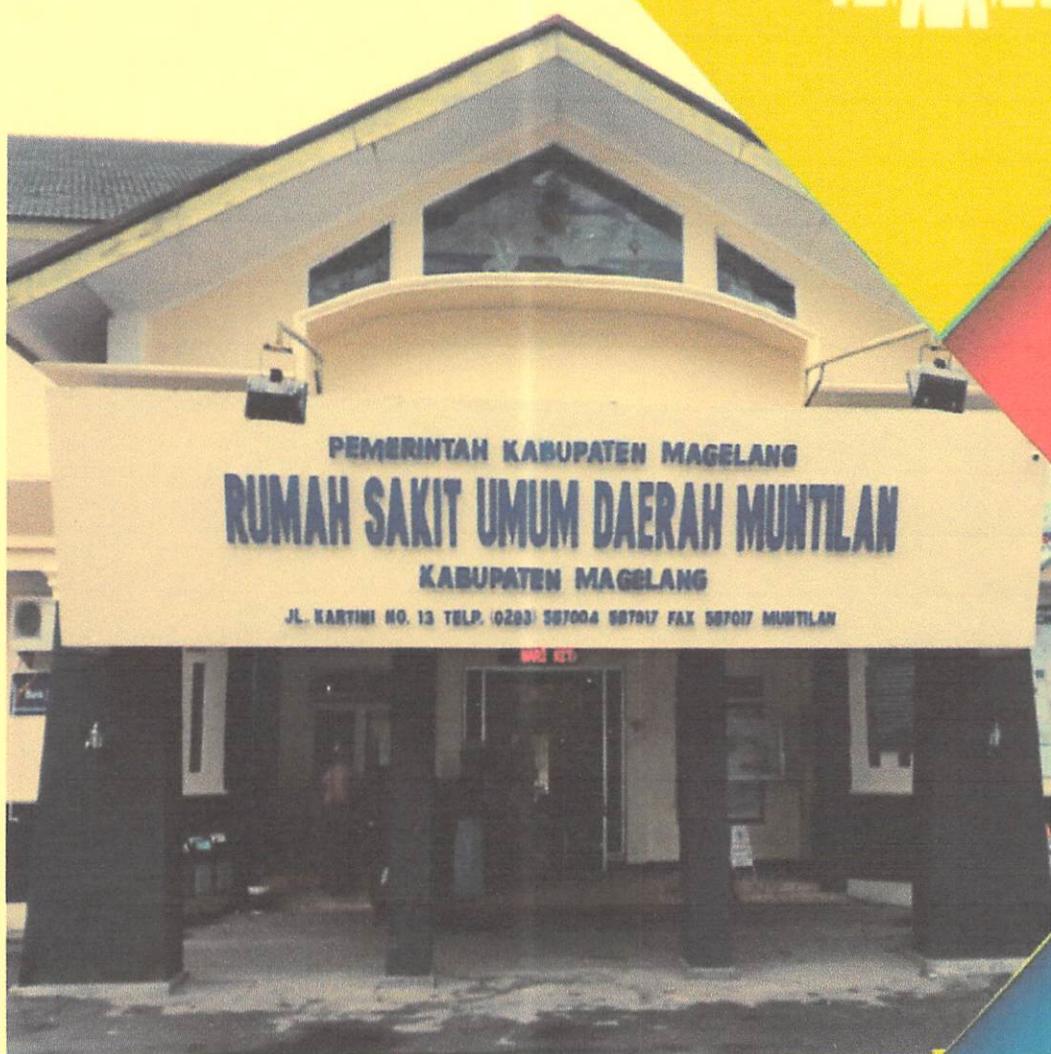


**LAPORAN KINERJA
INSTANSI PEMERINTAH
(LKjIP)
TAHUN 2017**



**RSUD MUNTILAN
KABUPATEN MAGELANG**

**LAPORAN KINERJA INSTANSI PEMERINTAH
(LKjIP)**

**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MUNTILAN
KABUPATEN MAGELANG
TAHUN 2017**



**Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan Kabupaten Magelang
Jl. Kartini No. 13 Muntilan
Februari, 2018**

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah rabbil 'alamiin, puji syukur ke hadirat Allah SWT atas rahmat dan karunia-Nya, kami dapat menyelesaikan penyusunan Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Muntilan Tahun 2017 sebagai salah satu bentuk pertanggungjawaban atas pelaksanaan kinerja yang telah ditetapkan.

Laporan Kinerja Instansi Pemerintah merupakan bentuk komitmen nyata dalam mengimplementasikan Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) yang baik sebagaimana diamanatkan dalam Instruksi Presiden Nomor 29 tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah dan Peraturan Menteri Negara 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.

Penyusunan LKjIP dimaksudkan untuk memberikan informasi kepada publik terkait capaian kinerja RSUD Muntilan tahun 2016 dalam pelaksanaan tugas pokok dan fungsinya beserta kendala dan hambatan yang dihadapi sebagai bahan evaluasi dan perbaikan perencanaan di tahun berikutnya.

Kami ucapkan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan LKjIP ini. Kritik dan saran yang membangun sangat kami harapkan untuk penyempurnaan LKjIP RSUD Muntilan di tahun mendatang. Semoga LKjIP ini bermanfaat bagi pihak-pihak yang berkepentingan khususnya untuk peningkatan kinerja di masa mendatang.

Muntilan, 28 Februari 2018
Direktur RSUD Muntilan
Kabupaten Magelang



dr. M. SYUKRI, MPH
Pembina Tingkat I
NIP. 19660115 199603 1 003

RINGKASAN EKSEKUTIF

Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) RSUD Muntilan merupakan gambaran tentang kinerja penyelenggaraan pemerintahan sesuai dengan tugas pokok dan fungsi RSUD Muntilan serta mempertanggungjawabkan program dan kegiatan kepada pihak-pihak yang berkepentingan (*stake holder*).

