

**LAPORAN KINERJA INSTANSI PEMERINTAH (L K I P)
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN SUMEDANG
TRIWULAN IV TAHUN 2022**



**PEMERINTAH DAERAH KABUPATEN SUMEDANG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN SUMEDANG
TAHUN 2022**

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr, Wb.

Dengan mengucapkan puji syukur ke hadirat Allah SWT karena atas rahmat dan KaruniaNya, kami telah dapat menyelesaikan penyusunan Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKIP) RSUD Kabupaten Sumedang Tahun 2022. LKIP RSUD Kabupaten Sumedang Tahun 2022 merupakan bentuk komitmen nyata RSUD Kabupaten Sumedang dalam mengimplementasikan Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) sebagaimana diamanatkan dalam Peraturan Presiden 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.

LKIP adalah wujud pertanggungjawaban pejabat publik kepada masyarakat tentang kinerja lembaga pemerintah selama satu tahun anggaran. Proses kinerja RSUD Kabupaten Sumedang Tahun telah diukur, dievaluasi, dianalisis dan dijabarkan dalam bentuk LKIP .

Adapun tujuan penyusunan LKIP adalah untuk menggambarkan penerapan Rencana Strategis (Renstra) dalam pelaksanaan tugas pokok dan fungsi organisasi di masing-masing perangkat daerah, serta keberhasilan capaian sasaran saat ini untuk percepatan dalam meningkatkan kualitas capaian kinerja yang diharapkan pada tahun yang akan datang. Melalui penyusunan LKIP juga dapat memberikan gambaran penerapan prinsip-prinsip good governance, yaitu dalam rangka terwujudnya transparansi dan akuntabilitas di lingkungan pemerintah.

Besar harapan kami bahwa penyajian Laporan Kinerja Instansi Pemerintah RSUD Kabupaten Sumedang ini dapat menjadi salah satu pemacu dalam memperbaiki kinerja ke depan secara lebih produktif, efektif dan efisien, baik dari aspek - aspek perencanaan, pengorganisasian, maupun koordinasi pelaksanaannya. Kami menyadari bahwa Laporan Kinerja Instansi Pemerintah ini masih belum sempurna. Dengan demikian RSUD Kabupaten Sumedang sangat mengharapkan adanya kritik dan saran konstruktif guna perbaikan laporan di tahun mendatang. Akhir kata, semoga Laporan Kinerja Instansi Pemerintah RSUD Kabupaten Sumedang ini dapat memberikan manfaat bagi pihak-pihak yang berkepentingan baik sebagai informasi maupun evaluasi kinerja RSUD Kabupaten Sumedang .

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Sumedang, 06 Januari 2023

Direktur Rumah Sakit Umum Daerah
Kabupaten Sumedang



Dr. dr. H. M. Solahudin Ahmad, M.Kes

NIP. 19680612 200112 1 005

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Terselenggaranya *goodgovernance* merupakan prasarat bagi setiap pemerintahan untuk mewujudkan aspirasi masyarakat dan mencapai tujuan serta cita-cita bangsa bernegara. Dalam rangka itu diperlukan pengembangan dan penerapan sistem pertanggungjawaban yang tepat, jelas, terukur, dan legitimate sehingga penyelenggaraan pemerintahan dan pembangunan dapat berlangsung secara berdaya guna, berhasil guna, bersih, dan bertanggung jawab serta bebas dari korupsi, kolusi dan nepotisme.

Upaya pengembangan tersebut sejalan dengan dan didasarkan pada TAP PMR RI Nomor XI/MPR/1998 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas Korupsi, Kolusi, dan Nepotisme, dan Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas dari Korupsi, Kolusi, dan Nepotisme. Dalam Pasal 3 Undang-Undang tersebut dinyatakan bahwa asas-asas umum penyelenggaraan negara meliputi asas kepastian hukum, asas tertib penyelenggaraan negara, asas kepentingan umum, asas keterbukaan, asas profesionalisme, dan asas akuntabilitas. Dalam penjelasan mengenai pasal tersebut, dirumuskan bahwa asas akuntabilitas adalah asas yang menentukan bahwa setiap kegiatan dan hasil akhir dari kegiatan penyelenggaraan negara harus dapat dipertanggungjawabkan kepada masyarakat dan rakyat sebagai pemegang kedaulatan tertinggi negara sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Dalam rangka itu, pemerintah telah menerbitkan Instruksi Presiden Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah. Inpres tersebut mewajibkan setiap instansi pemerintah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan negara untuk mempertanggungjawabkan pelaksanaan tugas pokok dan fungsinya serta pengelolaan kewenangan pengelolaan sumber daya dengan didasarkan sesuatu perencanaan strategis yang ditetapkan oleh masing-masing instansi. Pertanggungjawaban dimaksud berupa

laporan yang disampaikan kepada atasan masing-masing, lembaga-lembaga pengawasan, dan penilai akuntabilitas, dan akhirnya disampaikan kepada Presiden selaku kepala pemerintahan. Laporan tersebut menggambarkan kinerja instansi pemerintah yang bersangkutan melalui Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP).

1.2 Dasar Hukum

Dasar hukum dalam penyusunan Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKIP) Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sumedang Tahun 2022 adalah sebagai berikut :

- 1) Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah;
- 2) Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah;
- 3) Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 12 Tahun 2015 tentang Pedoman Evaluasi Atas Implementasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah;
- 4) Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor PER/9/M.PAN/5/2007 tentang Pedoman Umum Penetapan Indikator Kinerja Utama di Lingkungan Instansi Pemerintah;
- 5) Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor PER/20/M.PAN/11/2008 tentang Pedoman Penyusunan Indikator Kinerja Utama;
- 6) Peraturan Bupati Nomor 40 Tahun 2017 tentang Pedoman Evaluasi SAKIP di Kabupaten Sumedang;

1.3 Tugas Pokok dan Fungsi

Berdasarkan Pasal 8 Peraturan Bupati Kabupaten Sumedang Nomor 154 Tahun 2021 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas, Fungsi, Dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah

Kabupaten Sumedang, Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sumedang mempunyai Tugas dan Fungsi sebagai berikut :

1.3.1 Tugas

RSUD Kabupaten Sumedang mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan pada semua bidang dan jenis penyakit secara paripurna

1.3.2 Fungsi

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan;
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan; dan
- e. Pelaksanaan fungsi lainnya terkait dengan tugas dan fungsinya

1.4 Permasalahan dan Isu Strategis

1.4.1 Identifikasi Permasalahan dan Isu-isu Strategis

Permasalahan berdasarkan tugas dan fungsi pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sumedang, secara umum timbul dari kekuatan yang belum didayagunakan secara optimal dan kelemahan yang tidak diatasi oleh peluang yang belum termanfaatkan. Hasil identifikasi permasalahan pada tiap urusan (Bagian dan Bidang) pada Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sumedang selama lima tahun terakhir menjadi isu strategis yang harus segera ditindaklanjuti sebagai mana tercantum pada tabel dibawah ini.

Tabel 1.4.1
Isu-isu Strategis pada RSUD Kabupaten Sumedang sebagai tabel dibawah ini

No	Aspek	Permasalahan
1	Sarana dan prasarana	1. Jumlah tempat tidur di RSUD masih belum ideal, suatu Rumah Sakit idealnya memiliki satu tempat tidur Rumah Sakit untuk setiap 1.000 penduduk. 2. Sarana alat kesehatan belum semua terpenuhi sesuai standar.
2	Biaya / Tarif	3. Belum optimalnya UHC (Universal Health Coverage) merupakan sistem penjaminan kesehatan yang memastikan setiap warga dalam populasi memiliki akses yang adil terhadap pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, bermutu dengan biaya terjangkau
3	Kompetensi Pelaksana	4. SDM yang belum terpenuhi : a. Kualitas (Peningkatan budaya Hospitality dan profesionalisme SDM melalui pendidikan formal dan pelatihan) b. Kuantitas (Jumlah Dokter Spesialis dan dokter sub spesialis, Radiografer, Amtem) 5. Belum optimalnya pengelolaan teknologi informasi pada Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit.

Permasalahan dan isu strategis diatas yang terus akan dievaluasi pada setiap tahunnya sesuai dengan target yang telah ditetapkan pada rencana strategis yang mengacu pada tujuan dan sasaran jangka menengah Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sumedang.

