PENANGGUNG JAWAB
			<p>8. Pelaporan hasil kritis laboratorium;  9. Kepatuhan penggunaan formularium nasional;  10. Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway);  11. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh;  12. Kecepatan waktu tanggap komplain; dan  13. Kepuasan pasien.</p> <p><b>Formula :</b>  <math display="block">\frac{\text{Jumlah INM RS yang sesuai target}}{\text{Jumlah INM RS}} \times 100\%</math></p> <p><b>Profil Indikator Mutu Rumah Sakit :</b>  1. Kepatuhan kebersihan tangan;  Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (alcoholbased handrubs) dengan kandungan alkohol 60-80% bila tangan tidak tampak kotor. Kebersihan tangan yang dilakukan dengan benar adalah kebersihan tangan sesuai indikasi dan langkah kebersihan tangan sesuai rekomendasi WHO. Lima indikasi (<i>five moment</i>) kebersihan tangan terdiri dari:  a. Sebelum kontak dengan pasien yaitu sebelum menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien atau pakaian pasien, sebelum menangani obat-obatan dan sebelum menyiapkan makanan pasien.  b. Sesudah kontak dengan pasien yaitu setelah menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien.  c. Sebelum melakukan prosedur aseptik adalah kebersihan tangan yang dilakukan sebelum</p>		

NO.	KINERJA UTAMA	INDIKATOR KINERJA UTAMA	FORMULASI/RUMUS PENGHITUNGAN	SUMBER DATA	PENANGGUNG JAWAB
			<p>melakukan tindakan steril atau aseptik, contoh: pemasangan intra vena kateter (infus), perawatan luka, pemasangan kateter urin, suctioning, pemberian suntikan dan lain-lain.</p> <p>d. Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien seperti muntah, darah, nanah, urin, feses, produksi drain, setelah melepas sarung tangan steril dan setelah melepas APD.</p> <p>e. Setelah bersentuhan dengan lingkungan pasien adalah melakukan kebersihan tangan setelah tangan petugas menyentuh permukaan, sarana prasarana, dan alat kesehatan yang ada di lingkungan pasien, meliputi: menyentuh tempat tidur pasien, linen yang terpasang di tempat tidur, alat-alat di sekitar pasien atau peralatan lain yang digunakan pasien.</p> <p>Target : <math>\geq 85\%</math></p> <p><b>Formula :</b>  <math display="block">\frac{\text{Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan}}{\text{Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi}} \times 100\%</math></p> <p>2. Kepatuhan penggunaan alat pelindung diri  Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas dalam menggunakan APD dengan tepat sesuai dengan indikasi ketika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau cairan infeksius lainnya berdasarkan jenis risiko transmisi (kontak, droplet dan airborne).</p>		

NO.	KINERJA UTAMA	INDIKATOR KINERJA UTAMA	FORMULASI/RUMUS PENGHITUNGAN	SUMBER DATA	PENANGGUNG JAWAB
			<p>Target : 100%</p> <p><b>Formula :</b>            Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi</p> <hr/> <p>x 100%</p> <p>Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi</p> <p>3. Kepatuhan identifikasi pasien            Identifikasi pasien secara benar adalah proses identifikasi yang dilakukan pemberi pelayanan dengan menggunakan minimal dua penanda identitas seperti: nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medik, NIK sesuai dengan yang ditetapkan di Rumah Sakit. Identifikasi dilakukan dengan cara visual (melihat) dan atau verbal (lisan). Pemberi pelayanan melakukan identifikasi pasien secara benar pada setiap keadaan terkait tindakan intervensi pasien seperti :</p> <p>a. Pemberian pengobatan: pemberian obat, pemberian cairan intravena, pemberian darah dan produk darah, radioterapi, dan nutrisi.</p> <p>b. Prosedur tindakan: tindakan operasi atau tindakan invasif lainnya sesuai kebijakan yang ditetapkan rumah sakit.</p> <p>c. Prosedur diagnostik: pengambilan sampel, pungsi lumbal, endoskopi, kateterisasi jantung, pemeriksaan radiologi, dan lain-lain.</p>		

NO.	KINERJA UTAMA	INDIKATOR KINERJA UTAMA	FORMULASI/RUMUS PENGHITUNGAN	SUMBER DATA	PENANGGUNG JAWAB
			<p>d. Kondisi tertentu: pasien tidak dapat berkomunikasi (dengan ventilator), pasien bayi, pasien tidak sadar, bayi kembar. Target : 100%</p> <p><b>Formula :</b> Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi</p> <hr/> <p>x 100%</p> <p>Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi</p> <p>4. Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi sejak diputuskan operasi sampai dimulainya insisi operasi di kamar operasi yaitu ≤ 30 menit.</p> <p>Target : ≥ 80%</p> <p><b>Formula :</b> Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I yang mendapatkan tindakan seksio sesarea ≤ 30 menit</p> <hr/> <p>x 100%</p> <p>Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I</p>		

NO.	KINERJA UTAMA	INDIKATOR KINERJA UTAMA	FORMULASI/RUMUS PENGHITUNGAN	SUMBER DATA	PENANGGUNG JAWAB
			<p>5. Waktu tunggu rawat jalan  Waktu tunggu rawat jalan adalah waktu yang dibutuhkan mulai saat pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/dokter spesialis. Kontak dengan petugas pendaftaran adalah proses saat petugas pendaftaran menanyakan dan mencatat/menginput data sebagai pasien atau pada saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran untuk pendaftaran online.</p> <p>a. Pasien datang langsung, maka dihitung sejak pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.</p> <p>b. Pasien mendaftar online, maka dihitung sejak pasien melakukan konfirmasi kehadiran kepada petugas pendaftaran sesuai jam pelayanan pada pendaftaran online sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.</p> <p>c. Pasien anjungan mandiri, maka dihitung sejak bukti pendaftaran tercetak pada anjungan mandiri sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.</p> <p>Target : <math>\geq 80\%</math></p> <p><b>Formula :</b>  <math display="block">\frac{\text{Jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tunggu} \leq 60 \text{ menit}}{\text{Jumlah pasien rawat jalan yang diobservasi}} \times 100\%</math></p> <p>6. Penundaan operasi elektif  Operasi elektif adalah operasi yang waktu pelaksanaannya terencana atau dapat dijadwalkan. Penundaan operasi elektif adalah tindakan operasi</p>		

NO.	KINERJA UTAMA	INDIKATOR KINERJA UTAMA	FORMULASI/RUMUS PENGHITUNGAN	SUMBER DATA	PENANGGUNG JAWAB
			<p>yang tertunda lebih dari 1 jam dari jadwal operasi yang ditentukan. Target : ≤ 5%</p> <p><b>Formula :</b>  <math display="block">\frac{\text{Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam}}{\text{Jumlah pasien operasi elektif}} \times 100\%</math></p> <p>7. Kepatuhan waktu visite dokter Waktu visite dokter adalah waktu kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya. Target : ≥ 80%</p> <p><b>Formula :</b>  <math display="block">\frac{\text{Jumlah pasien yang di-visite dokter pada pukul 06.00-14.00}}{\text{Jumlah pasien yang diobservasi}} \times 100\%</math></p> <p>8. Pelaporan hasil kritis laboratorium Hasil kritis adalah hasil pemeriksaan yang termasuk kategori kritis sesuai kebijakan rumah sakit dan memerlukan penatalaksanaan segera. Waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu yang dibutuhkan sejak hasil pemeriksaan keluar dan telah dibaca oleh dokter/analisis yang diberi kewenangan hingga dilaporkan hasilnya kepada dokter yang meminta pemeriksaan. Standar waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu pelaporan ≤ 30 menit.</p>		

NO.	KINERJA UTAMA	INDIKATOR KINERJA UTAMA	FORMULASI/RUMUS PENGHITUNGAN	SUMBER DATA	PENANGGUNG JAWAB
			<p>Target : 100%</p> <p><b>Formula :</b>            Jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan ≤ 30 menit</p> $\frac{\text{Jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan} \leq 30 \text{ menit}}{\text{Jumlah hasil kritis laboratorium yang diobservasi}} \times 100\%$ <p>9. Kepatuhan penggunaan formularium nasional            Formularium Nasional merupakan daftar obat terpilih yang dibutuhkan dan digunakan sebagai acuan penulisan resep pada pelaksanaan pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan. Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional adalah peresepan obat (R/: recipe dalam lembar resep) oleh DPJP kepada pasien sesuai daftar obat di Formularium Nasional dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan.            Target : ≥ 80%</p> <p><b>Formula :</b>            Jumlah R/ recipe dalam lembar resep yang sesuai dengan formularium nasional</p> $\frac{\text{Jumlah R/ recipe dalam lembar resep yang sesuai dengan formularium nasional}}{\text{Jumlah R/ recipe dalam lembar resep yang diobservasi}} \times 100\%$ <p>10. Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)            Clinical Pathway adalah suatu perencanaan pelayanan terpadu/terintegrasi yang merangkum setiap langkah yang diberikan pada pasien,</p>		