Penyelenggaraan pemerintahan dan pembangunan daerah di RSUD Muntilan mengacu pada Perjanjian Kinerja tahun 2017 yang memuat sasaran yang ingin dicapai tahun 2017 beserta target kinerjanya. Dalam pencapaian sasaran tersebut telah ditetapkan kebijakan, indikator kinerja sasaran serta program dan kegiatan yang bersifat operasional.

Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) ini mengungkapkan keberhasilan dan atau kegagalan pelaksanaan program dan kegiatan serta hambatan/masalah yang dijumpai serta pemecahan masalah yang akan dilaksanakan di tahun mendatang agar sasaran yang ditetapkan dapat tercapai sesuai dengan yang direncanakan.

Berdasarkan dokumen Perjanjian Kinerja RSUD Muntilan tahun 2017 telah ditetapkan 4 (empat) sasaran dengan 5 (lima) dan ditetapkan sebagai Indikator Kinerja Utama (IKU). Pengukuran terhadap capaian indikator kinerja dibagi menjadi 5 (lima) kategori dalam skala ordinal yaitu: capaian $91\% \leq 100\%$ dengan predikat capaian kinerja Sangat Tinggi; $76\% \leq 90\%$ predikat Tinggi; $66\% \leq 75\%$ predikat Cukup Tinggi; $51\% \leq 65\%$ predikat Rendah dan $< 50\%$ predikat Sangat Rendah.

Berdasarkan hasil pengukuran realisasi terhadap target kinerja 4 (empat) sasaran disimpulkan bahwa 2 (dua) atau 50% sasaran tercapai dengan predikat "Sangat Tinggi", 1 (satu) atau 25% sasaran "Tinggi" dan 1 (satu) atau 25% sasaran "Sangat Rendah". Dari 4 (empat) sasaran tersebut ditetapkan 5 (lima) indikator kinerja dengan rata-rata capaian 77,37% indikator kinerja dengan predikat capaian kinerja "Tinggi". Terdapat 1 (satu) indikator kinerja dengan predikat capaian sangat rendah yaitu berhasil yaitu indikator karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun.

Sesuai Perubahan APBD tahun anggaran 2017 RSUD Muntilan mengelola anggaran belanja langsung untuk pelaksanaan program/kegiatan pendukung pencapaian sasaran sebesar Rp. 86.785.995.561,- dengan realisasi keuangan Rp. 66.104.867.023 atau 77,17%.

Berdasarkan analisis efisiensi penggunaan sumber daya dalam mencapai sasaran yang dilakukan dengan cara membandingkan antara persentase realisasi penyerapan anggaran

dengan rata-rata capaian kinerja sasaran, disimpulkan bahwa dari 4 (empat) sasaran hanya 1 (satu) pelaksanaan program/kegiatan pencapaian sasaran dengan menggunakan sumber daya secara efisien yaitu pada sararan-2: Terwujudnya Pengelolaan Sumber Daya RS yang Profesional dan Akuntabel dengan tingkat efisiensi 20,69%. Sumber daya dalam pelaksanaan program/kegiatan pada 3 (tiga) sasaran belum digunakan secara efisien karena capaian kinerja sasaran masih di bawah 100%.

BAB I PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) merupakan bentuk akuntabilitas dari pelaksanaan tugas dan fungsi yang dipercayakan kepada setiap instansi pemerintah atas penggunaan anggaran. Hal terpenting yang diperlukan dalam penyusunan laporan kinerja adalah pengukuran kinerja dan evaluasi serta pengungkapan secara memadai atas hasil analisis terhadap pengukuran kinerja. Pelaporan kinerja merupakan salah satu penyelenggaraan Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP).

Dalam rangka mewujudkan penyelenggaraan pemerintahan yang berdaya guna, berhasil guna, bersih dan bertanggungjawab serta sebagai wujud pertanggungjawaban instansi pemerintah yang baik, maka perlu disusun laporan kinerja disetiap tahunnya. Laporan kinerja merupakan bentuk akuntabilitas dari pertanggungjawaban kinerja yang telah disepakati dalam Perjanjian Kinerja.

Sehubungan dengan hal tersebut di atas maka RSUD Muntilan berkewajiban menyampaikan Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) kepada Bupati Magelang selaku pemberi mandat. Penyusunan LKjIP tahun 2017 merujuk pada Rencana Strategis RSUD Muntilan dan Penetapan Kinerja yang telah disepakati tahun 2017 oleh Direktur RSUD Muntilan dengan Bupati Magelang.

Penyusunan LKjIP dimaksudkan untuk memenuhi kewajiban pelaporan kepada Bupati Magelang, dan bertujuan untuk:

1. Memberikan informasi kinerja yang terukur kepada Bupati Magelang selaku pemberi mandat atas kinerja yang telah dan seharusnya dicapai oleh RSUD Muntilan.
2. Sebagai upaya perbaikan berkesinambungan bagi RSUD Muntilan selaku instansi pemerintah untuk meningkatkan kinerjanya.

1.2. Landasan Hukum

Landasan hukum penyusunan LKjIP RSUD Muntilan Tahun 2017 adalah sebagai berikut:

1. Undang Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan
2. Undang Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit
3. Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.
4. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja

dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah.

5. Peraturan Daerah Nomor 30 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah dan Satuan Polisi Pamong Praja.
6. Peraturan Bupati Magelang Nomor 14 Tahun 2009 tentang Rincian Tugas Jabatan Struktural pada RSUD Muntilan.
7. Peraturan Bupati Nomor 16 Tahun 2014 tentang Rencana Penerapan dan Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan Kabupaten Magelang

1.3. Aspek Strategik Organisasi

1.3.1. Visi Misi

Visi pembangunan Kabupaten Magelang yang ditetapkan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJMD) Kabupaten Magelang tahun 2014 – 2019 yaitu: "Terwujudnya Kabupaten Magelang yang Semakin Semanah (Sejahtera, Maju dan Amanah). Unsur visi pembangunan daerah yang terkait dengan tugas dan fungsi RSUD Muntilan adalah "Sejahtera". Visi sejahtera ini akan dicapai melalui peningkatan kualitas sumber daya manusia dan kehidupan beragama serta membangun perekonomian daerah berbasis potensi lokal yang berdaya saing.