1.5 Uraian Singkat Organisasi

Struktur Organisasi RSUD Kabupaten Sumedang terdiri dari :

- a. Direktur;**
- b. Wakil Direktur Administrasi Umum dan Keuangan, :**
 - 1. Bagian Perencanaan dan Pelaporan
 - 2. Bagian Keuangan
 - 3. Bagian Umum dan Kepegawaian
 - a) Sub Bagian Umum

c. Wakil Direktur Pelayanan, membawahkan :

1. Bidang Pelayanan Medik dan Penunjang Medik;
2. Bidang Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan;
3. Bidang Pelayanan Kefarmasian dan Penunjang Non Medis;

d. Instalasi;

Susunan Pengampu dan Instalasi Binaannya pada Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sumedang

No	Pengampu	Instalasi Binaan
1	2	3
Wilayah Wakil Direktur Pelayanan dan Penunjang Pelayanan		
1.	Bidang Pelayanan Medik dan Penunjang Medik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Instalasi Bedah Sentral 2. Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu 3. Instalasi Pelayanan Ginjal Terpadu 4. Instalasi Rekam Medik 5. Instalasi Laboratorium 6. Instalasi Radiologi 7. Instalasi Pengelolaan dan Pemeliharaan Alat Medis Kesehatan 8. Instalasi Casemix 9. Instalasi Medical Ceck Up (MCU)
2.	Bidang Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Instalasi Rawat Inap 2. Instalasi Rawat Jalan 3. Instalasi Rawat Darurat 4. Instalasi Perawatan Intensif 5. Instalasi Pelayanan Kebidanan dan Tindakan Persalinan 6. Instalasi Perinatal 7. Instalasi Paviliun Tandang
3.	Bidang Pelayanan Kefarmasian dan Penunjang Non Medis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Instalasi Gizi 2. Instalasi Farmasi 3. Instalasi Pemulasaraan Jenazah 4. Instalasi Pusat Sterilisasi (<i>Central Sterile Supply Department/CSSD</i>) 5. Instalasi Laundry
Wilayah Wakil Direktur Administrasi Umum dan Keuangan		
1.	Bagian Umum dan Kepegawaian	<ol style="list-style-type: none"> 1. Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPS-RS); 2. Instalasi Pendidikan dan Pelatihan 3. Instalasi Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) 4. Instalasi Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS);

		5. Instalasi Logistik 6. Instalasi Pengelolaan Lingkungan 7. Instalasi Hubungan Masyarakat
2.	Bagian Perencanaan dan Pelaporan	1. Instalasi Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 2. Instalasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM-RS)
3.	Bagian Keuangan	1. Instalasi Pengelolaan Klaim Pelayanan

e. Jabatan Fungsional.

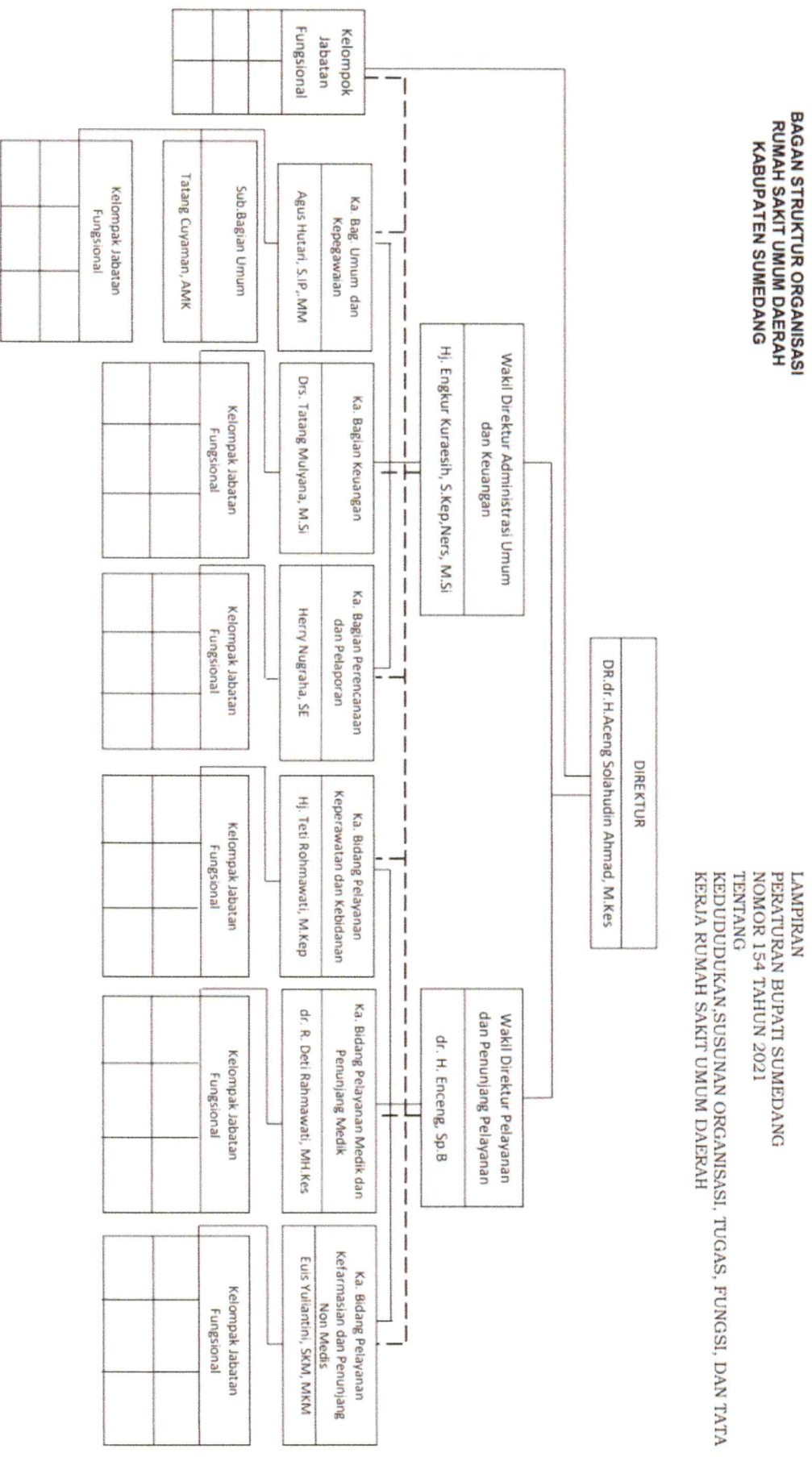
Jabatan Fungsional adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggung jawab, wewenang dan hak seorang Pegawai Negeri Sipil dalam suatu organisasi yang dalam pelaksanaan tugasnya didasarkan pada keahlian dan atau keterampilan tertentu serta bersifat mandiri.

Dalam rangka menciptakan sinergitas pelaksanaan tugas pokok dan fungsinya, maka di Rumah Sakit Umum Daerah memerlukan pimpinan untuk mengkoordinasikan seluruh kebijakan program dan dan menetapkan strategi pelaksanaan tugas dengan satu pemimpin oleh seorang Kepala dengan Titelatur Direktur Rumah Sakit Umum Daerah.

Direktur mempunyai Tugas Pokok membantu Kepala Dinas Kesehatan melaksanakan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah Kabupaten di bidang kesehatan berupa penyelenggaraan rumah sakit

Untuk lebih jelasnya dapat dilihat dalam Struktur Organisasi sebagaimana Gambar 1.5

Gambar 1.5
 Bagan Struktur Organisasi Perda Kab. Sumedang Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sumedang No. 154 Tahun 2021



BAB II

PERENCANAAN KINERJA

2.1 Perencanaan Strategis

Perencanaan strategis merupakan suatu proses yang berorientasi pada hasil yang ingin dicapai selama kurun waktu 1 (satu) sampai dengan 5 (lima) tahun secara sistematis dan berkesinambungan dengan memperhitungkan potensi, peluang, dan kendala yang ada atau yang mungkin timbul.

2.1.1 Telaahan Visi dan Misi Kepala Daerah

Visi berkaitan dengan pandangan ke depan menyangkut kemana instansi pemerintah harus dibawa dan diarahkan agar dapat berkarya secara konsisten dan tetap eksis, antisipatif, inovatif, serta produktif. Visi adalah suatu gambaran menantang tentang keadaan masa depan yang berisikan cita dan citra yang ingin diwujudkan instansi pemerintah.

Visi Kabupaten Sumedang 2018-2023 yaitu “Terwujudnya Masyarakat Sumedang yang Sejahtera, Agamis, Maju, Profesional, dan Kreatif (SIMPATI) pada Tahun 2023”.

Misi adalah sesuatu yang harus diemban atau dilaksanakan oleh instansi pemerintah, sebagai penjabaran visi yang telah ditetapkan. Untuk mencapai visi tersebut ditetapkan misi sebagai berikut :

1. Memenuhi kebutuhan dasar masyarakat secara mudah dan terjangkau;
2. Memperkuat Norma Agama dalam tatanan kehidupan sosial masyarakat dan pemerintahan;
3. Mengembangkan wilayah ekonomi didukung dengan peningkatan infrastruktur dan daya dukung lingkungan, serta pengutan budaya dan kearifan lokal;
4. Menata birokrasi pemerintahan yang responsif dan bertanggungjawab serta profesional dalam pelayanan masyarakat.
5. Mengembangkan sarana prasarana dan system yang mendukung kreatifitas dan inovasi masyarakat Kabupaten Sumedang.