NO.	KINERJA UTAMA	INDIKATOR KINERJA UTAMA	FORMULASI/RUMUS PENGHITUNGAN	SUMBER DATA	PENANGGUNG JAWAB
			<p>berdasarkan standar pelayanan medis, standar pelayanan keperawatan dan standar pelayanan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya yang berbasis bukti dengan hasil terukur, pada jangka waktu tertentu selama pasien dirawat di Rumah Sakit. Kepatuhan terhadap clinical pathway adalah proses pelayanan secara terintegrasi yang diberikan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) kepada pasien yang sesuai dengan clinical pathway yang ditetapkan Rumah Sakit. Target : ≥ 80%</p> <p><b>Formula :</b>  <math display="block">\frac{\text{Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan clinical pathway}}{100\% \times \text{Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA pada clinical pathway yang diobservasi}}</math></p> <p>11. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh  Upaya pencegahan risiko jatuh meliputi:  a. Asesment awal risiko jatuh  b. Assesment ulang risiko jatuh  c. Intervensi pencegahan risiko jatuh  Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah pelaksanaan ketiga upaya pencegahan jatuh pada pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh sesuai dengan standar yang ditetapkan rumah sakit.  Target : 100%</p>		

NO.	KINERJA UTAMA	INDIKATOR KINERJA UTAMA	FORMULASI/RUMUS PENGHITUNGAN	SUMBER DATA	PENANGGUNG JAWAB
			<p><b>Formula :</b>            Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh</p> $\frac{\text{Jumlah pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh yang diobservasi}}{100\%} \times$ <p>12. Kecepatan waktu tanggap complain            Kecepatan waktu tanggap komplain adalah rentang waktu Rumah sakit dalam menanggapi keluhan tertulis, lisan atau melalui media massa melalui tahapan identifikasi, penetapan grading risiko, analisis hingga tindak lanjutnya. Grading risiko dan standar waktu tanggap komplain:            a. Grading Merah (ekstrim) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1 x 24 jam sejak keluhan disampaikan oleh pasien/ keluarga/pengunjung. Kriteria: cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/ kelangsungan organisasi, potensi kerugian material, dan lain-lain.            b. Grading Kuning (tinggi) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari sejak keluhan disampaikan oleh pasien/ keluarga/pengunjung. Kriteria: cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian immaterial, dan lain lain.            c. Grading Hijau (rendah) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari sejak keluhan disampaikan oleh pasien/ keluarga/pengunjung.</p>		

NO.	KINERJA UTAMA	INDIKATOR KINERJA UTAMA	FORMULASI/RUMUS PENGHITUNGAN	SUMBER DATA	PENANGGUNG JAWAB
			<p>Kriteria: tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial. Target : <math>\geq 80\%</math></p> <p><b>Formula :</b>  <math display="block">\frac{\text{Jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan sesuai dengan grading}}{\text{Jumlah komplain yang disurvei}} \times 100\%</math></p> <p>13. Kepuasan pasien  Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. Survei Kepuasan Pasien adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan pasien terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan kepada pasien. Unsur pelayanan adalah faktor atau aspek yang terdapat dalam penyelenggaraan pelayanan sebagai variabel penyusunan survei kepuasan untuk mengetahui kinerja unit pelayanan. Unsur survei kepuasan pasien dalam peraturan ini meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Persyaratan.</li> <li>b. Sistem, Mekanisme, dan Prosedur.</li> <li>c. Waktu Penyelesaian.</li> <li>d. Biaya/Tarif.</li> <li>e. Produk Spesifikasi Jenis Pelayanan.</li> <li>f. Kompetensi Pelaksana.</li> <li>g. Perilaku Pelaksana.</li> <li>h. Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan.</li> </ol>		

NO.	KINERJA UTAMA	INDIKATOR KINERJA UTAMA	FORMULASI/RUMUS PENGHITUNGAN	SUMBER DATA	PENANGGUNG JAWAB
			i. Sarana dan prasarana Target : $\geq 76,61$  <b>Formula :</b> $\frac{\text{Total nilai persepsi seluruh responden}}{\text{Total unsur yang terisi dari seluruh responden}} \times 25$		
		NDR (angka kematian >48 jam)	<b>Definisi Operasional :</b> Angka kematian >48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1.000 pasien keluar.  Kemenkes menetapkan standar NDR sebesar $\leq 25\%$  <b>Formula :</b> $\frac{\text{Jumlah pasien mati > 48 jam dirawat}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}} \times 1000\%$	Hasil evaluasi internal	Direktur RSUD Ploso

IKU Individu Tahun 2025

[https://drive.google.com/file/d/1rZmexisEarYxu\\_HUymnUnidLeH5Q7qRW/view?usp=drive\\_link](https://drive.google.com/file/d/1rZmexisEarYxu_HUymnUnidLeH5Q7qRW/view?usp=drive_link)

IKU Perubahan Tahun 2025

NO.	KINERJA UTAMA	INDIKATOR KINERJA UTAMA	FORMULASI/RUMUS PENGHITUNGAN	SUMBER DATA	PENANGGUNG JAWAB
1.	Meningkatnya akuntabilitas dan kinerja perangkat daerah	Indeks Reformasi Birokrasi Perangkat Daerah	<p><b>Definisi Operasional :</b> Indeks Reformasi Birokrasi adalah Ukuran komposit yang digunakan untuk menilai Tingkat kemajuan pelaksanaan Reformasi Birokrasi pada Pemerintah Daerah yang diukur secara periodic berdasarkan capaian pada komponen penilaian sesuai dengan pedoman evaluasi Reformasi Birokrasi yang ditetapkan oleh pemerintah Target 72.5</p> <p><b>Formula :</b> Hasil penilaian dari Tim Evaluator Reformasi Birokrasi Kabupaten Jombang terhadap pelaksanaan Reformasi Birokrasi RSUD Ploso yang terdiri dari 2 komponen penilaian yaitu</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Capaian Strategi Pelaksanaan Reformasi Birokrasi Perangkat Daerah <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pengelolaan Reformasi Birokrasi;</li> <li>- Rencana Aksi;</li> <li>- Monitoring dan Evaluasi</li> </ul> </li> <li>2. Capaian Sasaran Strategis Pelaksanaan Reformasi Birokrasi Perangkat Daerah <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tata Kelola pemerintahan digital yang lincah, kolaboratif, dan akuntabel pada Pemerintah Kabupaten Jombang <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tingkat Penataan Kelembagaan Perangkat Daerah</li> <li>- Tingkat Implementasi Sistem Kerja Baru</li> <li>- Indeks Penerapan SPBE</li> </ul> </li> </ol> </li> </ol>	Hasil penilaian Tim Evaluator RB Kabupaten Jombang	Direktur RSUD Ploso

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indeks Perencanaan Pembangunan</li> <li>- Nilai SAKIP</li> <li>- Tingkat Digitalisasi Layanan</li> <li>- Tingkat Pembangunan ZI</li> <li>- Maturitas SPIP</li> <li>- Tingkat Tindak Lanjut Pengaduan Masyarakat</li> <li>- Indeks Persepsi Anti Korupsi</li> <li>- Indeks Pengawasan Kearsipan</li> <li>- Indeks Tata Kelola Pengadaan</li> <li>- Indeks Pengelolaan Keuangan</li> <li>- Indeks Pengelolaan Aset</li> <li>- Tingkat Tindak Lanjut Rekomendasi APIP</li> </ul> <p>b. Budaya Birokrasi BerAKHLAK dengan ASN Pemerintah Kabupaten Jombang yang professional</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tingkat Pengelolaan Kinerja Pegawai</li> <li>- Indeks Profesionalitas ASN</li> <li>- Tingkat Internalitas Core Value ASN</li> <li>- Indeks Pelayanan Publik</li> </ul> <p>Indeks Kepuasan Masyarakat</p>		
2.	Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan rujukan RSUD Ploso	Persentase capaian Indikator Nasional Mutu rumah sakit	<p><b>Definisi Operasional :</b> tolok ukur yang digunakan untuk menilai tingkat capaian target mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit.</p> <p>Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia 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 Darah, pasal 4</p>	Hasil penilaian yang dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) RSUD Ploso	Direktur RSUD Ploso