Pelaksanaan pembangunan untuk peningkatan kualitas sumber daya manusia dan kehidupan beragama ditetapkan dalam misi pertama pembangunan Kabupaten Magelang yaitu "Mewujudkan Peningkatan Kualitas Sumber Daya Manusia dan Kehidupan Beragama". Misi ini didukung oleh 10 (sepuluh) urusan salah satunya yaitu urusan kesehatan. Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan merupakan salah satu institusi yang mengampu urusan kesehatan.

1.3.2. Tugas Pokok, Fungsi dan Struktur Organisasi

Sebagaimana Peraturan Daerah Nomor 30 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah dan Satuan Polisi Pamong Praja sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Magelang Nomor 4 Tahun 2011 tentang Perubahan Atas Perda Nomor 30 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah dan Satuan Polisi Pamong Praja, RSUD Muntilan mempunyai tugas pokok menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.

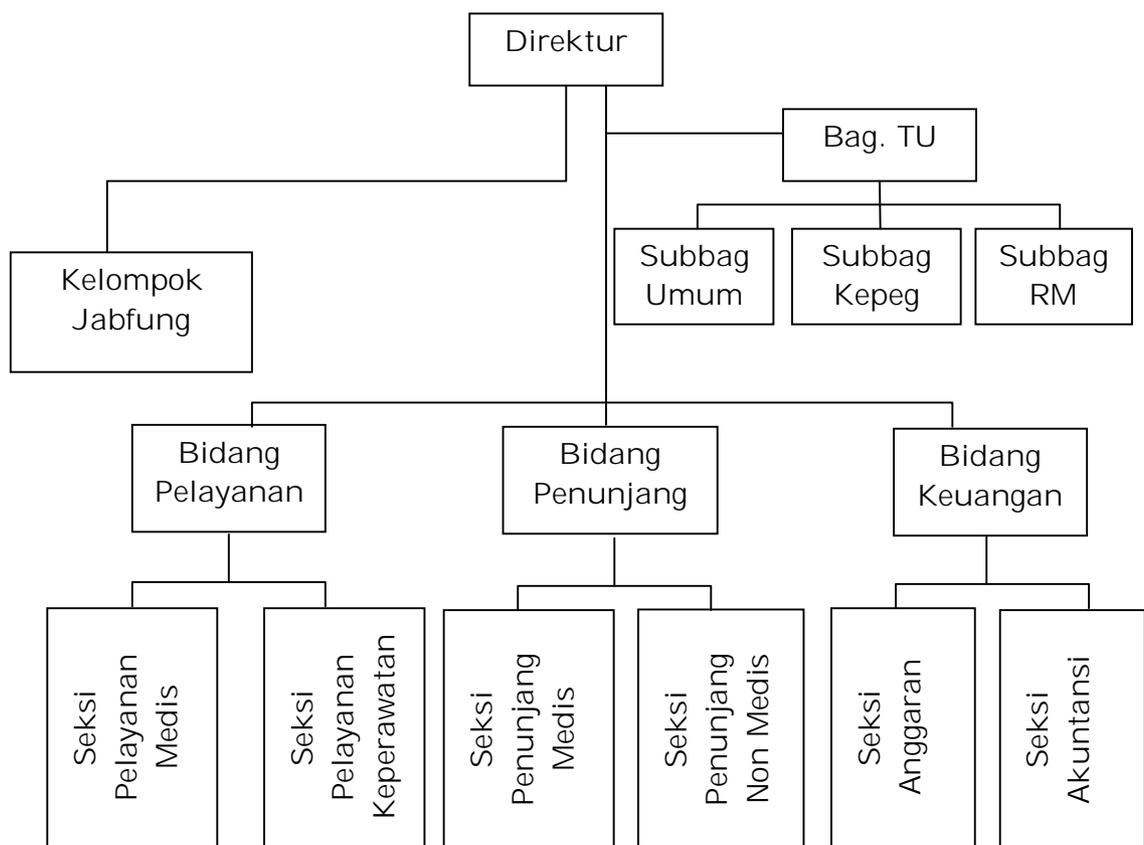
Adapun berdasarkan Peraturan Bupati Magelang Nomor 14 Tahun 2009 tentang Rincian Tugas Jabatan Struktural pada RSUD Muntilan, RSUD Muntilan menjalankan fungsi:

1. Perumusan kebijakan teknis sesuai dengan lingkup tugasnya.
2. Pemberian dukungan atas penyelenggaraan pemerintahan daerah sesuai dengan lingkup tugasnya.
3. Pembinaan dan pelaksanaan tugas sesuai dengan lingkup tugasnya.
4. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Bupati sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Susunan organisasi RSUD Muntilan sesuai Peraturan Daerah nomor 30 tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah dan Satuan Polisi Pamong Praja terdiri dari:

1. Direktur
2. Bagian Tata Usaha, membawahkan:
 - a. Subbagian Umum
 - b. Subbag Kepegawaian
 - c. Subbag Rekam Medik
3. Bidang Pelayanan, membawahkan:
Seksi Pelayanan Medis
Seksi Pelayanan Keperawatan
4. Bidang Penunjang, membawahkan:
 - a. Seksi Penunjang Medis
 - b. Seksi Penunjang Non Medis
5. Bidang Keuangan, membawahkan:
 - a. Seksi Anggaran
 - b. Seksi Akuntansi

Adapun bagan struktur organisasi RSUD Muntilan Kabupaten Magelang adalah sebagai berikut (gambar 1.1):