2.1.2 Tujuan dan Sasaran

Berdasarkan telaahan terhadap visi dan misi Kepala Daerah, maka misi yang relevan dengan tugas dan fungsi Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sumedang adalah Misi ke satu yaitu Memenuhi kebutuhan dasar masyarakat secara mudah dan terjangkau. Kemudian merujuk kepada misi tersebut, ditetapkan tujuan dan sasaran strategis Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sumedang Tahun 2018 - 2023 sebagai berikut :

Tabel 2.1
Matrik Hubungan antara Visi, Misi, Tujuan, dan Sasaran

Visi : Terwujudnya Masyarakat Sumedang yang Sejahtera, Agamis, Maju, Profesional, dan Kreatif (SIMPATI) Pada Tahun 2023				
Misi yang Relevan	Tujuan		Sasaran	
	Uraian	Indikator Kinerja	Uraian	Indikator Kinerja
Memenuhi kebutuhan dasar masyarakat secara mudah dan terjangkau untuk kesejahteraan masyarakat	Meningkatnya derajat Kesehatan Masyarakat	Angka Harapan Hidup	Meningkatnya akses dan cakupan mutu layanan kesehatan	1. Akreditasi Rumah Sakit Sesuai standar Nasional 2. IKM Rumah Sakit

2.1.3 Strategi

Dengan tujuan yang telah ditetapkan, maka RSUD Kabupaten Sumedang menetapkan strategi diantaranya :

STRATEGI :

❖ **Peningkatan Kinerja Pelayanan**

- Peningkatan Profesionalitas SDM
- Pengembangan Pelayanan
- Peningkatan Sistem Teknologi Informasi

❖ **Peningkatan Kinerja Keuangan**

- Tarif murah merupakan keunggulan tanpa mengidahkan unit cost, untuk kedepan Rumah Sakit mempertimbangkan agar tarif sesuai dengan unit cost agar bisa bertahan ,berkembang dan mandiri.

❖ **Peningkatan kinerja mutu dan manfaat bagi masyarakat**

- Sarana dan prasarana
- Smart dan Green Hospital
- Duta Someah

2.1.4 Arah Kebijakan

Kebijakan yang diterapkan oleh RSUD Kabupaten Sumedang adalah :

1. Peningkatan peran SDM yang semakin profesional
 - a. Pemenuhan pendidikan dan pelatihan bagi tenaga RSUD.
 - b. Peningkatan kompetensi SDm dalam upaya peningkatan mutu.
 - c. Kolaborasi dan akselerasi menuju SMART ASN.
2. Peningkatan efektivitas sistem manajemen kinerja melalui e-office.
 - a. Smart Remunerasi
 - b. Penilaian kinerja berbasis digital.
3. Transformasi digital melalui SMART Hospital
 - a. E-Rekam Medik
 - b. Optimalisasi Mobile JKN
 - c. Optimalisasi website, medsos, dan pengelolaan pengaduan
4. Optimalisasi mutu pelayanan sesuai standar elemen akreditasi
 - a. Peningkatan indikator nasional mutu Rumah Sakit.
 - b. Pemenuhan tenaga profesional.
 - c. Kolaborasi dengan stakeholder dan lembaga pendidikan untuk optimalisasi pelayanan.
5. Perbaikan sarana dan prasarana berbaisi Green Hospital
 - a. Peningkatan efektivitas penggunaan ruangan
 - b. Penyusunan master plan
 - c. Green Hospital
6. Memebentuk budaya hospitality melalui Duta Someah
 - a. Hospitality sebagai budaya pelayanan
 - b. Hospitality sebagai branding Rumah Sakit.

2.1.5 Program

Program yang dilaksanakan untuk mendukung capaian sasaran strategis pada tahun 2022, sebagaimana tercantum pada tabel di bawah ini

Tabel 2.2
Keselarasan Program dengan Indikator Kinerja Tahun 2022

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Program
Meningkatnya akses dan cakupan mutu layanan kesehatan	1. Akreditasi Rumah Sakit Sesuai standar Nasional 2. IKM Rumah Sakit	1) Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan Dan Upaya Kesehatan Masyarakat 2) Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota

2.2 Perjanjian Kinerja

Perjanjian Kinerja adalah lembar/dokumen yang berisikan penugasan dari pimpinan instansi yang lebih tinggi kepada pimpinan instansi yang lebih rendah untuk melaksanakan Program/Kegiatan yang disertai dengan Indikator Kinerja.

Melalui perjanjian kinerja, terwujudlah komitmen penerima amanah dan kesepakatan antara penerima dan pemberi amanah atas kinerja terukur tertentu berdasarkan tugas, fungsi dan wewenang serta sumber daya yang tersedia. Kinerja yang disepakati tidak dibatasi pada

kinerja yang dihasilkan atas kegiatan tahun bersangkutan, tetapi termasuk kinerja (*outcome*) yang seharusnya terwujud akibat kegiatan tahun-tahun sebelumnya. Dengan demikian target kinerja yang diperjanjikan juga mencakup *outcome* yang dihasilkan dari kegiatan tahun-tahun sebelumnya, sehingga terwujud kesinambungan kinerja setiap tahunnya.

Perjanjian Kinerja Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sumedang Tahun 2022 adalah sebagaimana tercantum dalam tabel di bawah ini :

Tabel 2.3
Perjanjian Kinerja Utama Tahun 2022

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Satuan	Target	Keterangan / Rumus Penghitungan
Meningkatnya akses dan cakupan mutu layanan kesehatan	1. Akreditasi Rumah Sakit Sesuai standar Nasional	Persen	84 %	$\frac{\text{Jumlah Elemen Penilaian Sesuai Standar}}{\text{Jumlah Seluruh Elemen}} \times 100 \%$
	2. IKM Rumah Sakit	Point	93	Nilai indek x Nilai Dasar

Tabel 2.4
Perjanjian Kinerja Tambahan Tahun 2022

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Satuan	Target	Keterangan / Rumus Penghitungan
Meningkatnya kapasitas dan kapabilitas internal perangkat daerah	Nilai sakiip perangkat daerah	Kategori	A	Hasil nilai evaluasi Sakip RSUD oleh inspektorat kabupaten Sumedang
	Indeks Reformasi Birokrasi Perangkat Daerah	Poin	84	Hasil penjumlahan faktor pengungkit dengan bobot 60 dan faktor hasil dengan bobot 40

Tabel 2.5
Perbandingan Perjanjian Kinerja Tahun 2022
Dengan Data Awal Tahun 2018 dan Target Tahun 2023

No.	Indikator Sasaran	Satuan	Data Awal (2018)	Target 2022	Target Akhir Renstra 2023
1.	Akreditasi Rumah Sakit Sesuai standar Nasional	Persen	82	84	85
2.	IKM Rumah Sakit	Point	83,92	93	95
3.	Nilai sakiip perangkat daerah	Kategori	BB	A	A
4.	Indeks Reformasi Birokrasi Perangkat Daerah	Persen	78%	84%	90%

BAB III **AKUNTABILITAS KINERJA**

Akuntabilitas Kinerja adalah perwujudan kewajiban suatu instansi pemerintah untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan Program dan Kegiatan yang telah diamanatkan para pemangku kepentingan dalam rangka mencapai misi organisasi secara terukur dengan sasaran/target Kinerja yang telah ditetapkan melalui laporan kinerja instansi pemerintah yang disusun secara periodik.

Kerangka pengukuran capaian kinerja Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sumedang dilakukan dengan cara membandingkan antara target kinerja dengan realisasi kinerja, yang mengacu kepada Keputusan Kepala Lembaga Administrasi Negara Nomor : 239/IX/6/B/2003 tentang Perbaikan Pedoman Penyusunan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah. Adapun pengukuran kinerja tersebut menggunakan dua rumus sebagai berikut :

a. Tingkat Realisasi Positif

Semakin tinggi realisasi menunjukkan pencapaian kinerja semakin baik, maka digunakan rumus :

$$Capaian = \frac{Realisasi}{Target} \times 100\%$$

b. Tingkat Realisasi Negatif

Semakin tinggi realisasi menunjukkan semakin rendah pencapaian kinerja, maka digunakan rumus :

$$Capaian = \frac{Target - (Realisasi - Target)}{Target} \times 100\%$$

Untuk mempermudah interpretasi atas pencapaian sasaran dan indikator kinerja sasaran digunakan skala pengukuran ordinal. Skala nilai peringkat kinerja berdasarkan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 86 Tahun 2017, adalah sebagaimana tercantum pada tabel di bawah ini :

Tabel 3.1
Skala Nilai Peringkat Kinerja

Interval Nilai	Kriteria Penilaian
$91\% \leq 100\%$	Sangat Tinggi
$76\% \leq 90\%$	Tinggi
$66\% \leq 75\%$	Sedang
$51\% \leq 65\%$	Rendah
$\leq 50\%$	Sangat Rendah

Sedangkan tingkat efisiensi penggunaan sumber daya dapat dihitung apabila target kinerja tercapai 100% atau lebih serta persentase realisasi anggaran lebih rendah dari capaian kinerja. Penghitungannya dengan cara pengurangan persentase capaian kinerja dengan persentase penggunaan anggaran.