			<p>ayat (4) disebutkan bahwa Indikator Mutu di Rumah Sakit terdiri atas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>14. Kepatuhan kebersihan tangan;</li> <li>15. Kepatuhan penggunaan alat pelindung diri;</li> <li>16. Kepatuhan identifikasi pasien;</li> <li>17. Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi;</li> <li>18. Waktu tunggu rawat jalan;</li> <li>19. Penundaan operasi elektif;</li> <li>20. Kepatuhan waktu visite dokter;</li> <li>21. Pelaporan hasil kritis laboratorium;</li> <li>22. Kepatuhan penggunaan formularium nasional;</li> <li>23. Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway);</li> <li>24. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh;</li> <li>25. Kecepatan waktu tanggap komplain; dan</li> <li>26. Kepuasan pasien.</li> </ol> <p><b>Formula :</b></p> $\frac{\text{Jumlah INM RS yang sesuai target}}{\text{Jumlah INM RS}} \times 100\%$ <p><b>Profil Indikator Mutu Rumah Sakit :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>14. Kepatuhan kebersihan tangan; Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (alcoholbased handrubs) dengan kandungan alkohol 60-80% bila tangan tidak tampak kotor. Kebersihan tangan yang</li> </ol>		
--	--	--	--	--	--

			<p>dilakukan dengan benar adalah kebersihan tangan sesuai indikasi dan langkah kebersihan tangan sesuai rekomendasi WHO. Lima indikasi (<i>five moment</i>) kebersihan tangan terdiri dari:</p> <p>a. Sebelum kontak dengan pasien yaitu sebelum menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien atau pakaian pasien, sebelum menangani obat-obatan dan sebelum menyiapkan makanan pasien.</p> <p>b. Sesudah kontak dengan pasien yaitu setelah menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien.</p> <p>c. Sebelum melakukan prosedur aseptik adalah kebersihan tangan yang dilakukan sebelum melakukan tindakan steril atau aseptik, contoh: pemasangan intra vena kateter (infus), perawatan luka, pemasangan kateter urin, suctioning, pemberian suntikan dan lain-lain.</p> <p>d. Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien seperti muntah, darah, nanah, urin, feses, produksi drain, setelah melepas sarung tangan steril dan setelah melepas APD.</p> <p>e. Setelah bersentuhan dengan lingkungan pasien adalah melakukan kebersihan tangan setelah tangan petugas menyentuh permukaan, sarana prasarana, dan alat kesehatan yang ada di lingkungan pasien, meliputi: menyentuh tempat tidur pasien, linen yang terpasang di tempat tidur, alat-alat di sekitar pasien atau peralatan lain yang digunakan pasien.</p> <p>Target : <math>\geq 85\%</math></p>		
--	--	--	--	--	--

			<p><b>Formula :</b>          Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan</p> <hr/> <p>x 100%          Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi</p> <p>15. Kepatuhan penggunaan alat pelindung diri          Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas dalam menggunakan APD dengan tepat sesuai dengan indikasi ketika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau cairan infeksius lainnya berdasarkan jenis risiko transmisi (kontak, droplet dan airborne).          Target : 100%</p> <p><b>Formula :</b>          Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi</p> <hr/> <p>x 100%          Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi</p> <p>16. Kepatuhan identifikasi pasien</p>		
--	--	--	--	--	--

			<p>Identifikasi pasien secara benar adalah proses identifikasi yang dilakukan pemberi pelayanan dengan menggunakan minimal dua penanda identitas seperti: nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medik, NIK sesuai dengan yang ditetapkan di Rumah Sakit. Identifikasi dilakukan dengan cara visual (melihat) dan atau verbal (lisan). Pemberi pelayanan melakukan identifikasi pasien secara benar pada setiap keadaan terkait tindakan intervensi pasien seperti :</p> <p>a. Pemberian pengobatan: pemberian obat, pemberian cairan intravena, pemberian darah dan produk darah, radioterapi, dan nutrisi.</p> <p>b. Prosedur tindakan: tindakan operasi atau tindakan invasif lainnya sesuai kebijakan yang ditetapkan rumah sakit.</p> <p>c. Prosedur diagnostik: pengambilan sampel, pungsi lumbal, endoskopi, kateterisasi jantung, pemeriksaan radiologi, dan lain-lain.</p> <p>d. Kondisi tertentu: pasien tidak dapat berkomunikasi (dengan ventilator), pasien bayi, pasien tidak sadar, bayi kembar.</p> <p>Target : 100%</p> <p><b>Formula :</b>          Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi</p> <hr/> <p>x 100%</p> Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi		
--	--	--	--	--	--

			<p>17. Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi  Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi sejak diputuskan operasi sampai dimulainya insisi operasi di kamar operasi yaitu <math>\leq 30</math> menit.</p> <p>Target : <math>\geq 80\%</math></p> <p><b>Formula :</b>  Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I yang mendapatkan tindakan seksio sesarea <math>\leq 30</math> menit</p> <hr/> $\frac{\text{Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I}}{\text{Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I}} \times 100\%$		
			<p>18. Waktu tunggu rawat jalan  Waktu tunggu rawat jalan adalah waktu yang dibutuhkan mulai saat pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/dokter spesialis. Kontak dengan petugas pendaftaran adalah proses saat petugas pendaftaran menanyakan dan mencatat/menginput data sebagai pasien atau pada saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran untuk pendaftaran online.</p>		

			<p>a. Pasien datang langsung, maka dihitung sejak pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.</p> <p>b. Pasien mendaftar online, maka dihitung sejak pasien melakukan konfirmasi kehadiran kepada petugas pendaftaran sesuai jam pelayanan pada pendaftaran online sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.</p> <p>c. Pasien anjungan mandiri, maka dihitung sejak bukti pendaftaran tercetak pada anjungan mandiri sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis. Target : <math>\geq 80\%</math></p> <p><b>Formula :</b>  <math display="block">\frac{\text{Jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tunggu} \leq 60 \text{ menit}}{\text{Jumlah pasien rawat jalan yang diobservasi}} \times 100\%</math></p> <p>19. Penundaan operasi elektif  Operasi elektif adalah operasi yang waktu pelaksanaannya terencana atau dapat dijadwalkan. Penundaan operasi elektif adalah tindakan operasi yang tertunda lebih dari 1 jam dari jadwal operasi yang ditentukan.  Target : <math>\leq 5\%</math></p> <p><b>Formula :</b>  Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam</p>	
--	--	--	--	--

			$\frac{\text{Jumlah pasien operasi elektif}}{\text{Jumlah pasien operasi elektif}} \times 100\%$ <p>20. Kepatuhan waktu visite dokter Waktu visite dokter adalah waktu kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya. Target : <math>\geq 80\%</math></p> <p><b>Formula :</b> Jumlah pasien yang di-visite dokter pada pukul 06.00-14.00</p> $\frac{\text{Jumlah pasien yang di-visite dokter pada pukul 06.00-14.00}}{\text{Jumlah pasien yang diobservasi}} \times 100\%$ <p>21. Pelaporan hasil kritis laboratorium Hasil kritis adalah hasil pemeriksaan yang termasuk kategori kritis sesuai kebijakan rumah sakit dan memerlukan penatalaksanaan segera. Waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu yang dibutuhkan sejak hasil pemeriksaan keluar dan telah dibaca oleh dokter/analisis yang diberi kewenangan hingga dilaporkan hasilnya kepada dokter yang meminta pemeriksaan. Standar waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu pelaporan <math>\leq 30</math> menit. Target : 100%</p> <p><b>Formula :</b> Jumlah hasil kritis laboratorium yang</p>		
--	--	--	---	--	--

			<p>dilaporkan <math>\leq 30</math> menit</p> $\frac{\text{Jumlah hasil kritis laboratorium yang diobservasi}}{100\%} \times$		
			<p>22. Kepatuhan penggunaan formularium nasional          Formularium Nasional merupakan daftar obat terpilih yang dibutuhkan dan digunakan sebagai acuan penulisan resep pada pelaksanaan pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan. Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional adalah peresepan obat (R/: recipe dalam lembar resep) oleh DPJP kepada pasien sesuai daftar obat di Formularium Nasional dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan.          Target : <math>\geq 80\%</math></p> <p><b>Formula :</b>          Jumlah R/ recipe dalam lembar resep yang sesuai dengan formularium nasional</p> $\frac{\text{Jumlah R/ recipe dalam lembar resep yang diobservasi}}{\text{Jumlah R/ recipe dalam lembar resep yang diobservasi}} \times 100\%$		
			<p>23. Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)          Clinical Pathway adalah suatu perencanaan pelayanan terpadu/terintegrasi yang merangkum setiap langkah yang diberikan</p>		

			<p>pada pasien, berdasarkan standar pelayanan medis, standar pelayanan keperawatan dan standar pelayanan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya yang berbasis bukti dengan hasil terukur, pada jangka waktu tertentu selama pasien dirawat di Rumah Sakit. Kepatuhan terhadap clinical pathway adalah proses pelayanan secara terintegrasi yang diberikan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) kepada pasien yang sesuai dengan clinical pathway yang ditetapkan Rumah Sakit. Target : ≥ 80%</p> <p><b>Formula :</b>  <math display="block">\frac{\text{Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan clinical pathway}}{\text{Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA pada clinical pathway yang diobservasi}} \times 100\%</math></p> <p>24. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh  Upaya pencegahan risiko jatuh meliputi:  a. Asesment awal risiko jatuh  b. Assesment ulang risiko jatuh  c. Intervensi pencegahan risiko jatuh  Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah pelaksanaan ketiga upaya pencegahan jatuh pada pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh sesuai dengan standar yang ditetapkan rumah sakit.  Target : 100%</p>	
--	--	--	---	--