Gambar 1.1. Bagan Struktur Organisasi RSUD Muntilan Kabupaten Magelang

1.3.3. Peran Strategis RSUD Muntilan

Sesuai amanat Undang Undang nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, RSUD Muntilan sebagai institusi penyelenggara pelayanan kesehatan memiliki peran yang sangat strategis dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan. Sebagai sarana pelayanan publik di bidang kesehatan, RSUD Muntilan memiliki peran yang sangat strategis dalam upaya mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat di Kabupaten Magelang. Peran strategis ini diperoleh karena Rumah Sakit dituntut menjalankan multi fungsi pelayanan kesehatan yaitu sebagai pusat rujukan pelayanan medik, Pelayanan non medik, Pelayanan penunjang medik, pelayanan rehabilitasi medik dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

Peran multi fungsi tersebut menjadi tantangan bagi pelaku pembangunan bidang kesehatan mengingat timbulnya perubahan epidemiologi penyakit, perubahan struktur demografis, perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, perubahan struktur sosio-ekonomi masyarakat, tuntutan akan pelayanan yang lebih bermutu, ramah, dan sanggup memenuhi kebutuhan mereka yang

menuntut perubahan pola pelayanan kesehatan di Kabupaten Magelang khususnya pelayanan rumah sakit.

1.3.4. Permasalahan Utama Organisasi

Permasalahan utama yang dihadapi RSUD Muntilan dalam menjalankan tugas pokok dan fungsinya meliputi faktor internal dan eksternal yaitu:

1. Faktor Internal

- a. Jumlah dan jenis SDM masih kurang dan belum sepenuhnya sesuai standar kelas Rumah Sakit (Permenkes Nomor 56 tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perijinan Rumah Sakit).
- b. Sarana dan prasarana pendukung pelayanan RS masih kurang dan belum sepenuhnya sesuai standar kelas Rumah Sakit.
- c. Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit belum sepenuhnya terintegrasi.

2. Faktor Eksternal

- a. Letak Geografis RSUD Muntilan berada ujung Tenggara Kabupaten Magelang sehingga hanya 10 Kecamatan Kabupaten Magelang bagian Timur yang menjadi *catchment area* pelayanan Rumah Sakit.
- b. RSUD Muntilan berada kawasan rawan bencana Gunung Merapi dan berada di Bantaran Sungai Kali Lamat yang berhulu di Gunung Merapi
- c. Semakin terbatasnya pengembangan sarana prasarana rumah sakit karena wilayah RSUD Muntilan masuk dalam kawasan Taman Nasional Gunung Merapi (Perpres Nomor 70 Tahun 2014 tentang Rencana Tata Ruang Kawasan Taman Nasional Gunung Merapi).
- d. Persaingan pelayanan rumah sakit karena luasnya wilayah Kabupaten Magelang dan di tengah-tengahnya terletak wilayah Kota Magelang yang memiliki beberapa rumah sakit baik pemerintah maupun swasta.

1.4. Sistematika Penyusunan LKJIP

Laporan Kinerja Instansi Pemerintah pada RSUD Muntilan disusun dengan sistematika sebagai berikut:

BAB I. PENDAHULUAN

Bagian ini memuat penjelasan umum organisasi dengan penekanan kepada aspek strategis organisasi serta permasalahan utama (*strategic issued*) yang dihadapi RSUD Muntilan.

BAB II. PERENCANAAN KINERJA

Pada bagian ini disajikan uraian ringkasan/ikhtisar perjanjian kinerja RSUD Muntilan tahun 2017.

BAB III. AKUNTABILITAS KINERJA

Pada bagian ini disajikan capaian kinerja RSUD Muntilan untuk setiap pernyataan kinerja sasaran strategis organisasi sesuai dengan hasil pengukuran kinerja organisasi beserta analisis capaian kerjanya dan realisasi anggaran yang telah digunakan untuk mewujudkan kinerja organisasi.

BAB IV. PENUTUP

Bagian ini memuat simpulan umum atas capaian kinerja organisasi serta langkah di masa datang yang akan dilakukan organisasi untuk meningkatkan kerjanya.

LAMPIRAN-LAMPIRAN

BAB II PERENCANAAN KINERJA

2.1. Indikator Kinerja Utama

Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan merupakan salah satu pengampu urusan kesehatan. Berdasarkan urusan dan program yang diampu, RSUD Muntilan mendukung pencapaian misi pertama Kabupaten Magelang yang tercantum dalam RPJMD yaitu "Mewujudkan Peningkatan Kualitas Sumber Daya Manusia dan Kehidupan Beragama". Guna mendukung pencapaian misi tersebut RSUD Muntilan menetapkan tujuan dan sasaran yang tertuang dalam Renstra RSUD Muntilan Tahun 2014-2019.

Pencapaian tujuan dan sasaran yang dinilai dari capaian indikator kinerja yang telah ditetapkan. Sebanyak 5 (lima) indikator kinerja sasaran RSUD Muntilan seluruhnya menjadi Indikator Kinerja Utama (IKU) RSUD Muntilan.

Tabel. 2.1. Indikator Kinerja Utama RSUD Muntilan Tahun 2014-2019

| No. | Indikator Kinerja Utama | Cara Perhitungan | Target | | | | | |
|-----|---|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | | | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| 1. | Kepuasan pelanggan RS | Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yg disurvei dibagi total pasien yg disurvei kali 100 | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% |
| 2. | <i>Cost recovery</i> | Jumlah pendapatan fungsional rumah sakit dibagi jumlah pembelanjaan operasional kali 100 | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 3. | Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun | Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun dibagi jumlah seluruh karyawan kali 100 | 60% | 60% | 60% | 60% | 60% | 60% |
| 4. | Rata-rata kunjungan rawat jalan per hari | Jumlah kunjungan poliklinik dibagi jumlah hari buka klinik | 325 kunj. |

| No. | Indikator Kinerja Utama | Cara Perhitungan | Target | | | | | |
|-----|---------------------------------|--|--------|------|------|------|------|------|
| | | | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| 5. | <i>Bed Occupancy Rate (BOR)</i> | Jumlah hari perawatan rumah sakit dibagi (jumlah TT kali jumlah hari rawat) kali 100 | 77% | 77% | 77% | 77% | 77% | 77% |