Perjanjian Kinerja Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sumedang Tahun 2022 adalah sebagaimana tercantum dalam tabel di bawah ini:

Tabel 3.2
Target Perjanjian Kinerja Tahun 2022

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja Utama	Satuan	Target
Meningkatnya akses dan cakupan mutu layanan kesehatan	1. Akreditasi Rumah Sakit Sesuai standar Nasional	Persen	84
	2. IKM Rumah Sakit	Point	93

Sumber : Dokumen Perjanjian Kinerja, 2022

3.1 Capaian Kinerja

Berdasarkan hasil pengukuran, maka capaian dan analisis kinerja Indikator Kinerja Utama (IKU) Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sumedang tahun 2021 berdasarkan Perjanjian Kinerja Tahun 2022, adalah sebagai berikut :

1. Persentase Akreditasi Rumah Sakit Sesuai Standar Nasional

Dalam upaya peningkatan mutu pelayanan, rumah sakit wajib dilakukan akreditasi Menurut Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/I/4110/2022 Tentang Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit, bahwa dalam penyelenggaraan akreditasi rumah sakit di Indonesia dilaksanakan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri.

Akreditasi adalah pengakuan terhadap mutu pelayanan rumah sakit setelah dilakukan penilaian bahwa rumah sakit telah memenuhi standar akreditasi yang disetujui oleh Pemerintah. Pada bulan Desember 2021 Kementerian Kesehatan mencatat 3.120 rumah sakit telah teregistrasi. Sebanyak 2.482 atau 78,8% rumah sakit telah terakreditasi dan 638 rumah sakit atau 21,2% belum terakreditasi. Upaya percepatan akreditasi rumah sakit mengalami beberapa kendala antara lain adanya isu atau keluhan terkait lembaga penilai akreditasi yang juga melakukan *workshop* atau bimbingan, penilaian akreditasi dianggap mahal, masih kurangnya peran pemerintah daerah dan pemilik rumah sakit dalam pemenuhan syarat akreditasi, akuntabilitas lembaga independen penyelenggara akreditasi, dan lain-lain.

Pemerintah mengharapkan pada tahun 2024 seluruh rumah sakit di Indonesia telah terakreditasi sesuai dengan target Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) tahun 2020-2024. Dalam upaya meningkatkan cakupan akreditasi rumah sakit, pemerintah mendorong terbentuknya lembaga independen penyelenggara

akreditasi serta transformasi sistem akreditasi rumah sakit. Sejalan dengan terbentuknya lembaga independen penyelenggara akreditasi maka Kementerian Kesehatan menetapkan standar akreditasi rumah sakit yang akan dipergunakan oleh seluruh lembaga independen penyelenggara akreditasi rumah sakit dalam melaksanakan penilaian akreditasi. Proses penyusunan standar akreditasi rumah sakit telah melalui beberapa proses dengan mempertimbangkan penyederhanaan standar akreditasi agar lebih mudah dipahami dan dapat dilaksanakan oleh rumah sakit.

a. Perbandingan Antara Target dan Realisasi Kinerja

Target kinerja “Persentase Akreditasi Rumah Sakit Sesuai standar Nasional” tahun 2022 sebesar 84 % dan realisasinya berdasarkan data dari Lembaga Akreditasi Rumah Sakit Damar Husada Paripurna sebesar 86,69.% atau capaian kinerja sebesar 103,20% (Sangat Tinggi). Target kinerja tercapai.

Tabel 3.3
Perbandingan Antara Target dan Realisasi Kinerja
Persentase Akreditasi Rumah Sakit Sesuai standar Nasional Tahun 2022

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Satuan	Target	Realisasi	Capaian Kinerja	Kriteria Kinerja
Meningkatnya akses dan cakupan mutu layanan kesehatan	Akreditasi Rumah Sakit Sesuai standar Nasional	Persen	84,00%	86,69%	103,20%	Sangat Tinggi

Sumber : LARS DHP (Lembaga Akreditasi Rumah Sakit DHP)

b. Perbandingan Antara Realisasi serta Capaian Kinerja dengan Tahun Sebelumnya

Dibandingkan dengan tahun 2021, realisasi kinerja Akreditasi Rumah Sakit Sesuai Standar Nasional tahun 2022 meningkat, Capaian Kinerja Akreditasi Rumah Sakit Sesuai Standar Nasional mengalami penurunan Tahun 2021 sebesar 98,79% sedangkan tahun 2022 sebesar 103,20 % .

Tabel 3.4
Perbandingan Realisasi Kinerja Persentase Akreditasi Rumah Sakit Sesuai Standar Nasional Tahun 2022 dengan Tahun Sebelumnya

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Satuan	Tahun 2021			Tahun 2022			Ket.
			Target Kinerja	Realisasi Kinerja	Capaian Kinerja	Target Kinerja	Realisasi Kinerja	Capaian Kinerja	
Meningkatnya akses dan cakupan mutu layanan kesehatan	Akreditasi Rumah Sakit Sesuai standar Nasional	Persen	83,00	82,00	98,79%	84,00	86,69	103,20%	Realisasi meningkat dan Capaian Kinerja Meningkat

c. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Renstra

Dalam Renstra 2018-2023, target jangka menengah Persentase Akreditasi Rumah Sakit Sesuai Standar Nasional adalah 85 % dan realisasi pada tahun 2022 adalah 86,69 %, dengan demikian capaian kinerja jangka menengah Persentase Akreditasi Rumah Sakit Sesuai Standar Nasional pada tahun ketiga Renstra adalah 103,20%.

Tabel 3.5
Perbandingan Realisasi Kinerja Akreditasi Rumah Sakit Sesuai Standar Nasional Tahun 2022 Dengan Target Renstra

Indikator Kinerja	Target Sasaran Akhir Renstra (Tahun 2023)	Realisasi Target Sasaran Renstra Sampai Tahun 2022	Persentase Realisasi Target Sasaran Renstra Sampai Tahun 2022
Akreditasi Rumah Sakit Sesuai standar Nasional	85%	86,69 %	103,20 %

d. Analisis Penyebab Keberhasilan/Kegagalan atau Peningkatan/Penurunan Kinerja Serta Alternatif Solusi yang Telah Dilakukan

Kendala yang dihadapi dalam pencapaian target kinerja yaitu pada tahun 2022 terjadi kurangnya proses pengawasan, dan kordinasi tim dalam upaya peningkatan pencapaian dan pemuehhan regulasi, solusi/rekomendasinya adalah Keberhasilan akreditasi Rumah Sakit antara lain dipengaruhi oleh komitmen dari semua Sumber Daya Manusia (SDM) dan pimpinan Rumah

Sakit terhadap akreditasi. Direktur sebagai pimpinan tertinggi di Rumah Sakit sangat berperan penting dalam fungsi monitoring dan pengawasan terhadap kebijakan, pedoman / panduan dan Standar Prosedur Operasional (SPO) yang telah ditetapkan dan senantiasa melakukan evaluasi untuk mutu pelayanan yang lebih baik dengan mengutamakan kepentingan dan keselamatan pasien.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 012 tahun 2012 tentang Akreditasi Rumah Sakit yang dimaksud dengan Akreditasi Rumah Sakit adalah pengakuan terhadap Rumah Sakit yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara Akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri, setelah dinilai bahwa Rumah Sakit itu memenuhi Standar Pelayanan Rumah Sakit yang berlaku untuk meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit secara berkesinambungan. Akreditasi bertujuan untuk Meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit, Meningkatkan keselamatan pasien Rumah Sakit, Meningkatkan perlindungan bagi pasien, masyarakat, sumber daya manusia Rumah Sakit dan Rumah Sakit sebagai institusi, Mendukung program pemerintah di bidang kesehatan.

Pelaksanaan Akreditasi meliputi survei Akreditasi dan penetapan status Akreditasi. Survei Akreditasi merupakan penilaian untuk mengukur pencapaian dan cara penerapan Standar Pelayanan Rumah Sakit, Standar Akreditasi yang digunakan dalam pelaksanaan survei akreditasi mengacu kepada standar akreditasi rumah sakit yang ditetapkan oleh Menteri. Lembaga independen penyelenggara akreditasi dapat menetapkan surveior pembimbing dalam rangka persiapan dan/atau pendampingan yang berbeda dengan surveior pelaksana survei. Pembimbing ini merupakan surveior akreditasi yang sudah berpengalaman dan/atau kompeten untuk memberikan bimbingan kepada rumah sakit.

Selain memberikan rekomendasi penetapan status Akreditasi nasional, surveior Akreditasi harus memberikan rekomendasi perbaikan-perbaikan yang harus dilakukan oleh Rumah Sakit untuk pemenuhan Standar Pelayanan Rumah Sakit. Rumah Sakit yang telah mendapatkan status Akreditasi nasional diwajibkan membuat perencanaan perbaikan strategis sesuai dengan rekomendasi surveior untuk memenuhi Standar Pelayanan Rumah Sakit yang belum tercapai.