			<p><b>Formula :</b>          Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh          yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh</p> <hr/> <p>x 100%          Jumlah pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh yang diobservasi</p> <p>25. Kecepatan waktu tanggap complain          Kecepatan waktu tanggap komplain adalah rentang waktu Rumah sakit dalam menanggapi keluhan tertulis, lisan atau melalui media massa melalui tahapan identifikasi, penetapan grading risiko, analisis hingga tindak lanjutnya. Grading risiko dan standar waktu tanggap complain:          a. Grading Merah (ekstrim) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1 x 24 jam sejak keluhan disampaikan oleh pasien/keluarga/pengunjung. Kriteria: cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/kelangsungan organisasi, potensi kerugian material, dan lain-lain.          b. Grading Kuning (tinggi) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari sejak keluhan disampaikan oleh pasien/keluarga/pengunjung. Kriteria: cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian immaterial, dan lain lain.</p>		
--	--	--	---	--	--

			<p>c. Grading Hijau (rendah) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari sejak keluhan disampaikan oleh pasien/keluarga/pengunjung. Kriteria: tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial. Target : <math>\geq 80\%</math></p> <p><b>Formula :</b>  <math display="block">\frac{\text{Jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan sesuai dengan grading}}{\text{Jumlah komplain yang disurvei}} \times 100\%</math></p> <p>26. Kepuasan pasien  Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. Survei Kepuasan Pasien adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan pasien terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan kepada pasien. Unsur pelayanan adalah faktor atau aspek yang terdapat dalam penyelenggaraan pelayanan sebagai variabel penyusunan survei kepuasan untuk mengetahui kinerja unit pelayanan. Unsur survei kepuasan pasien dalam peraturan ini meliputi:  a. Persyaratan.</p>		
--	--	--	--	--	--

			<p>b. Sistem, Mekanisme, dan Prosedur.  c. Waktu Penyelesaian.  d. Biaya/Tarif.  e. Produk Spesifikasi Jenis Pelayanan.  f. Kompetensi Pelaksana.  g. Perilaku Pelaksana.  h. Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan.  i. Sarana dan prasarana  Target : <math>\geq 76,61</math></p> <p><b>Formula :</b>  Total nilai persepsi seluruh responden</p> <hr/> <p>x 25  Total unsur yang terisi dari seluruh responden</p>		
		Status Akreditasi RS	<p><b>Definisi Operasional :</b>  Akreditasi Rumah Sakit adalah proses pengakuan resmi yang diberikan kepada rumah sakit oleh lembaga akreditasi independen, dalam hal ini Komisi Akreditasi Rumah Sakit terhadap tingkat pemenuhan standar mutu pelayanan dan keselamatan pasien melalui penilaian sistematis, terukur, dan berkelanjutan sesuai standar akreditasi yang berlaku secara nasional</p>	Hasil evaluasi tim surveyor akreditasi oleh Lembaga akreditasi	Direktur RSUD Ploso

			<b>Formula :</b> Hasil Penilaian dari tim surveyor Lembaga akreditasi independent sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2027 tentang Akreditasi Rumah Sakit dan dan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1596/2024 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit		
--	--	--	---	--	--

IKU Perubahan Individu Tahun 2025

[https://drive.google.com/file/d/1vNf2OEAiJdnCI6\\_YuvQVYMOUop0\\_Xuo/view?usp=drive\\_link](https://drive.google.com/file/d/1vNf2OEAiJdnCI6_YuvQVYMOUop0_Xuo/view?usp=drive_link)

### 3. KKPT

#### PENETAPAN INDIKATOR DAN TARGET KINERJA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PLOSO TAHUN 2025

NO			LKJIP TAHUN 2024				NO	RENCANA KERJA TAHUN 2025																						
			Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target Tahun 2024	Realisasi Tahun 2024		Sasaran Strategis	Nama Program	Indikator Kinerja	Realisasi Tahun 2024	Target Tahun 2025	Keterkaitan dengan Sasaran RPD	Keterangan Dasar Penetapan Target																
I	1	1	Meningkatnya akuntabilitas dan kinerja perangkat daerah	Nilai Evaluasi AKIP RSUD Ploso	82	77,01	1	Meningkatnya akuntabilitas dan kinerja perangkat daerah		Nilai Evaluasi AKIP RSUD Ploso	77,01	83	<p>Bahwa sasaran PD yaitu meningkatnya akuntabilitas dan kinerja perangkat daerah RSUD Ploso merupakan penjabaran dari sasaran RPD, yaitu meningkatnya akuntabilitas dan kinerja birokrasi. Dengan tercapainya sasaran PD melalui indikator sasaran yang telah ditetapkan, maka sasaran RPD akan tercapai.</p> <p>AKIP adalah perwujudan kewajiban suatu instansi pemerintah untuk mempertanggung jawabkan keberhasilan dan kegagalan pelaksanaan misi PD dalam mencapai sasaran dan tujuan yang telah ditetapkan melalui sistem pertanggungjawaban secara periodik. Indikator nilai evaluasi AKIP merupakan perubahan dan penjabaran dari indikator tujuan PD yaitu Indeks Reformasi Birokrasi RSUD Ploso.</p> <p>Pada tahun 2024 nilai AKIP RSUD Ploso mendapatkan nilai BB dengan angka 77,01 (turun 4,05). Pada tahun 2025, RSUD Ploso berupaya akan meningkatkan nilai AKIP menjadi 83 dengan upaya perbaikan pada komponen Pengukuran Kinerja dan Pelaporan Kinerja sesuai hasil evaluasi akuntabilitas oleh Tim Evaluator SAKIP Kabupaten.</p>																	
												<table border="1"> <thead> <tr> <th>Komponen</th> <th>Nilai Evaluasi 2024</th> <th>Target 2025</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Perencanaan Kinerja</td> <td>26,67</td> <td>27,50</td> </tr> <tr> <td>Pengukuran</td> <td>20,73</td> <td>21,83</td> </tr> <tr> <td>Pelaporan Kinerja</td> <td>9,05</td> <td>14,39</td> </tr> <tr> <td>Evaluasi Kinerja</td> <td>20,56</td> <td>19,28</td> </tr> <tr> <td><b>Hasil Evaluasi AKIP</b></td> <td><b>77,01</b></td> <td><b>83</b></td> </tr> </tbody> </table>	Komponen	Nilai Evaluasi 2024	Target 2025	Perencanaan Kinerja	26,67	27,50	Pengukuran	20,73	21,83	Pelaporan Kinerja	9,05	14,39	Evaluasi Kinerja	20,56	19,28	<b>Hasil Evaluasi AKIP</b>	<b>77,01</b>	<b>83</b>
Komponen	Nilai Evaluasi 2024	Target 2025																												
Perencanaan Kinerja	26,67	27,50																												
Pengukuran	20,73	21,83																												
Pelaporan Kinerja	9,05	14,39																												
Evaluasi Kinerja	20,56	19,28																												
<b>Hasil Evaluasi AKIP</b>	<b>77,01</b>	<b>83</b>																												

NO		LKJIP TAHUN 2024				NO	RENCANA KERJA TAHUN 2025						
		Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target Tahun 2024	Realisasi Tahun 2024		Sasaran Strategis	Nama Program	Indikator Kinerja	Realisasi Tahun 2024	Target Tahun 2025	Keterkaitan dengan Sasaran RPD	Keterangan Dasar Penetapan Target
1	2	Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan RSUD Ploso melalui tata kelola rumah sakit yang baik dan SDM yang profesional	Persentase elemen penilaian akreditasi rumah sakit yang memenuhi standar akreditasi	100%	100%		Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan rujukan RSUD Ploso		Persentase capaian Indikator Mutu Nasional rumah sakit	N/A	75%	Bahwa sasaran PD yaitu meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan rujukan RSUD merupakan penjabaran dari sasaran RPD, yaitu meningkatnya derajat pendidikan dan kesehatan. Dengan tercapainya sasaran PD melalui indikator sasaran yang telah ditetapkan, maka sasaran RPD akan tercapai	<p>Berdasarkan 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 Darah pasal 4 ayat (4) disebutkan bahwa Indikator Mutu di Rumah Sakit terdiri atas :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kepatuhan kebersihan tangan;</li> <li>2. Kepatuhan penggunaan alat pelindung diri;</li> <li>3. Kepatuhan identifikasi pasien;</li> <li>4. Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi;</li> <li>5. Waktu tunggu rawat jalan;</li> <li>6. Penundaan operasi elektif;</li> <li>7. Kepatuhan awaktu visite dokter;</li> <li>8. Pelaporan hasil kritis laboratorium;</li> <li>9. Kepatuhan penggunaan formularium nasional;</li> <li>10. Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway);</li> <li>11. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh;</li> <li>12. Kecepatan waktu tanggap komplain; dan</li> <li>13. Kepuasan pasien.</li> </ol>