2.2. Perjanjian Kinerja

Penyusunan perjanjian kinerja tahun 2017 mengacu pada Rencana Strategis (Renstra) RSUD Muntilan tahun 2014-2019. Secara garis besar perjanjian kinerja tahun 2017 meliputi 4 (empat) sasaran. Pengukuran pencapaian sasaran tersebut dilakukan melalui 5 (lima) indikator kinerja sasaran beserta targetnya. Perjanjian kinerja telah ditetapkan secara berjenjang mulai dari eselon III dan eselon IV. Perjanjian Kinerja RSUD Muntilan tahun 2017 beserta program dan kegiatan, serta anggaran program dan kegiatan pendukung pencapaian sasaran sebagaimana tabel 2.2, 2.3 dan 2.4 berikut:

Tabel. 2.2. Perjanjian Kinerja RSUD Muntilan Kabupaten Magelang Tahun 2017

| No. | SASARAN STRATEGIS | INDIKATOR KINERJA | TARGET |
|-----|---|---|-----------|
| 1. | Meningkatnya mutu pelayanan di setiap unit pelayanan RS | 1. Kepuasan Pelanggan Rumah Sakit | 80% |
| 2. | Terwujudnya pengelolaan sumber daya RS yang professional dan akuntabel | 2. <i>Cost Recovery</i> | 100% |
| 3. | Meningkatnya Profesionalisme SDM di setiap unit pelayanan RS sesuai bidang tugasnya | 3. Karyawan Mendapat Pelatihan Minimal 20 jam Setahun | 60% |
| 4. | Meningkatnya cakupan pelayanan rawat jalan, rawat inap dan penunjang | 4. Rata-rata Kunjungan Rawat Jalan per Hari | 325 kunj. |
| | | 5. <i>Bed Occupancy Rate (BOR)</i> | 77% |

Tabel 2.3. Jumlah Anggaran Per Program & Kegiatan Dalam Pelaksanaan Perjanjian Kinerja RSUD Muntilan Kabupaten Magelang Tahun 2017

| No. | PROGRAM | ANGGARAN (Rp) |
|-----|---|----------------|
| 1. | Program Pengadaan, Peningkatan Sarpras RS/Jiwa/ Paru/Mata | 9.609.261.900 |
| 2. | Program Manajemen Pelayanan Kesehatan Masyarakat | 77.176.733.661 |
| | Jumlah Anggaran | 86.785.995.561 |

Perjanjian kinerja RSUD Muntilan dilaksanakan hanya melalui 2 (dua) program. Khusus untuk belanja operasional Rumah Sakit diakomodir dalam satu program dan satu kegiatan. Pemetaan program, kegiatan dan anggaran per sasaran sebagai berikut (tabel 2.4).

Tabel 2.4. Pemetaan Program, Kegiatan dan Anggaran Per Sasaran Strategis RSUD Muntilan Kabupaten Magelang Tahun 2017

| No. | SASARAN STRATEGIS | INDIKATOR KINERJA | TARGET | PROGRAM & KEGIATAN | ANGGARAN (Rp) | % |
|-----|---|---|--------|--|-----------------------|--------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1. | Meningkatnya mutu pelayanan di setiap unit pelayanan RS | 1. Kepuasan Pelanggan Rumah Sakit | 80% | Program Manajemen Pelayanan Kesehatan Masyarakat: | 57.808.093.261 | 66,61 |
| | | | | - Peningkatan Mutu Pelayanan RS BLUD: Biaya pelayanan & pendukung pelayanan RS | 57.733.583.761 | 66,52 |
| | | | | Verifikasi Akreditasi RS | 74.509.500 | 0,09 |
| 2. | Terwujudnya pengelolaan sumber daya RS yang professional dan akuntabel | 2. <i>Cost Recovery</i> | 100% | Program Pengadaan, Peningkatan Sarpras RS/Jiwa/ Paru/Mata: | 400.000.000 | 0,46 |
| | | | | - Pengembangan & Pemeliharaan SIMRS | 400.000.000 | 0,46 |
| | | | | Program Manajemen Pelayanan Kesehatan Masyarakat: | 92.000.000 | 0,11 |
| | - Peningkatan Mutu Pelayanan RS BLUD: Biaya Pemeliharaan Teknologi Informasi | 27.000.000 | 0,03 | | | |
| | Biaya Pengadaan Komputer | 65.000.000 | 0,07 | | | |
| 3. | Meningkatnya Profesionalisme SDM di setiap unit pelayanan RS sesuai bidang tugasnya | 3. Karyawan Mendapat Pelatihan Minimal 20 jam Setahun | 60% | Program Manajemen Pelayanan Kesehatan Masyarakat: | 350.000.000 | 0,40 |
| | | | | - Peningkatan Mutu Pelayanan RS BLUD: Biaya Kursus, Pelatihan, Sosialisasi | 350.000.000 | 0,40 |