Terdapat dua kategori surveior yaitu surveior manajemen rumah sakit dan surveior pelayanan berpusat pada pasien dengan pembagian bab sebagai berikut:

a. Surveior Manajemen Rumah Sakit

- 1) Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS);
- 2) Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK);
- 3) Kualifikasi dan Pendidikan Staf (KPS);
- 4) Manajemen Rekam Medik dan Informasi Kesehatan (MRMIK);
- 5) Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI);
- 6) Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP);
- 7) Pendidikan dalam Pelayanan Kesehatan (PPK); dan
- 8) Program Nasional (Prognas).

b. Surveior Pelayanan Berpusat Pada Pasien /*Patient Centre Care* (PCC)

- 1) Akses dan Kontinuitas Pelayanan (AKP);
- 2) Hak Pasien dan Keluarga (HPK);
- 3) Pengkajian Pasien (PP);
- 4) Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP)
- 5) Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB);
- 6) Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO);
- 7) Komunikasi dan Edukasi (KE); dan
- 8) Sasaran Keselamatan Pasien (SKP).

A. Ketentuan Penilaian

Tujuan dari penilaian ini adalah untuk memberikan pemahaman dan konsistensi pada penetapan skor, dengan mengakui bahwa banyak jenis bukti akan diperiksa sebelum tim survei mencapai skor akhir untuk setiap Elemen Penilaian (EP).

Penilaian Akreditasi Rumah Sakit dilakukan berdasarkan penerapan standar akreditasi rumah sakit dari Kementerian Kesehatan menjadi 4 (empat) kelompok, yaitu:

1. Pelayanan Berfokus pada Pasien, terdiri dari 7 (tujuh) bab;
2. Manajemen Rumah Sakit, terdiri dari 6 (enam) bab;
3. Sasaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit, terdiri dari 1 (satu) bab; dan
4. Program Nasional terdiri dari 1 (satu) bab.

B. Menentukan skor yang tepat pada setiap elemen penilaian

Selama survei dilaksanakan setiap elemen terukur/element penilaian (EP) dari suatu standar diberi skor sebagai "Tercapai Penuh", "Tercapai Sebagian", "Tidak Terpenuhi", atau "Tidak Tercapai". Dan terdapat elemen yang "Tidak Dapat Diterapkan", dapat dinyatakan sebagai berikut :

No	Kriteria	Skor 10 (TP)	Skor 5 (TS)	Skor 0 (TT)	TDD
1.	Pemenuhan elemen penilaian	Minimal 80% Khusus bab Program Nasional minimal 100%	20 sampai <80% Khusus bab Program Nasional 20-99%	Kurang 20%	Tidak dapat diterapkan
2.	Bukti kepatuhan	Bukti kepatuhan ditemukan secara konsisten pada semua bagian/unit di mana persyaratan- persyaratan tersebut berlaku. Catatan: Hasil pengamatan tidak dapat dianggap sebagai temuan apabila hanya terjadi pada 1 pengamatan (<i>observasi</i>).	Bukti kepatuhan ditemukan tidak konsisten / hanya pada sebagian unit di mana persyaratan- persyaratan tersebut berlaku (misalnya	Bukti kepatuhan tidak ditemukan pada semua bagian/unit di mana persyaratan- persyaratan tersebut berlaku	

3.	Hasil wawancara dari pemenuhan persyaratan yang ada di EP	Hasil wawancara menjelaskan sesuai standar dan dibuktikan dengan dokumen dan pengamatan	Hasil wawancara menjelaskan sebagian sesuai standar dan dibuktikan dengan dokumen dan pengamatan	Hasil wawancara tidak sesuai standar dan dibuktikan dengan dokumen dan pengamatan	
4.	Regulasi sesuai dengan yang dijelaskan di maksud dan tujuan pada standar	Regulasi yang meliputi Kebijakan dan SPO lengkap sesuai dengan maksud dan tujuan pada standar	Regulasi yang meliputi Kebijakan dan SPO sesuai dengan maksud dan tujuan pada standar hanya sebagian / tidak lengkap	Regulasi yang meliputi Kebijakan dan SPO sesuai dengan maksud dan tujuan pada standar tidak ada	
5.	Dokumen rapat/pertemuan: seperti undangan, materi rapat, absensi/daftar hadir, notulen rapat.	Kelengkapan bukti dokumen rapat >80 - 100% (<i>cross check</i> dengan wawancara)	Kelengkapan bukti dokumen rapat 50-80%)	Kelengkapan bukti dokumen rapat kurang dari 50%	
6.	Dokumen pelatihan seperti kerangka acuan (TOR) pelatihan yang dilampiri jadwal acara, undangan, materi/bahan pelatihan,	Kelengkapan bukti dokumen pelatihan > 80 - 100%	Kelengkapan bukti dokumen pelatihan 50% – 80 %	Kelengkapan bukti dokumen pelatihan kurang 50%	
7.	Dokumen orientasi staf seperti kerangka acuan (TOR) orientasi yang dilampiri jadwal acara, undangan, absensi/daftar hadir, laporan, penilaian hasil orientasi dari kepala SDM (orientasi	Kelengkapan bukti dokumen orientasi >80 - 100%	Kelengkapan bukti dokumen orientasi 50% – 80 %	Kelengkapan bukti dokumen orientasi kurang 50%	

8.	Hasil observasi pelaksanaan kegiatan/ pelayanan sesuai regulasi dan standard	Pelaksanaan kegiatan/ pelayanan sesuai regulasi dan standard >80% -100% Contoh: 9 dari 10 kegiatan/ pelayanan yang diobservasi sudah memenuhi EP	Pelaksanaan kegiatan/ pelayanan sesuai regulasi dan standard 50 – 80% Contoh: 5- 8 dari 10 kegiatan/ pelayanan yang diobservasi sudah memenuhi EP	Pelaksanaan kegiatan/ pelayanan sesuai regulasi dan standard Kurang 50% Contoh: hanya 4 dari 10 kegiatan/ pelayanan yang diobservasi memenuhi EP	
9.	Hasil simulasi staf sesuai regulasi / standar	Staf dapat memperagakan / mensimulasikan sesuai regulasi / standar : >80% - 100% Contoh: 9 dari 10 staf yang diminta simulasi sudah memenuhi regulasi / standar	Staf dapat memperagakan / mensimulasikan sesuai regulasi / standar 50- kurang 80% Contoh: 5- 8 dari 10 staf yang diminta simulasi sudah memenuhi regulasi / standar	Staf dapat memperagakan / mensimulasikan sesuai regulasi / standar Kurang 50% Contoh: hanya 4 dari 10 staf yang diminta simulasi sudah memenuhi regulasi / standar	
10.	Rekam jejak kepatuhan pada survei akreditasi pertama	Kepatuhan pelaksanaan kegiatan/ pelayanan secara berkesinambungan sejak 3 (tiga) bulan sebelum survei	Kepatuhan pelaksanaan kegiatan/ pelayanan secara berkesinambungan sejak 2 (dua) bulan sebelum survei	Kepatuhan pelaksanaan kegiatan/ pelayanan secara berkesinambungan sejak 1 (satu) bulan sebelum survei	
11.	Rekam jejak kepatuhan pada survei akreditasi ulang	Kepatuhan pelaksanaan kegiatan/ pelayanan sejak 12 (dua belas) bulan sebelum survei	Kepatuhan pelaksanaan kegiatan/ pelayanan sejak 4-11 (empat - sebelas) bulan sebelum survei	Kepatuhan pelaksanaan kegiatan/ pelayanan sejak 1-3 (satu - tiga) bulan sebelum survei	

12.	Kelengkapan rekam medik (Telaah rekam medik tertutup), pada survei awal 4 bulan sebelum survei, pada survei ulang 12 bulan sebelum survei	Rekam medik lengkap >80,- 100% saat di lakukan telaah. Contoh hasil telaah : 9 dari 10 rekam medik yang lengkap	Rekam medik lengkap 50,- 80% saat di lakukan telaah. Contoh hasil telaah : 5 - 8 dari 10 rekam medik yang lengkap	Rekam medik lengkap kurang dari 50% saat di lakukan telaah. Contoh hasil telaah: hanya 4 dari 10 rekam medik yang lengkap	
-----	---	---	---	---	--

e. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Anggaran program yang mendukung capaian kinerja Persentase Akreditasi Rumah Sakit Sesuai standar Nasional tahun 2022 sebesar Rp. 236.631.032.904 yang terdiri dari 2 program. Sedangkan realisasi sampai dengan triwulan IV sebesar Rp. 229.463.930.816 atau 96,67%.

Tabel 3.6
Realisasi Anggaran Program Pendukung Pencapaian Kinerja Persentase Akreditasi Rumah Sakit Sesuai standar Nasional Sampai dengan Triwulan IV Tahun 2022

Program	Anggaran	Realisasi	%
1) Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan Dan Upaya Kesehatan Masyarakat	Rp. 18.899.775.969	Rp. 16.511.905.274	87,37 %
2) Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota	Rp. 217.731.256.935	Rp. 212.952.025.542	97,80%
Jumlah	Rp.236.631.032.904	Rp. 229.463.930.816	96,67%

Tingkat efisiensi penggunaan sumber daya (anggaran) dalam pencapaian kinerja Akreditasi Rumah Sakit Sesuai standar Nasional tahun 2022 tidak dapat dihitung karena capaian kinerja kurang dari 100%.