NO	LKJIP TAHUN 2024				NO	RENCANA KERJA TAHUN 2025						
	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target Tahun 2024	Realisasi Tahun 2024		Sasaran Strategis	Nama Program	Indikator Kinerja	Realisasi Tahun 2024	Target Tahun 2025	Keterkaitan dengan Sasaran RPD	Keterangan Dasar Penetapan Target
												<p>Pada tahun 2023, capaian INM RSUD Ploso sebesar 61,54%. Masih ada 5 indikator yang belum tercapai, yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kepatuhan identifikasi pasien</li> <li>2. Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi</li> <li>3. Waktu tunggu rawat jalan</li> <li>4. Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)</li> <li>5. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh</li> </ol> <p>Pada tahun 2024, RSUD Ploso berkomitmen untuk meningkatkan capaian INM RS, dengan meningkatkan capaian indikator yang belum tercapai dan menjadi prioritas disamping INM yang telah tercapai pada tahun 2023 sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Indikator kepatuhan identifikasi pasien <ul style="list-style-type: none"> <li>-Melakukan sosialisasi kepada Profesional Pemberi Asuhan (PPA) agar mengisi form RME identifikasi pasien dengan lengkap</li> <li>-Mengembalikan RME identifikasi pasien yang belum lengkap kepada PPA terkait secara rutin</li> </ul> </li> <li>2. Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi <ul style="list-style-type: none"> <li>-Melakukan sosialisasi ulang kepada Tim IBS tentang waktu tanggap pelaksanaan operasi SC</li> <li>-Melakukan monev secara berkala untuk mencari alternatif solusi waktu tanggap SC emergency terutama di luar jam kerja</li> </ul> </li> </ol>

NO	LKJIP TAHUN 2024				NO	RENCANA KERJA TAHUN 2025						
	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target Tahun 2024	Realisasi Tahun 2024		Sasaran Strategis	Nama Program	Indikator Kinerja	Realisasi Tahun 2024	Target Tahun 2025	Keterkaitan dengan Sasaran RPD	Keterangan Dasar Penetapan Target
												<p>3. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan sosialisasi secara masif agar PPA secara tertib mengisi form RM assessment awal dan ulang pasien jatuh</li> <li>- Pemasangan kancing atau tulisan 'risiko jatuh' pada kancing pasien rawat inap dengan tertib sehingga mudah dilakukan intervensi pencegahan risiko jatuh oleh PPA di IGD dan atau rawat inap</li> </ul> <p><b>Formula :</b>  <math display="block">\frac{\text{Jumlah INM RS yang sesuai target}}{\text{Jumlah INM RS}} \times 100\%</math></p>
								Indeks Kepuasan Masyarakat	83,36	N/A		Pada tahun 2024 indikator ini tidak menjadi indikator sasaran RSUD Ploso dan diganti dengan persentase capaian INM RS, yang salah satu indikatornya adalah kepuasan pasien dengan target $\geq 76,61$ .
								Indeks Pelayanan Publik	4,32	N/A		Pada tahun 2024 indikator ini tidak menjadi indikator sasaran RSUD Ploso dan diganti dengan persentase capaian INM RS.
								NDR (angka kematian > 48 jam)	12,36‰	$\leq 25$ ‰		Berdasarkan RPD Kabupaten Jombang 2024-2026, RSUD Ploso merupakan salah satu PD pendukung tujuan Pemerintah Kabupaten Jombang, yaitu meningkatkan kualitas SDM yang unggul dan berdaya saing. Hal ini sebagai penjabaran dari indikator sasaran, salah satunya yaitu Indeks Kesehatan. Pada tahun 2024 nilai NDR yang diperoleh

NO	LKJIP TAHUN 2024				NO	RENCANA KERJA TAHUN 2025						
	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target Tahun 2024	Realisasi Tahun 2024		Sasaran Strategis	Nama Program	Indikator Kinerja	Realisasi Tahun 2024	Target Tahun 2025	Keterkaitan dengan Sasaran RPD	Keterangan Dasar Penetapan Target
												<p>sebesar 13,96%. Adapun target tahun 2025 tetap karena merupakan standar yang telah ditetapkan oleh Kemenkes.</p> $\text{NDR} = \frac{\text{Jumlah pasien mati seluruhnya}}{(\text{hidup} + \text{mati})} \times 1000\% \quad \text{Jumlah pasien keluar}$ $= \frac{112}{8.025} \times 1.000 \text{ ‰}$ $= 13,96 \text{ ‰}$

KKPT INDIVIDU TAHUN 2025:

[https://drive.google.com/file/d/1KBu8tQOPLvre5YmmFlyNI4DO5eRZ0kgo/view?usp=drive\\_link](https://drive.google.com/file/d/1KBu8tQOPLvre5YmmFlyNI4DO5eRZ0kgo/view?usp=drive_link)

#### 4. Sasaran Kinerja Pegawai (SKP)

  
**BUKUMEN EVALUASI KINERJA PEGAWAI**  
**PERIODE : TRIWULANAN I**

---

**PEMERINTAH KAB. JOMBANG** **PERIODE PENILAIAN : 1 JANUARI SD 31 MARET TAHUN 2023**

<b>1. PEGAWAI YANG DINILAI</b>	
NAMA	dr. HENDRI MARZUFI
NIP	19701012014121001
PANGKAT/ GOL. RUANG	Perwata Tingkat I / IIIA
JABATAN	Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ploso
UNIT KERJA	Ruang Saku Urolog Daerah Ploso
<b>2. PEJABAT PENILAI KINERJA</b>	
NAMA	WARSEBI
NIP	-
PANGKAT/ GOL. RUANG	-
JABATAN	Dapati
UNIT KERJA	Pemerintah Kabupaten Jombang
<b>3. ATASAN PEJABAT PENILAI KINERJA</b>	
NAMA	
NIP	
PANGKAT/ GOL. RUANG	
JABATAN	
UNIT KERJA	
<b>4. EVALUASI KINERJA</b>	
CAPAIAN KINERJA ORGANISASI	BAJE
PRESTASI KINERJA PEGAWAI	BAJE
<b>5. CATATAN/REKOMENDASI</b>	