| No. | SASARAN STRATEGIS | INDIKATOR KINERJA | TARGET | PROGRAM & KEGIATAN | ANGGARAN (Rp) | % |
|-------------------------|--|---|-----------|--|-----------------------|--------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. | Meningkatnya cakupan pelayanan rawat jalan, rawat inap dan penunjang | 4. Rata-rata Kunjungan Rawat Jalan per Hari | 325 kunj. | Program Pengadaan, Peningkatan Sarpras RS/Jiwa/ Paru/Mata: - Pengembangan Ruang Rawat Inap dan Sarpras Pendukung Pelayanan pasien Dampak Rokok (DBHCHT) - Pengadaan Sarpras Pendukung Pelayanan RS (DAK) - Pengadaan Peralatan Kesehatan (Silpa DAK 2016) | 9,209,261,900 | 10,61 |
| | | 5. <i>Bed Occupancy Rate (BOR)</i> | 77% | | 5,744,418,000 | 6,62 |
| | | | | | 3,145,919,000 | 3,62 |
| | | | | | 318,924,900 | 0,37 |
| | | | | Program Manajemen Pelayanan Kesehatan Masyarakat: - Peningkatan Mutu Pelayanan RS BLUD: Biaya Promosi dan Media Cetak | 18.926.640.400 | 21,81 |
| | | | | Biaya Pemeliharaan | 75.000.000 | 0,09 |
| | | | | Biaya Pengadaan Tanah | 948.567.000 | 1,09 |
| | | | | Biaya Pembangunan Gedung & Bangunan | 2.266.000.000 | 2,61 |
| | | | | | 15.637.073.400 | 18,02 |
| Jumlah Anggaran Program | | | | | 86.785.995.561 | 100 |

Perjanjian Kinerja RSUD Muntilan tahun 2017 secara rinci dapat dilihat pada lampiran 1.

BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

Akuntabilitas kinerja Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan adalah wujud pertanggungjawaban secara transparan tentang pelaksanaan kinerja RSUD Muntilan berdasarkan Penetapan Kinerja tahun 2017 kepada pihak-pihak yang berwenang menerima pelaporan akuntabilitas sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Negara 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.

Pengukuran kinerja merupakan hasil dari penilaian yang sistematis dan didasarkan pada kelompok indikator kinerja kegiatan berupa masukan, keluaran dan hasil. Penilaian dimaksud tidak terlepas dari kegiatan mengolah masukan untuk diproses menjadi keluaran penting dan berpengaruh terhadap pencapaian tujuan dan sasaran.

3.1. Capaian Kinerja Organisasi

3.1.1. Target dan Realisasi Kinerja Sasaran Tahun 2017

Indikator kinerja merupakan dasar pengukuran terhadap keberhasilan pencapaian tujuan dan sasaran strategis yang telah ditetapkan. Karakteristik indikator kinerja RSUD Muntilan bersifat positif yaitu semakin tinggi realisasi menggambarkan pencapaian yang semakin baik, dan bersifat negatif yaitu semakin rendah realisasi akan menggambarkan pencapaian yang semakin baik.

Cara penyimpulan hasil pengukuran kinerja pencapaian sasaran strategis dilakukan dengan membuat capaian rata-rata atas capaian indikator kinerja sasaran. Predikat nilai capaian kinerja dikelompokkan dalam skala pengukuran ordinal sebagai berikut (tabel 3.1).

Tabel. 3.1. Predikat Nilai Capaian Kinerja

| No. | Interval Nilai Capaian Kinerja | Predikat Nilai Capaian Kinerja |
|-----|--------------------------------|--------------------------------|
| 1. | $91\% \leq 100\%$ | Sangat Tinggi |
| 2. | $76\% \leq 90\%$ | Tinggi |
| 3. | $66\% \leq 75\%$ | Cukup Tinggi |
| 4. | $51\% \leq 65\%$ | Rendah |
| 5. | $\leq 50\%$ | Sangat Rendah |

Nilai capaian kinerja lebih dari 100% masuk dalam kategori sangat tinggi, sedangkan apabila kurang dari 0% masuk dalam kategori sangat rendah.

Selanjutnya berdasarkan hasil evaluasi kinerja dilakukan analisis pencapaian kinerja untuk memberikan informasi yang lebih transparan atas ketercapaian atau tidaknya kinerja yang diharapkan.

Capaian kinerja sasaran diperoleh berdasarkan indikator kinerja sasaran. Perumusan indikator kinerja sasaran lebih difokuskan pada indikator kinerja makro serta indikator kinerja sasaran strategis. Capaian kinerja masing-masing indikator sasaran tahun 2017 adalah sebagaimana tabel 3.2 berikut.

Tabel. 3.2. Realisasi Sasaran Strategis RSUD Muntilan Tahun 2017

| No. | SASARAN STRATEGIS | INDIKATOR KINERJA SASARAN | TARGET | REALISASI | % |
|-----|---|---|---------------|---------------|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. | Meningkatnya mutu pelayanan di setiap unit pelayanan RS | 1. Kepuasan Pelanggan Rumah Sakit | 80% | 78,82% | 98,53 |
| 2. | Terwujudnya pengelolaan sumber daya RS yang professional dan akuntabel | 2. <i>Cost Recovery</i> | 100% | 104% | 104 |
| 3 | Meningkatnya Profesionalisme SDM di setiap unit pelayanan RS sesuai bidang tugasnya | 3. Karyawan Mendapat Pelatihan Minimal 20 jam Setahun | 60% | 6.23% | 10.38 |
| 4. | Meningkatnya cakupan pelayanan rawat jalan, rawat inap dan penunjang | 4. Rata-rata Kunjungan Rawat Jalan per Hari | 325 Kunjungan | 270 Kunjungan | 83,08 |
| | | 5. <i>Bed Occupancy Rate (BOR)</i> | 77% | 69,97% | 90,87 |

Adapun predikat pencapaian kinerja sasaran dirinci dalam tabel sebagai berikut (tabel 3.3).