Tabel 3.7
Efisiensi Penggunaan Sumber Daya dalam Pencapaian Kinerja
Persentase Akreditasi Rumah Sakit Sesuai standar Nasional sampai dengan Triwulan IV
Tahun 2022

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja Sasaran	Capaian Kinerja Sasaran	Capaian Realisasi Anggaran Program	Efisiensi	Keterangan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5) = (3) – (4)	(6)
Meningkatnya akses dan cakupan mutu layanan kesehatan	Akreditasi Rumah Sakit Sesuai standar Nasional	97,61 %	96,67 %	18.06 %	Tidak Efisien

2. Persentase IKM Rumah Sakit

Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) adalah data dan informasi tentang tingkat kepuasan masyarakat yang diperoleh dari hasil pengukuran secara kuantitatif dan kualitatif atas pendapat masyarakat dalam memperoleh pelayanan dari aparatur penyelenggara pelayanan publik dengan membandingkan antara harapan dan kebutuhannya. Survey IKM bertujuan untuk mengetahui tingkat kinerja unit pelayanan secara berkala sebagai bahan untuk menetapkan kebijakan dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan publik selanjutnya.

Sesuai Pedoman Umum Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat (SKM), terdapat beberapa pengertian yang perlu dijelaskan, yaitu:

- 1) **Survei Kepuasan Masyarakat (SKM)** adalah data dan informasi tentang tingkat kepuasan masyarakat yang diperoleh dari hasil pengukuran secara kuantitatif dan kualitatif atas pendapat masyarakat dalam memperoleh pelayanan dari aparatur penyelenggara pelayanan publik dengan membandingkan antara harapan dan kebutuhannya.
- 2) **Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)** adalah data dan informasi tentang tingkat kepuasan masyarakat yang diperoleh dari hasil pengukuran secara kuantitatif dan kualitatif atas pendapat masyarakat dalam memperoleh pelayanan dari aparatur

penyelenggara pelayanan publik dengan membandingkan antara harapan dan kebutuhannya.

- 3) **Penyelenggara pelayanan publik** adalah instansi pemerintah.
- 4) **Pelayanan publik** adalah segala kegiatan pelayanan yang dilaksanakan oleh penyelenggara pelayanan publik sebagai upaya pemenuhan kebutuhan penerima pelayanan, maupun dalam rangka pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- 5) **Unit pelayanan publik** adalah unit kerja/kantor pelayanan pada instansi pemerintah termasuk BUMN/BUMD dan BHMN, yang secara langsung maupun tidak langsung memberikan pelayanan kepada penerima pelayanan
- 6) **Pemberi pelayanan publik** adalah pegawai instansi pemerintah yang melaksanakan tugas dan fungsi pelayanan publik sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- 7) **Penerima pelayanan publik** adalah orang, masyarakat, lembaga instansi pemerintah dan dunia usaha, yang menerima pelayanan dari aparatur penyelenggara pelayanan publik.
- 8) **Kepuasan pelayanan** adalah hasil pendapat dan penilaian masyarakat terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh aparatur penyelenggara pelayanan publik.
- 9) **Unsur pelayanan** adalah faktor atau aspek yang terdapat dalam penyelenggaraan pelayanan kepada masyarakat sebagai variabel penyusunan indeks kepuasan masyarakat untuk mengetahui kinerja unit pelayanan.
- 10) **Responden** adalah penerima pelayanan publik yang pada saat pencacahan sedang berada di lokasi unit pelayanan, atau yang pernah menerima pelayanan dari aparatur penyelenggara pelayanan.

Pengukuran kepuasan merupakan elemen penting dalam proses evaluasi kinerja dimana tujuan akhir yang hendak dicapai adalah menyediakan pelayanan yang lebih baik, lebih efisien, dan lebih efektif berbasis dari kebutuhan masyarakat. Suatu pelayanan dinilai memuaskan bila pelayanan tersebut dapat memenuhi kebutuhan dan harapan pengguna

layanan. Kepuasan masyarakat dapat juga dijadikan acuan bagi berhasil atau tidaknya pelaksanaan program yang dilaksanakan pada suatu lembaga layanan publik.

a. Perbandingan Antara Target dan Realisasi Kinerja

Target kinerja “Persentase IKM Rumah Sakit tahun 2022 sebesar 93 % dan realisasinya sebesar 85,25 % atau capaian kinerja sebesar 91,67 % (Sangat Tinggi). Target kinerja tidak tercapai.

Tabel 3.8
Perbandingan Antara Target dan Realisasi Kinerja
Persentase IKM Rumah Sakit Sampai Dengan Triwulan IV Tahun 2022

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Satuan	Target	Realisasi	Capaian Kinerja	Kriteria Kinerja
Meningkatnya akses dan cakupan mutu layanan kesehatan	IKM Rumah Sakit	Point	93,00	85,25	91,67 %	Sangat Tinggi

Sumber : Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sumedang

b. Perbandingan Antara Realisasi serta Capaian Kinerja dengan Tahun Sebelumnya

Dibandingkan dengan tahun 2021, realisasi dan capaian kinerja IKM Rumah Sakit tahun 2021 mengalami peningkatan. IKM Rumah Sakit Tahun 2021 sebesar 86,07% sedangkan tahun 2022 sampai dengan triwulan IV sebesar 91,67 % atau terdapat peningkatan Persentase IKM Rumah Sakit sebesar 5,60 %.

Tabel 3.9
Perbandingan Realisasi Kinerja Persentase IKM Rumah Sakit
Tahun 2022 dengan Tahun Sebelumnya

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Satuan	Tahun 2021			Tahun 2022			Ket.
			Target Kinerja	Realisasi Kinerja	Capaian Kinerja	Target Kinerja	Realsiasi Kinerja	Capaian Kinerja	
Meningkatnya akses dan cakupan mutu layanan kesehatan	IKM Rumah Sakit	Persen	92,00	79,18	86,07 %	93,00	85,25%	91,67%	Realisasi dan Capaian Kinerja meningkat

c. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Renstra

Dalam Renstra 2018-2023, target Rencana Strategis IKM Rumah Sakit adalah 95 % dan realisasi triwulan IV pada tahun 2022 adalah 85,25 %, dengan demikian capaian kinerja Renstra IKM Rumah Sakit pada tahun ketiga Renstra adalah 91,67 %.

Tabel 3.10
Perbandingan Realisasi Kinerja Persentase IKM Rumah Sakit Tahun 2022
Dengan Target Jangka Menengah RPJMD

Indikator Kinerja	Target Sasaran Akhir RPJMD (Tahun 2023)	Realisasi Target Sasaran RPJMD Sampai Tahun 2022	Persentase Realisasi Target Sasaran RPJMD Sampai Tahun 2022
IKM Rumah Sakit	95%	85,25%	91,67 %

d. Analisis Penyebab Keberhasilan/Kegagalan atau Peningkatan/Penurunan Kinerja Serta Alternatif Solusi yang Telah Dilakukan

Kendala yang dihadapi dalam pencapaian target kinerja yaitu Ada beberapa unit pelayanan yang belum memenuhi target unsur pelayanan dikarenakan pandemic covid 19, ada beberapa peraturan yang yang memang perlu ditekankan seperti pembatasan jumlah pasien rawat jalan, pembatasan waktu dan jumlah kunjungan pada pasien rawat inap serta penutupan sementara pelayanan baik IGD maupun instalasi lainnya. .solusi/rekomendasinya adalah Optimalisasi peningkatan kualitas pelayanan yang berfokus pada unsur/target berupa jangka waktu pelayanan saran dan prasarana, penanganan pengaduan, saran dan masukan serta prosedur pelayanan, optimalisasi dilakukan dengan melaksanakan pelayanan sesuai target waktu yang telah ditetapkan, memfungsikan layanan pengaduan sebagai layanan aspirasi, mengedepankan pelayanan yang ramah dan sopan agar persaan nyaman dan puas dirasakan masyarakat.