Kabupaten Jombang, 19 April 2023  
T. Pegawai yang Dinilai



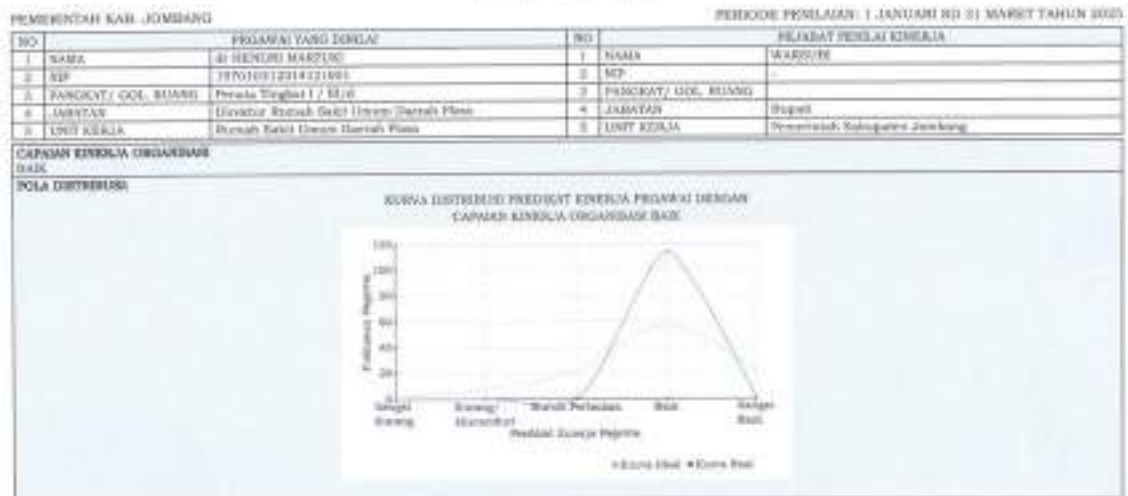
dr. HENDRI MARZUFI  
19701012014121001

Kabupaten Jombang, 19 April 2023  
K. Pejabat Penilai Kinerja



WARSEBI

**EVALUASI KINERJA PEGAWAI**  
**PENDAKATAN HASIL KERJA KUANTITATIF**  
**PERIODE : Triwulan I**



DAFTAR URUT						
NO	KESANA DAFTAR URUT	INDIKATOR KINERJA INDIVIDUAL	TARGET	PROGRES	REALISASI BERDASARKAN NERTI DUKUNG	UMUM BALIK BERSELANJUTAN BERDASARKAN NERTI DUKUNG
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<b>UTAMA</b>						
1	Meningkatnya akuntabilitas dan kinerja Perangkat Daerah	Nilai evakuasi APBD RSUD Ponor	97	Progres: Internal		
		Prosentase rata-rata capaian kinerja pegawai	100%	Progres: Internal	100% berdasarkan Data dukung	Progres: <b>▲</b>
2	Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan rujukan RSUD Ponor	Prosentase capaian Indikator Nasional Maktu rumah sakit NDR (angka kematian < 48 jam)	90% 7,25 %	Progres: Internal Progres: Laporan	70% berdasarkan Data dukung 23,04 per mil berdasarkan Data dukung	Progres: <b>▲</b> Progres: <b>▲</b>
		Prosentase capaian pemenuhan sarana kesehatan, alat kesehatan, dan GDM pemenuhan layanan rujukan	85%	Progres: Laporan	80,02% berdasarkan Data dukung	Progres: <b>▲</b>
		Pemenuhan standar ISO 9001	87,83%	Progres: Laporan	86,02% berdasarkan Data dukung	Progres: <b>▲</b>
3	Terlaksananya dilakukinya program kerja diopreter program	Prosentase pelaksanaan program kerja diopreter program	95%	Progres: Laporan	87% berdasarkan Data dukung	Progres: <b>▲</b>
<b>TAMBAHAN</b>						
<b>KARTU DAFTAR URUT</b>						
<b>PERUSAHA DAFTAR URUT</b>						<b>UMUM BALIK BERSELANJUTAN BERDASARKAN NERTI DUKUNG</b>
1	Berkaitan: Progres		Ekspektasi Kinerja Progres: sesuai dan sesuai dapat memberikan layanan kepada masyarakat dan mampu memberikan nilai atau pemenuhan target			Progres: <b>▲</b>
2	Kualitas					

PERUSAHA DAFTAR URUT			UMUM BALIK BERSELANJUTAN BERDASARKAN NERTI DUKUNG
1	Melaksanakan tugas dengan jujur bertanggung jawab, cermat disiplin dan berintegritas tinggi - Mengembangkan layanan dan BMN secara bertanggung jawab client dan citizen - Tidak menyalahgunakan kekuasaan jabatan	Ekspektasi Kinerja Progres: Menjadikan nilai-nilai/jumlah dalam menunjang kinerja dan tingkat pegawai di lingkungan kerja	Progres: <b>▲</b>
2	Kompeten		
3	Meningkatkan kompetensi diri untuk menjawab tantangan yang selalu berubah - Melakukan orang lain belajar - Meningkatkan tugas dengan kualitas terbaik	Ekspektasi Kinerja Progres: Berusaha untuk meningkatkan atau kemampuan yang dimiliki/ kepada orang lain... Menyediakan setiap pelayanan sesuai dengan target dan membuat kualitas yang ditetapkan	Progres: <b>▲</b>
4	Harmonis		
5	Menghargai setiap orang apapun latar belakangnya - Tidak menyalahgunakan kekuasaan - Membantu lingkungan kerja yang berkeadilan	Ekspektasi Kinerja Progres: Menjadikan harmonisasi yang lebih terbuka kepada setiap orang dan menjaga hubungan baik dengan stakeholder	Progres: <b>▲</b>
6	Loyal		
7	Menghargai setiap orang apapun latar belakangnya - Tidak menyalahgunakan kekuasaan - Membantu lingkungan kerja yang berkeadilan	Ekspektasi Kinerja Progres: Berusaha mengoptimalkan waktu dimiliki/ hal-hal yang dapat meningkatkan dan memajukan Negara	Progres: <b>▲</b>
8	Adaptif		
9	Cepat menyesuaikan diri menghadapi perubahan - Terus berinovasi dan mengembangkan kreatifitas - Bertindak produktif	Ekspektasi Kinerja Progres: dapat menyesuaikan diri menghadapi perubahan, mengikuti perubahan proses/prosedur yang berlaku dan bertindak produktif atau perubahan peraturan perundang yang berlaku dengan sukarela	Progres: <b>▲</b>
10	Kolaborasi		
11	Membeli kemampuan kepada berbagai pihak untuk berbentuk - Terbuka dalam bekerja sama untuk menghasilkan nilai tambah - Mengembangkan pemanfaatan berbagai sumberdaya untuk tujuan bersama	Ekspektasi Kinerja Progres: Membangun kemampuan kepada berbagai pihak untuk berbentuk dalam penyelesaian masalah, berkolaborasi dengan berbagai sumber daya untuk menghasilkan nilai tambah serta dapat meningkatkan pemenuhan berbagai sumberdaya untuk tujuan bersama	Progres: <b>▲</b>

KARTU PERUSAHA DAFTAR URUT  
 (MELAKUKIKAN)  
 (MELAKUKIKAN)  
 (MELAKUKIKAN)

Revisi yang tidak



D. HERNI MARDIENI  
 (090001207142100)

Indonesien, tanggal: 05 April 2022  
 Pejabat: Pejabat Utama



WANA

No.	Dipukul	Perif	Tanggal
1	Wakil Bupati		
2	Ketua		
3	Ketua		
4			
5			
6			
7			



DOKUMEN EVALUASI KINERJA PEGAWAI

PERIODE : TRIWULANAN 2

PEMERINTAH KAB. JOMBANG

PERIODE PENILAIAN  
1 APRIL SD 30 JUNI TAHUN 2025

1. PEGAWAI YANG DIRILAI	
NAMA	dr HENDRI MARZUKI
NIP	197010312014121001
PANGKAT/GOL RUANG	Penata Tingkat I / III/4
JABATAN	Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ploso
UNIT KERJA	Rumah Sakit Umum Daerah Ploso
2. PEJABAT PENILAI KINERJA	
NAMA	WARSUBI
NIP	-
PANGKAT/GOL RUANG	-
JABATAN	Wagidi
UNIT KERJA	Pemerintah Kabupaten Jember
3. ATASAN PEJABAT PENILAI KINERJA	
NAMA	-
NIP	-
PANGKAT/GOL RUANG	-
JABATAN	-
UNIT KERJA	-
4. EVALUASI KINERJA	
CAPAIAN KINERJA ORGANISASI	BAIK
PREDIKAT KINERJA PEGAWAI	BAIK
5. CATATAN/REKOMENDASI	

Kabupaten Jember, 10 Juli 2025  
T. Pegawai yang Dirilai

Kabupaten Jember, 10 Juli 2025  
6. Pejabat Penilai Kinerja

dr HENDRI MARZUKI  
197010312014121001

WARSUBI

EVALUASI KINERJA PEGAWAI  
PREDIKATAN HASIL KERJA KUANTITATIF

PERIODE : Triwulan 2

PEMERINTAH KAB. JOMBANG

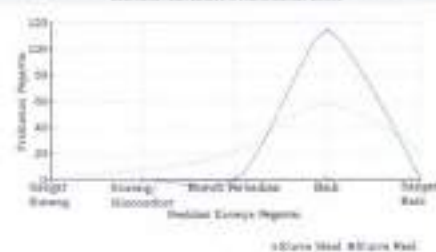
PERIODE PENILAIAN : 1 APRIL SD 30 JUNI TAHUN 2025

NO	PEGAWAI YANG DIRILAI	NO	PEJABAT PENILAI KINERJA
1	NAMA : dr HENDRI MARZUKI	1	NAMA : WARSUBI
2	NIP : 197010312014121001	2	NIP : -
3	PANGKAT/ GOL. RUANG : Penata Tingkat I / III/4	3	PANGKAT/ GOL. RUANG : -
4	JABATAN : Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ploso	4	JABATAN : Wagidi
5	UNIT KERJA : Rumah Sakit Umum Daerah Ploso	5	UNIT KERJA : Pemerintah Kabupaten Jember

CAPAIAN KINERJA ORGANISASI  
BAIK

POLA DISTRIBUSI:

SIKVA DISTRIBUSI PREDIKAT KINERJA PEGAWAI DENGAN  
CAPAIAN KINERJA ORGANISASI BAIK



HASIL KERJA						
NO	INDICATOR HASIL KERJA	INDIKATOR KINERJA INDIVIDU	TARGET	PROSPEKTIF	REALISASI BERDASARKAN DATA GUGUN	IMPAS DARI BERKELANUTAN BERDASARKAN DATA GUGUN
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<b>UTAMA</b>						
1	Meningkatnya akuntabilitas dan kinerja Perangkat Daerah	Nilai indeks AICP RSUD Pura	81	Prognosis Internal	60,13 terlampaui Data Gugun	Positif
		Perentase pelaksanaan capaian kinerja pegawai	100%	Prognosis Internal	84,71% terlampaui Data Gugun	Positif
2	Meningkatnya indeks pelayanan kesehatan rujukan RSUD Pura	Penilaian capaian Indikator Nasional HOTS rumah sakit	88%	Prognosis Internal	81% terlampaui Data Gugun	Positif
		RDR jangka menengah - 40 juta	7,26 %	Penyerta Layanan	11,76% belum terlampaui Data Gugun	Positif
		Perentase capaian pertumbuhan secara program, alat kesehatan, dan SCM penerjang layanan rujukan	88%	Penyerta Layanan	74,54% terlampaui Data Gugun	Positif
		Perentase capaian SIM RS	87,23%	Penyerta Layanan	76,72% terlampaui Data Gugun	Positif
3	Tertarikannya direktor program untuk ekspansi program	Perentase penyelesaian program sesuai jadwal sesuai target waktu yang ditetapkan	93%	Penyerta Layanan	100% terlampaui Data Gugun	Positif
<b>TAMBAHAN</b>						
<b>RACIO HASIL KERJA</b>						
<b>DESIKAWI PROSPEKTIF</b>						
<b>DESIKAWI KERJA</b>						<b>IMPAS BALIK BERKELANUTAN BERDASARKAN DATA GUGUN</b>
1	<b>1. Berorientasi Pelayanan</b>					
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melayani dan memenuhi kebutuhan masyarakat</li> <li>Ramah, terbuka, akurat, dan dapat diandalkan</li> <li>Melayani pelanggan tidak pilih</li> </ul>		<b>Despektif Kinerja Program:</b> Menak dan akurat dalam memberikan layanan kepada masyarakat dan mampu memberikan akses atau permasalahan tersebut			Positif
2	<b>2. Akuntabel</b>					

INDIKATOR KERJA			IMPAS BALIK BERKELANUTAN BERDASARKAN DATA GUGUN	
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melaksanakan tugas dengan jujur bertanggung jawab akurat disiplin dan bertanggung tinggi</li> <li>Berprestasi, berkeadilan dan RAKH sesuai tanggung jawab individu dan kolektif</li> <li>Tidak menyalahgunakan kewenangan jabatan</li> </ul>	<b>Despektif Kinerja Program:</b> Menak dan akurat dalam memberikan layanan kepada masyarakat dan mampu memberikan akses atau permasalahan tersebut	Positif	
3	<b>3. Kompeten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Meningkatkan kompetensi diri untuk menjawab tantangan yang selalu berubah</li> <li>Membantu orang lain belajar</li> <li>Melaksanakan tugas dengan kualitas terbaik</li> </ul>	<b>Despektif Kinerja Program:</b> Menak dan akurat dalam memberikan layanan kepada masyarakat dan mampu memberikan akses atau permasalahan tersebut	Positif
4	<b>4. Inovasi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Menghargai setiap orang yang berinovasi</li> <li>Sifat inovatif orang lain</li> <li>Membangun lingkungan kerja yang inovatif</li> </ul>	<b>Despektif Kinerja Program:</b> Menak dan akurat dalam memberikan layanan kepada masyarakat dan mampu memberikan akses atau permasalahan tersebut	Positif
5	<b>5. Loyal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Menghargai setiap orang yang berinovasi</li> <li>Sifat inovatif orang lain</li> <li>Membangun lingkungan kerja yang inovatif</li> </ul>	<b>Despektif Kinerja Program:</b> Menak dan akurat dalam memberikan layanan kepada masyarakat dan mampu memberikan akses atau permasalahan tersebut	Positif
6	<b>6. Adaptif</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capai menyesuaikan diri menghadapi perubahan</li> <li>Teres berprestasi dan mengembangkan kreatifitas</li> <li>Berkontribusi positif</li> </ul>	<b>Despektif Kinerja Program:</b> Menak dan akurat dalam memberikan layanan kepada masyarakat dan mampu memberikan akses atau permasalahan tersebut	Positif
7	<b>7. Kolaborasi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Membeli kompetensi kepada berbagai pihak untuk berkolaborasi</li> <li>Terkolaborasi dalam bekerja sama untuk menghasilkan nilai terbaik</li> <li>Mengembangkan permasalahan berbagai stakeholder untuk tujuan bersama</li> </ul>	<b>Despektif Kinerja Program:</b> Menak dan akurat dalam memberikan layanan kepada masyarakat dan mampu memberikan akses atau permasalahan tersebut	Positif

DESKAWI HASIL KERJA  
 DESKAWI PROSPEKTIF  
 DESKAWI KERJA INDIKATOR  
 DESKAWI

Revisi yang Diminta

DR. HENDRI HARJATI  
 (021) 29117200

Revisi yang Diminta  
 DESKAWI

WABUN

NO	KELOMPOK	DAFTAR	TANGGAL
1	Wakil Ketua		
2	Keanggotaan		
3	Anggota		
4	Keanggotaan		
5	Keanggotaan		
6	Keanggotaan		

## 5. Rencana Aksi Pencapaian Kinerja

### RENCANA AKSI PENCAPAIAN KINERJA 2023

1. NAMA : HENDRI MARZUKI  
 2. NIP : 197010312004021001  
 3. PANGKAT/GEJER : Pwasa Tingkat I  
 4. JABATAN : Direktur Rumah Sakit  
 5. UNIT KERJA : RSUD PLOSO

NO	RENCANA HASIL KERJA	INDUKSI KINERJA (MUTU)	TRIBUNAL I - 2023		TRIBUNAL II - 2023		TRIBUNAL III - 2023		TRIBUNAL IV - 2023	
			RENCANA AKSI	TARGET	RENCANA AKSI	TARGET	RENCANA AKSI	TARGET	RENCANA AKSI	TARGET
1.	Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan rujukan RSUD Ploso	Nilai ambles JAKP RSUD Ploso	1. Mengembangkan, memelihara, dan memperbaiki implementasi SAKIP	1 Kali	1. Mengembangkan, memelihara, dan memperbaiki implementasi SAKIP	1 Kali	1. Mengembangkan, memelihara, dan memperbaiki implementasi SAKIP	1 Kali	1. Mengembangkan, memelihara, dan memperbaiki implementasi SAKIP	1 Kali
		Persentase capaian Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit	1. Mengembangkan, memelihara, dan memperbaiki program DMO RS	1 Kali	1. Mengembangkan, memelihara, dan memperbaiki program DMO RS	1 Kali	1. Mengembangkan, memelihara, dan memperbaiki program DMO RS	1 Kali	1. Mengembangkan, memelihara, dan memperbaiki program DMO RS	1 Kali
		SDG (angka kematian - 20 jiwa)	1. Mengembangkan, memelihara, dan memperbaiki program NDR	1 Kali	1. Mengembangkan, memelihara, dan memperbaiki program NDR	1 Kali	1. Mengembangkan, memelihara, dan memperbaiki program NDR	1 Kali	1. Mengembangkan, memelihara, dan memperbaiki program NDR	1 Kali
2.	Terlaksananya program upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat dengan baik	Persentase tercapainya capaian kinerja program	1. Mengembangkan, memelihara, dan memperbaiki capaian kinerja program	1 Kali	1. Mengembangkan, memelihara, dan memperbaiki capaian kinerja program	1 Kali	1. Mengembangkan, memelihara, dan memperbaiki capaian kinerja program	1 Kali	1. Mengembangkan, memelihara, dan memperbaiki capaian kinerja program	1 Kali
		Persentase capaian program kesehatan perorangan dan kesehatan dan STAF penunjang layanan rujukan	1. Mengembangkan, memelihara, dan memperbaiki capaian program, sistem, prosedur, dan kebijakan, dan SDM	1 Kali	1. Mengembangkan, memelihara, dan memperbaiki capaian program, sistem, prosedur, dan kebijakan, dan SDM	1 Kali	1. Mengembangkan, memelihara, dan memperbaiki capaian program, sistem, prosedur, dan kebijakan, dan SDM	1 Kali	1. Mengembangkan, memelihara, dan memperbaiki capaian program, sistem, prosedur, dan kebijakan, dan SDM	1 Kali
		Persentase capaian NPM rumah sakit	1. Mengembangkan, memelihara, dan memperbaiki capaian NPM RS	1 Kali	1. Mengembangkan, memelihara, dan memperbaiki capaian NPM RS	1 Kali	1. Mengembangkan, memelihara, dan memperbaiki capaian NPM RS	1 Kali	1. Mengembangkan, memelihara, dan memperbaiki capaian NPM RS	1 Kali
		Persentase capaian NDR	1. Mengembangkan, memelihara, dan memperbaiki capaian NDR	1 Kali	1. Mengembangkan, memelihara, dan memperbaiki capaian NDR	1 Kali	1. Mengembangkan, memelihara, dan memperbaiki capaian NDR	1 Kali	1. Mengembangkan, memelihara, dan memperbaiki capaian NDR	1 Kali

Jombang, 24 Januari 2023  
 Direktur Rumah Sakit



HENDRI MARZUKI  
 NIP. 197010312004021001



**RONEY REMAUD**

**TABELAN 2**

Nama : HENDI MARJUN  
 NP : 1950101201412001  
 Pangkat/Gol Ruang : Kepala Tingkat 1 / 2016  
 Jabatan : Kepala Rumah Sakit Umum Daerah Ploso  
 Unit Kerja : Rumah Sakit Umum Daerah Ploso