Tabel. 3.3. Predikat Capaian Kinerja Sasaran RSUD Muntilan Tahun 2017

| No. | Sasaran | Jumlah Indikator | Rata-rata capaian | Predikat Capaian Kinerja | | | | |
|-----|---|------------------|-------------------|--------------------------|-----------|-----------|-----------|---------------|
| | | | | ≤ 50% | 51% ≤ 65% | 66% ≤ 75% | 76% ≤ 90% | 91% ≥ 100% |
| 1. | Meningkatnya mutu pelayanan di setiap unit pelayanan RS | 1 | 98,53 | | | | | Sangat Tinggi |
| 2. | Terwujudnya pengelolaan sumber daya RS yang profesional dan akuntabel | 1 | 104 | | | | | Sangat Tinggi |
| 3. | Meningkatnya profesionalisme SDM di setiap unit pelayanan RS sesuai bidang tugasnya | 1 | 10,38 | Sangat Rendah | | | | |
| 4. | Meningkatnya cakupan pelayanan rawat jalan, rawat inap dan penunjang | 2 | 86,96 | | | | Tinggi | |

3.1.2. Realisasi Kinerja Pelayanan Rumah Sakit

Realisasi kinerja sasaran Meningkatkan Mutu Pelayanan di Setiap Unit Pelayanan RS didukung oleh kinerja pelayanan rumah sakit. Indikator kinerja pelayanan rumah sakit secara khusus diukur menggunakan indikator Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit (SPMRS) yang ditetapkan melalui Peraturan Bupati Nomor 16 Tahun 2014 tentang Rencana Penerapan dan Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan Kabupaten Magelang. Realisasi Kinerja pelayanan rumah sakit sebagaimana tabel 3.4 berikut.

Tabel 3.4 Realisasi Capaian Kinerja Pelayanan sesuai SPMRS RSUD Muntilan Tahun 2017

| No | Indikator Kinerja | Target | Realisasi | % |
|----|--|----------|--------------|---------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Pelayanan Instalasi Gawat Darurat | | | |
| 1 | Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa | 100% | 100% | 100.00 |
| 2 | Jam buka pelayanan gawat darurat | 24 jam | 24 jam | 100.00 |
| 3 | Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat yang masih berlaku (BLS / PPGD / GELS / ALS) | 100% | 80% | 80 |
| 4 | Ketersediaan tim penanggulangan bencana minimal 1 tim | 1 tim | 1 tim | 100 |
| 5 | Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat setelah pasien datang | 3 menit | 1,17 menit | 161 |
| 6 | Kepuasan pelanggan (IKU) | 80% | 82,86% | 103,58 |
| 7 | Kematian pasien < 24 jam | 2% | 3,43% | 28,5 |
| 8 | Tidak ada pasien yang diharuskan membayar uang muka | 100% | 100% | 100.00 |
| | Pelayanan Rawat Jalan | | | |
| 9 | Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis 100% dokter spesialis | 100% | 100% | 100.00 |
| 10 | Ketersediaan minimal pelayanan spesialis 4 (empat) besar: klinik anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah | 100% | 100% | 100.00 |
| 11 | Jam buka pelayanan 08.00-13.00 setiap hari kerja, kecuali Jum'at jam 08.00-11.00 | 100% | 100% | 100.00 |
| 12 | Waktu tunggu di rawat jalan | 60 menit | 110,32 Menit | 16,13 |
| 13 | Kepuasan Pelanggan (IKU) | 90% | 76,74% | 85,27 |
| 14 | Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB | 100% | 100% | 100.00 |
| 15 | Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS | 100% | 84% | 84.00 |
| | Pelayanan Rawat Inap | | | |
| 16 | Pemberi pelayanan rawat inap: | | | 100.00 |
| | a. Dr. Spesialis | 100% | 100% | 100.00 |
| | b. Perawat Minimal D3 | 100% | 100% | 100.00 |

| No | Indikator Kinerja | Target | Realisasi | % |
|----|--|----------|-----------|--------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | Adanya dokter penanggung jawab pasien rawat inap (100%) | 100% | 100% | 100.00 |
| 18 | Ketersediaan pelayanan rawat inap minimal 4 spesialis besar (Anak, Penyakit dalam, Kebidanan, Bedah) | 100% | 100% | 100.00 |
| 19 | Jam visite dokter spesialis (08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja) | 100% | 93,69% | 93,69 |
| 20 | Kejadian infeksi pasca operasi | 1,5% | 0,55% | 163.33 |
| 21 | Kejadian infeksi nosokomial (INOS) | 1,5% | 0,78% | 146 |
| 22 | Tidak ada kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian | 100% | 99,96% | 99,96 |
| 23 | Kematian pasien > 48 jam | 0,22 % | 0,17% | 111 |
| 24 | Kejadian pulang paksa | 3,7% | 1,54% | 158,38 |
| 25 | Kepuasan pelanggan (IKU) | 90% | 80,70% | 89,67 |
| 26 | Rawat Inap TB: | | | 98,96 |
| | a. Penegakan diagnosis TB pasien rawat inap melalui pemeriksaan mikroskopis TB | 100% | 100% | 100 |
| | b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB pasien rawat inap di Rumah Sakit | 100% | 97,92% | 97,92 |
| | Pelayanan Bedah Sentral | | | |
| 27 | Waktu tunggu operasi elektif | 1,6 hari | 0,92 hari | 142,5 |
| 28 | Kejadian kematian di meja operasi | 1% | 0% | 200 |
| 29 | Tidak ada kejadian operasi salah sisi | 100% | 100% | 100 |
| 30 | Tidak ada kejadian operasi salah orang | 100% | 100% | 100 |
| 31 | Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi | 100% | 100% | 100 |
| 32 | Tidak adanya kejadian ketinggalan benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi | 100% | 100% | 100 |
| 33 | Komplikasi anastesi karena overdosis, reaksi anastesi, salah penempatan endotracheal tube | 1% | 0% | 200 |
| | Pelayanan Persalinan | | | |