Berdasarkan fungsi rumah sakit umum daerah dan dalam upaya menjamin kualitas pelayanan publik pada masyarakat di Kabupaten Sumedang, perlu upaya untuk mengevaluasi atau menilai sejauh mana kinerja rumah sakit dalam memberikan pelayanan publik di Kabupaten Sumedang. Mengacu pada PerMenpan-RB No. 17 tahun 2014 dan standar pelayanan yang ada di RSUD Kabupaten Sumedang, maka perlu dilakukan evaluasi melalui Survey Kepuasan Masyarakat (SKM) terhadap pelayanan kesehatan di RSUD Kabupaten Sumedang. Berdasarkan prinsip pelayanan sebagaimana telah ditetapkan dalam Permen PANRB No. 14 Tahun 2017, yang kemudian dikembangkan menjadi 9 unsur yang “*relevant, valid*” dan “*reliabel*”, sebagai unsur minimal yang harus ada untuk dasar pengukuran survey kepuasan masyarakat adalah sebagai berikut :

- 1) Persyaratan
- 2) Sistem, Mekanisme dan Prosedur
- 3) Waktu Penyelesaian
- 4) Biaya/Tarif
- 5) Produk Spesifikasi Jenis Pelayanan
- 6) Kompetensi Pelaksana
- 7) Perilaku Pelaksana
- 8) Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan
- 9) Sarana dan Prasarana

Nilai IKM dihitung dengan menggunakan “nilai rata-rata tertimbang” masing-masing unsur pelayanan. Dalam penghitungan indeks kepuasan masyarakat terhadap 9 unsur pelayanan yang dikaji, setiap unsur pelayanan memiliki penimbang yang sama dengan rumus sebagai berikut :

$$\begin{aligned} \text{Bobot nilai rata-rata tertimbang} &= \frac{\text{Jumlah Bobot}}{\text{Jumlah Unsur}} \\ &= \frac{1}{9} = 0.111 \end{aligned}$$

Untuk memperoleh nilai IKM unit pelayanan digunakan pendekatan nilai rata-rata tertimbang dengan rumus sebagai berikut:

$$IKM = \frac{\text{Total dr Nilai Persepsi Per Unsur} \times \text{Nilai Penimbang}}{\text{Total unsur yang terisi}}$$

Untuk memudahkan interpretasi terhadap penilaian IKM yaitu antara 25 - 100 maka hasil penilaian tersebut diatas dikonversikan dengan nilai dasar 25, dengan rumus sebagai berikut :

$$\text{IKM Unit Pelayanan} \times 25$$

Mengingat unit pelayanan mempunyai karakteristik yang berbeda-beda, maka setiap unit pelayanan dimungkinkan untuk:

- 1) Menambah unsur yang dianggap relevan.
- 2) Memberikan bobot yang berbeda terhadap 9 (sembilan) unsur yang dominan dalam unit pelayanan, dengan catatan jumlah bobot seluruh unsur tetap 1.

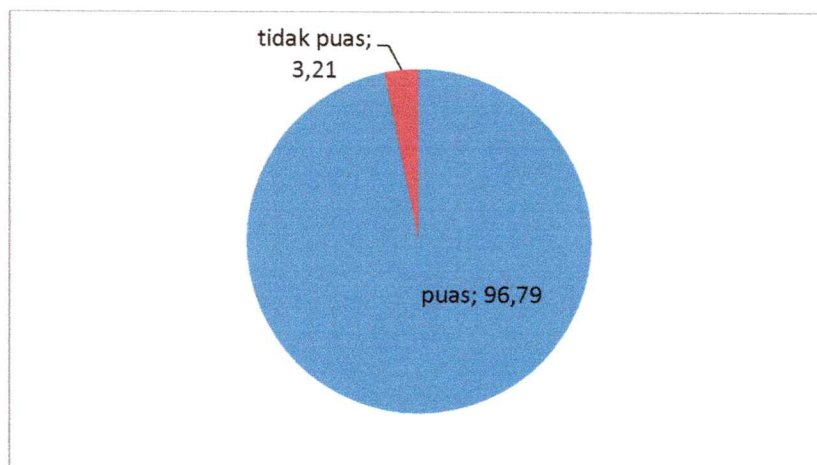
Tabel 3.11
Nilai Persepsi, Interval IKM, Interval Konversi IKM, Mutu Pelayanan dan Kinerja Unit Pelayanan

Nilai Persepsi	Nilai Interval	Nilai Interval Konversi	Mutu Pelayanan	Kinerja Unit Pelayanan
1	1,00 – 2,5996	25,00 – 64,99	D	Tidak Baik
2	2,60 – 3,064	65,00 – 76,60	C	Kurang Baik
3	3,0644 – 3,532	76,61 – 88,30	B	Baik
4	3,5324 – 4,00	88,31 – 100,00	A	Sangat Baik

Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sumedang dengan status rumah sakit tipe B non pendidikan Berdasarkan fungsi rumah sakit umum daerah dan dalam upaya menjamin kualitas pelayanan publik pada masyarakat di Kabupaten Sumedang, telah melaksanakan upaya untuk mengevaluasi atau menilai sejauh mana kinerja rumah sakit dalam memberikan pelayanan publik di Kabupaten Sumedang. Mengacu pada PerMenpan-RB No. 17 tahun 2014 dan standar pelayanan yang ada di RSUD Kabupaten Sumedang, berikut adalah hasil dari Survey Kepuasan Masyarakat (SKM) terhadap pelayanan kesehatan di RSUD Kabupaten Sumedang.

1. Kepuasan Masyarakat

Tanggapan	Jumlah	Prosentase
Tidak puas	9	3,21
puas	271	96,79
Grand Total	280	100,00%



Dari data kepuasan menurut responden terhadap pelayanan RSUD Kabupaten Sumedang sampai dengan triwulan IV tahun 2022, Pada dasarnya pelayanan yang ada di RSUD Sumedang sudah baik dan masyarakat sudah merasa puas. Terlihat dari data kepuasan masyarakat yang menyatakan puas sebesar 96,79 % dan 3,21 % menyatakan ketidakpuasan. Walaupun demikian masih ada yang harus ditingkatkan lagi agar nilai kepuasan masyarakat di RSUD Sumedang agar lebih optimal lagi.

2. Indek Kepuasan Masyarakat

Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) adalah data dan informasi tentang tingkat kepuasan masyarakat yang diperoleh dari hasil pengukuran secara kuantitatif dan kualitatif atas pendapat masyarakat dalam memperoleh pelayanan dari aparatur penyelenggara pelayanan publik dengan membandingkan antara harapan dan kebutuhannya.

Dibawah ini disampaikan data hasil indeks kepuasan masyarakat sampai dengan triwulan I.V di RSUD Kabupaten sumedang tahun 2022

a) **Data IKM perunsur**

NO	UNSUR SKM	NRR	NRT	IKM
1	Kesesuaian persyaratan pelayanan dengan jenis	3,410	0,375	9,379464286
2	kemudahan prosedur pelayanan di unit ini	3,382	0,372	9,300893
3	kecepatan waktu dalam memberikan pelayanan	3,310	0,364	9,104464
4	kewajaran biaya/tarif dalam pelayanan	3,567	0,393	9,811607
5	kesesuaian produk pelayanan antara yang tercantum dalam standar pelayanan dengan	3,303	0,363	9,084821
6	kompetensi kemampuan petugas dalam pelayanan	3,5	0,385	9,625
7	perilaku petugas dalam pelayanan terkait kesopanan dan keramahan	3,510	0,386	9,654464
8	kualitas dan prasarana	3,3	0,363	9,075
9	penanganan pengaduan pengguna layanan	3,714	0,408	10,21429
	IKM TRIWULAN IV 2022		3,41	85,25

b) **Data peringkat IKM perunsur**

NO	UNSUR SKM	NRR	NRT	IKM	KETERANGAN
1	penanganan pengaduan pengguna layanan	3,714	0,408	10,21429	SANGAT BAIK
2	kewajaran biaya/tarif dalam pelayanan	3,567	0,393	9,811607	BAIK
3	perilaku petugas dalam pelayanan terkait kesopanan dan keramahan	3,510	0,386	9,654464	BAIK
4	kompentensi kemampuan petugas dalam	3,5	0,385	9,625	BAIK
5	Kesesuaian persyaratan pelayanan dengan jenis pelayanannya	3,410	0,375	9,379464286	BAIK
6	kemudahan prosedur pelayanan di unit	3,382	0,372	9,300893	BAIK
7	kecepatan waktu dalam memberikan	3,310	0,364	9,104464	BAIK
8	kesesuaian produk pelayanan antara yang tercantum dalam standar pelayanan dengan hasil yang diberikan	3,303	0,363	9,084821	BAIK
9	kualitas dan prasarana	3,3	0,363	9,075	BAIK
IKM TRIWULAN IV 2022			3,41	85,25	

Dari data diatas dapat di ringkas hasil sebagai berikut :

- 1 Dari hasil survey di Unit pelayanan yang ada di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sumedang, diperoleh nilai rata-rata survey kepuasan masyarakat sebesar **85,25** . Sehingga dapat disimpulkan bahwa nilai mutu pelayanan kesehatan di RSUD Sumedang pada tahun 2022 sampai dengan triwulan IV adalah B, yang dapat dikatagorikan sebagai Rumah Sakit dengan kinerja unit pelayanan yang baik.
- 2 Nilai unsur survey kepuasan masyarakat yang paling tinggi yaitu unsur penanganan pengaduan, saran dan masukan sebesar 3,714 sedangkan yang paling rendah