NO	INDUK	Indikator Kinerja Utama	RENCANA ASE	TARGET	REALISASI	CAPAIAN (%)	CI/CIKAR KONEP	TINDAK LAKSANA	REVISI (DAUR)
1	Meningkatkan kualitas pelayanan dan kinerja Pengabdian Masyarakat	- Nilai indikator AKIP RSUD Ploso - Perencanaan, pelaksanaan, dan capaian kinerja pengabdian masyarakat	Mengkonstruksikan, memelihara, dan memperbaiki capaian AKIP	1 kali	1 kali	100,00%	-	Melaku dan supervisi pelaksanaan AKIP di RSUD Ploso melalui kegiatan Dinkas RSUD Ploso bekerjasama Tim Nasional Kabupaten	
	Meningkatkan akuntabilitas dan kinerja Pengabdian Masyarakat	- Nilai indikator AKIP RSUD Ploso - Perencanaan, pelaksanaan, dan capaian kinerja pengabdian masyarakat	Mengkonstruksikan, memelihara, dan memperbaiki capaian kinerja pengabdian masyarakat	1 kali	1 kali	100,00%	-	Aktivitas supervisi dan AKIP RSUD Ploso	
	Meningkatkan akuntabilitas dan kinerja Pengabdian Masyarakat	- Nilai indikator AKIP RSUD Ploso - Perencanaan, pelaksanaan, dan capaian kinerja pengabdian masyarakat	Mengkonstruksikan, memelihara, dan memperbaiki capaian Dinkas	1 kali	1 kali	100,00%	-	Melaku dan supervisi pelaksanaan Dinkas melalui kegiatan Dinkas Kabupaten Ploso 2015	
	Meningkatkan kualitas pelayanan dan kinerja Pengabdian Masyarakat	- Penetapan Indikator Kinerja Utama RSUD Ploso - Mengkonstruksikan, memelihara, dan memperbaiki capaian kinerja pengabdian masyarakat - Perencanaan, pelaksanaan, dan capaian kinerja pengabdian masyarakat - Perencanaan capaian kinerja pengabdian masyarakat	Mengkonstruksikan, memelihara, dan memperbaiki capaian AKIP	1 kali	1 kali	100,00%	-	Melaku dan supervisi melalui kegiatan Dinkas Kabupaten Ploso 2015	

## 7. Pengukuran Kinerja

### PENGUKURAN KINERJA TRIBUNAL I - 2025

1. NAMA : HENDRI MARZUKI  
 2. NIP : 197010312014125001  
 3. PANGKAT/GOL. : Penata Tingkat I  
 4. JABATAN : Dirsekur Rumah Sakit  
 5. UNIT KERJA : RSUD PLOSO

NO	KINERJA	INDIKATOR KINERJA (KUALITAS)	TARGET (%) TAHUN	REALISASI (+/-) Tahunan (1-2025)	CAPAIAN (%)	PENCAPAIAN BERKUALITAS RUMAH SAKIT				PENJELASAN	ALTERNATIF UPAYA YANG TELAH DIAMBIL	
						NO	NAMA PROGRAM / KEGIATAN / SUB KEGIATAN	ANGGARAN	REALISASI Rp			REALISASI (%)
1.	Adanya layanan kesehatan pelayanan kesehatan rujukan RSUD Ploso	Pelayanan rujukan ke rumah sakit lain dan ke rumah sakit rujukan RSUD Ploso	80%	30%	37,50%					Ada beberapa tindakan yang belum tercapai target	melakukan monitoring dan evaluasi terkait kegiatan tindakan BPJS sehingga dapat mencapai target	
		MSD (jumlah tindakan > 40 juta)	7,20%	21,00%	291,00%					capaian raih MSD TIV 1 sudah mencapai target yaitu 23,68 persen yang masih kurang dari 20 persen di semua target	harus sudah upaya kesehatan terkait dan dalam peningkatan kompetensi, sehingga kepada pasien sudah tetap dapat mencapai/melakukan capaian raih MSD	
		MSD melalui NACF RSUD Ploso	40							Pelayanan melalui NACF RSUD Ploso akan dilakukan pada bulan 2 s.d 7	Melakukan supervisi dan pengontrolan ASB dalam pelaksanaan tugas dan fungsi RSUD Ploso dengan melibatkan seluruh pegawai	
2.	Terlaksananya pemenuhan upaya kesehatan promotif dan upaya kesehatan rehabilitasi dengan baik	Pemenuhan upaya kesehatan promotif	100%	80%	80,0%	1	PROGRAM PENJAJANG SEBELAH PEMERINTAH DAERAH KABUPATEN MERANGIN	1.625.493.582,00	1.227.108.451,00	75,52%	Salah satu ASN bertanggung jawab untuk melaksanakan tugas dan fungsi	Melakukan supervisi dan pengontrolan ASB dalam pelaksanaan tugas dan fungsi RSUD Ploso dengan melibatkan seluruh pegawai
		Pemenuhan capaian MSD	7,20%	21,00%	291,00%	2				capaian raih MSD TIV 1 sudah mencapai target yaitu 23,68 persen yang masih kurang dari 20 persen di semua target	harus sudah upaya kesehatan terkait dan dalam peningkatan kompetensi, sehingga kepada pasien sudah tetap dapat mencapai/melakukan capaian raih MSD	
		Pemenuhan capaian pemenuhan upaya kesehatan promotif dan rehabilitasi dengan baik	80%	80,00%	100,00%	2	PROGRAM PEMBIYAHAN UPAYA KESEHATAN PROMOTIF DAN REHABILITASI MASYARAKAT	47.225.224.000,00	38.183.027.500,00	80,87%	1 dan 2 indikator yang belum mencapai target	Melakukan supervisi dan pengontrolan ASB dalam pelaksanaan tugas dan fungsi RSUD Ploso
		Pemenuhan capaian SPM rumah sakit	80,00%	80,00%	100,00%	4				Ada beberapa tindakan SPM yang belum tercapai	Melakukan supervisi dan pengontrolan ASB dalam pelaksanaan tugas dan fungsi RSUD Ploso	

**PENSURATAN KINERJA  
TRISULAN I**

**Nama** : HIRORI MARZULI  
**NP** : 19751012014121001  
**Posisi/Gol Ruang** : Kepala Tingkat I SD  
**Jabatan** : Kepala Sekolah Satu Unit Daerah Pesisir  
**Unit Kerja** : Kecamatan Teluk Ureun Darat Pesisir

No	Jenis	Materi Pokok Bahasan	Lokasi	Waktu Pelaksanaan	Waktu	Materi Pokok Bahasan				Keterangan	Catatan
						1	2	3	4		
1	Keberhasilan Pelaksanaan Kegiatan	Keberhasilan Pelaksanaan Kegiatan	SD	10/06/2015	10/06/2015	10/06/2015	10/06/2015	10/06/2015	10/06/2015	10/06/2015	10/06/2015
2	Keberhasilan Pelaksanaan Kegiatan	Keberhasilan Pelaksanaan Kegiatan	SD	10/06/2015	10/06/2015	10/06/2015	10/06/2015	10/06/2015	10/06/2015	10/06/2015	10/06/2015
3	Keberhasilan Pelaksanaan Kegiatan	Keberhasilan Pelaksanaan Kegiatan	SD	10/06/2015	10/06/2015	10/06/2015	10/06/2015	10/06/2015	10/06/2015	10/06/2015	10/06/2015
4	Keberhasilan Pelaksanaan Kegiatan	Keberhasilan Pelaksanaan Kegiatan	SD	10/06/2015	10/06/2015	10/06/2015	10/06/2015	10/06/2015	10/06/2015	10/06/2015	10/06/2015
5	Keberhasilan Pelaksanaan Kegiatan	Keberhasilan Pelaksanaan Kegiatan	SD	10/06/2015	10/06/2015	10/06/2015	10/06/2015	10/06/2015	10/06/2015	10/06/2015	10/06/2015

No	Jenis	Materi Pokok Bahasan	Lokasi	Waktu Pelaksanaan	Waktu	Materi Pokok Bahasan				Keterangan	Catatan
						1	2	3	4		
1	Keberhasilan Pelaksanaan Kegiatan	Keberhasilan Pelaksanaan Kegiatan	SD	10/06/2015	10/06/2015	10/06/2015	10/06/2015	10/06/2015	10/06/2015	10/06/2015	10/06/2015

Akhir Laporan  
  
 WAWALI SD, P.S.

Jember, 07 Juli 2015  
 Direktur Kecamatan Satu Unit Daerah Pesisir  
  
 HIRORI MARZULI  
 NP: 19751012014121001

No	Pejabat	Paraf	Tanggal
1	Wakil Bupati		
2	Setoran		
3	Asisten Sekda		
4	Ks. Unit Kerja		
5	Sevotans		
7	Kasabag TU		