- yaitu unsur kualitas dan prasarana sebesar 3,3 masih sama dengan triwulan sebelumnya.
- 3 Ada beberapa unsur-unsur yang nilainya rendah di rumah sakit dan yang masih perlu diperhatikan yaitu **unsur sarana, kecepatan waktu dalam memberikan pelayanan, pembiayaan pasien, kesesuaian produk pelayanan antara yang tercantum dalam standar pelayanan dengan hasil yang diberikan dan kemudahan prosedur pelayanan.**
 - 4 Masih belum optimalnya angka survey **sarana dan prasarana** memberikan informasi bahwa perlunya peningkatan dalam penyediaan sarana dan prasarana yang dibutuhkan untuk setiap layanan yang diberikan oleh RSUD Kabupaten Sumedang. Masyarakat melihat bahwa sarana dan prasarana yang disediakan di RSUD Kabupaten Sumedang belum memenuhi standar kepuasan masyarakat . Hal ini menjadi acuan bagi RSUD Kabupaten Sumedang untuk memperbaiki sarana dan prasarana yang telah ada dan atau lebih ke pada peningkatan kualitas sarana dan prasarana. sehingga peralatan dan segala sesuatu yang merupakan penunjang utama pelayanan lebih lengkap dan berkualitas. Terutama di pelayanan langsung terhadap pasien.
 - 5 Sementara untuk unsur rendah lainnya adalah **kecepatan waktu dalam memberikan pelayanan** hasil survey ini memberikan informasi bahwa waktu pelayanan masih belum memuaskan. Banyaknya perubahan situasi dan kondisi membuat regulasi baik kebijakan maupun prosedur menjadi sering berubah sehingga banyak mempengaruhi kegiatan pelayanan terutama pelayanan rawat jalan. Masyarakat melihat bahwa waktu pelayanan yang dibutuhkan untuk setiap layanan belum tertata sesuai jadwal dan belum terinformasi secara komprehensif. Hal ini menjadi acuan RSUD Kabupaten Sumedang untuk menyusun waktu layanan yang pasti dan konsisten dalam membuka layanan selama waktu layanan masih diberikan.

- RSUD telah berjuang memenuhi segala kekurangan baik yang bersifat layanan maupun informasi baik secara langsung melalui edukasi dan informasi maupun secara distribusi informasi melalui sosial media
- Hal tersebut diharapkan masyarakat bisa mendapatkan informasi terkait rumah sakit khususnya tentang waktu dan jenis layanan sebelum datang ke rumah sakit

e. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Anggaran program yang mendukung capaian kinerja Persentase IKM Rumah Sakit tahun 2022 sebesar Rp. 236.631.032.904 yang terdiri dari 2 program. Sedangkan realisasi sampai dengan triwulan IV sebesar Rp. 229.463.930.816 atau 96,67%.

Tabel 3.12
Realisasi Anggaran Program Pendukung Pencapaian Kinerja
Persentase IKM Rumah Sakit Tahun 2022

Program	Anggaran	Realisasi	%
1) Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan Dan Upaya Kesehatan Masyarakat	Rp. 18.899.775.969	Rp. 16.511.905.274	87,37 %
2) Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota	Rp. 217.731.256.935	Rp. 212.952.025.542	97,80%
Jumlah	Rp.236.631.032.904	Rp. 229.463.930.816	96,67%

Tingkat efisiensi penggunaan sumber daya (anggaran) dalam pencapaian kinerja Persentase IKM Rumah Sakit Tahun 2022 tidak dapat dihitung karena capaian kinerja kurang dari 100%.

Tabel 3.13
Efisiensi Penggunaan Sumber Daya dalam Pencapaian Kinerja
Persentase IKM Rumah Sakit Tahun 2022

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja Sasaran	Capaian Kinerja Sasaran	Capaian Realisasi Anggaran Program	Efisiensi	Keterangan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5) = (3) – (4)	(6)
Meningkatnya akses dan cakupan mutu layanan kesehatan	IKM Rumah Sakit	91,67%	96,67%	-5 %	Tidak Efisien

3.2 Realisasi Anggaran Tahun 2022

Realisasi anggaran program/kegiatan Triwulan IV Tahun Anggaran 2022 dalam menunjang capaian indikator kinerja sasaran strategis adalah sebesar 96,67 %, dengan rincian sebagai berikut :

Tabel 3.14
Realisasi Anggaran Program dan Kegiatan
Sampai dengan Triwulan IV Tahun 2022

Sasaran Strategis	Indikator Sasaran	Program/Kegiatan	Anggaran (Rp)	Realisasi (Rp)	Persentase Realisasi (%)	Sisa Anggaran (Rp)
Meningkatnya akses dan cakupan mutu layanan kesehatan	Akreditasi Rumah Sakit Sesuai standar Nasional	Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan Dan Upaya Kesehatan Masyarakat	Rp. 18.899.775.969	Rp. 16.511.905.274	87,37 %	Rp. 4.779.231.393
	IKM Rumah Sakit	Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota	Rp. 217.731.256.935	Rp. 212.952.025.542	97,80%	Rp. 19.372.007.103
Total			<u>Rp.236.631.032.904</u>	<u>Rp. 229.463.930.816</u>	96,67%	<u>Rp. 7.167.102.088</u>

Sedangkan pada tahun sebelumnya (2021) sampai dengan Triwulan IV realisasi anggaran sebesar 97,57 %, dengan rincian sebagaimana tercantum pada tabel di bawah ini :

Tabel 3.15
Realisasi Anggaran Program dan Kegiatan
Tahun Sebelumnya (2021) sampai dengan Triwulan IV

Sasaran Strategis	Indikator Sasaran	Program/Kegiatan	Anggaran (Rp)	Realisasi (Rp)	Persentase Realisasi (%)	Sisa Anggaran (Rp)
Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan rumah sakit	Cakupan pelayanan kesehatan rujukan sesuai kewenangan kelas B	Program pengadaan, peningkatan sarana dan prasarana rumah sakit/rumah sakit jiwa/rumah sakit paru-paru/rumah sakit mata	Rp. 20.681.113.955	Rp. 19.425.635.017	93,93%	Rp.1.255.478.938
	<ol style="list-style-type: none"> 1. IKM Rumah Sakit 2. Pencapaian Indikator mutu pelayanan di Rumah Sakit 3. Nilai sakiip perangkat daerah 4. Tingkat penyerapan anggaran 5. Jumlah Inovasi 6. Indeks pembangunan zona integritas 	Program Pelayanan Kesehatan pada BLUD-RSUD	Rp.210.577.457.657	Rp.206.222.715.514	98 %	Rp. 4.354.742.143
Total			Rp. 231.258.571.612	Rp. 225.648.350.531	97,57%	Rp.5.610.221.081

Dengan demikian, pada Triwulan IV tahun 2022 terjadi penurunan-realisis anggaran sebesar 0,9 %.

BAB IV

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Secara umum capaian kinerja Rumah Sakit Umum daerah Kabupaten Sumedang Tahun 2022 rata-rata sebesar 97,47 % (Sangat Tinggi), dengan rincian sebagai berikut :

- 1) Akreditasi Rumah Sakit Sesuai standar Nasional sebesar 103,20% (Sangat Tinggi).
- 2) Capaian kinerja IKM Rumah Sakit sebesar 91,67 % (Sangat Tinggi)

Capaian kinerja sampai dengan triwulan IV tahun 2022 meningkat dari tahun sebelumnya, dimana pada tahun 2021 capaian kinerja Rumah Sakit Umum daerah Kabupaten Sumedang sebesar 92,43 % atau terjadi peningkatan kinerja sebesar 5 %.

4.2 Perbaikan Kedepan

Berdasarkan hasil analisis terhadap faktor penghambat dan pendukung capaian kinerja sampai dengan triwulan IV tahun 2022, maka rencana perbaikan kedepan adalah sebagai berikut :

Meskipun capaian kinerja secara umum telah memenuhi standar, namun realisasi kinerjanya belum memenuhi target. Untuk itu perlu dilakukan langkah-langkah strategis untuk meningkatkan realisasi kinerja dalam hal aspek keuangan dengan cara mengembangkan pelayanan dan menciptakan inovasi dalam pelayanan untuk meningkatkan pendapatan, menggunakan kas secara efisien dengan cara meningkatkan kualitas perencanaan pengadaan barang dan mengontrol distribusi barang serta meningkatkan proses penagihan klaim pasien.

Upaya-upaya yang dilakukan dalam mendorong pencapaian target kinerja dan sasaran strategis yang telah ditetapkan, RSUD Kabupaten Sumedang memanfaatkan hasil evaluasi tahun sebelumnya untuk perbaikan kinerja terutama meningkatkan kualitas layanan RSUD Kabupaten Sumedang baik itu dari sisi peningkatan pemenuhan alat kesehatan/kedokteran sesuai standar, meningkatkan kompetensi SDM fungsional, perbaikan terhadap perencanaan dan penganggaran. Laporan kinerja tahun 2022 ini diharapkan dapat menyajikan informasi

kinerja RSUD Kabupaten Sumedang secara memadai kepada publik, baik terhadap kinerja maupun akuntabilitas.

Demikian Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKIP) Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sumedang sampai dengan Triwulan IV Tahun 2022, disusun sebagai bentuk pertanggungjawaban dan menjadi bahan evaluasi untuk peningkatan kinerja selanjutnya.

Sumedang, 06 Januari 2023



Dr. dr. H. Aceng Solahudin Ahmad, M.Kes
NIP. 19680612 200112 1 005