| No | Indikator Kinerja | Target | Realisasi | % |
|-----|---|----------|-------------|---------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34 | Kejadian kematian ibu karena persalinan: | | | 195,73 |
| | a. Perdarahan maksimal | 1% | 0% | 200 |
| | b. Pre-eklamsi maksimal | 10% | 1,28% | 187,2 |
| | c. Sepsis maksimal | 0,2% | 0% | 200 |
| 35. | Pemberi pelayanan persalinan normal (Dr. SPOG, Dr. Umum terlatih APN, Bidan) | 100% | 100% | 100.00 |
| 36 | Pemberi pelayanan persalinan normal dengan penyulit (Tim PONEK yg terlatih) | 100% | 100% | 100.00 |
| 37. | Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi (Dr. SPOG, Dr. Sp.A terlatih APN, Dr. Sp. A) | 100% | 100% | 100.00 |
| 38 | Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr | 100% | 95% | 95 |
| 39 | Pertolongan persalinan melalui <i>secsio cesaria</i> | 20% | 48,57% | - 42,85 |
| 40 | Keluarga Berencana: | | | 100.00 |
| | a. % KB (vasektomi & tubektomi) yg dilakukan oleh tenaga kompeten Dr.SpOG, Dr. SpB, Dr.Sp.U, Dr Umum terlatih | 100% | 100% | 100.00 |
| | b. % peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih | 100% | 100% | 100.00 |
| 41 | Kepuasan Pelanggan (IKU) | 80% | 81% | 101,22 |
| | Pelayanan Intensif | | | |
| 42 | Rata-rata pasien yg kembali ke perawatan intensif dengan kasus yg sama < 72 jam | 0,8% | 0% | 200 |
| 43 | Dokter Pemberi pelayanan unit intensive | | | 64,50 |
| | a. Dr. Sp.An & Dr. Sp sesuai dg kasus | 100% | 100% | 100.00 |
| | b. Perawat di unit pelayanan intensive minimal D3 dg sertifikat perawat mahir ICU/setara D4 | 100% | 29% | 29 |
| | Pelayanan Radiologi | | | |
| 44 | Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax | 47 menit | 80,75 menit | 28,19 |
| 45 | Pelaksana ekspertisi Dr. Sp. Rad | 100% | 100% | 100.00 |

| No | Indikator Kinerja | Target | Realisasi | % |
|-----|--|-----------|--------------|----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 46 | Kejadian kegagalan pelayanan rontgen (Kerusakan foto) | 2% | 0,69% | 165,5 |
| 47 | Kepuasan pelanggan (IKU) | 80% | 79,11% | 98,89 |
| | Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik | | | |
| 48 | Waktu tunggu hasil pelayanan Lab kimia darah & darah rutin | 100 menit | 111,75 menit | 88,25 |
| 49 | Pelaksana ekspertisi Dr. Sp. PK | 100% | 100% | 100.00 |
| 50 | Tidak ada kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium | 100% | 100% | 100.00 |
| 51 | Kepuasan Pasien (IKU) | 80% | 81,39% | 101,74 |
| | Pelayanan Rehabilitasi Medik | | | |
| 52 | Kejadian DO pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan | 25% | 11,25% | 155 |
| 53 | Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik | 100% | 100% | 100.00 |
| 54 | Kepuasan pelanggan (IKU) | 80% | 79,95% | 99,94 |
| | Pelayanan Farmasi | | | |
| 55 | Waktu tunggu pelayanan: | | | - 12,45 |
| | a. Obat jadi | 16 menit | 38,09 menit | - 38,06 |
| | b. Obat Racikan | 30 menit | 56,05 menit | 13,17 |
| 56 | Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat | 100% | 100% | 99,76 |
| 57 | Penulisan resep sesuai formularium | 100% | 98,91% | 98,91 |
| 58 | Kepuasan pelanggan (IKU) | 80% | 75,33% | 94,16 |
| | Pelayanan Gizi | | | |
| 59. | Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien | 100% | 98,81% | 98,81 |
| 60. | Sisa Makanan yg tidak termakan oleh pasien | 20% | 16,23% | 118.85 |
| 61. | Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet | 100% | 99,97% | 99,97 |
| | Pelayanan Transfusi Darah | | | |
| 62. | Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfuse | 100% | 100% | 100.00 |
| 63. | Kejadian reaksi transfusi | 0,01% | NA | |

| No | Indikator Kinerja | Target | Realisasi | % |
|----|--|----------|------------|---------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Pelayanan Keluarga Miskin | | | |
| 64 | Pelayanan terhadap pasien Gakin yg datang ke RS pada setiap unit pelayanan | 100% | 100% | 100,00 |
| | Pelayanan rekam Medik | | | |
| 65 | Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan | 100% | 80% | 80 |
| 66 | Kelengkapan <i>informed concent</i> setelah mendapat informasi yg jelas | 100% | 91% | 91 |
| 67 | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan | 7 menit | 8 menit | 85,71 |
| 68 | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap | 7 menit | 9 menit | 71,43 |
| | Pengelolaan Limbah | | | |
| 69 | Baku mutu limbah cair: | | | 149,82 |
| | a. BOD | 25 mg/l | 9,28 mg/l | 162,88 |
| | b. COD | 75 mg/l | 16,01 mg/l | 178,65 |
| | c. TSS | 25 mg/l | 10,56 mg/l | 157,76 |
| | d. PH | 6-9 mg/l | 6,99 mg/l | 100 |
| 70 | Pengelolaan limbah padat sesuai dengan aturan | 100% | 81% | 81 |
| | Pelayanan Ambulans dan Kereta Jenazah | | | |
| 71 | Waktu pelayanan ambulance/ kereta jenazah | 24 jam | 24 jam | 100 |
| 72 | Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di RS | 25 menit | 17 menit | 132 |
| 73 | Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan | 30 menit | 22 menit | 126,67 |
| | Pelayanan Pemulasaran Jenazah | | | |
| 74 | Waktu tanggap respon Time Pelayanan pemulasaran jenazah | 1 jam | NA | |
| | Pemeliharaan Alat | | | |
| 75 | Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat maksimal dalam waktu 15 menit | 80% | 88% | 110 |
| 76 | Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai ketentuan yg berlaku | 100% | 90% | 90 |

| No | Indikator Kinerja | Target | Realisasi | % |
|---|--|-----------|-----------|--------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 77 | Peralatan laboratorium dan alat ukur yg digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi | 100% | 100% | 100 |
| Pelayanan Laundry | | | | |
| 78 | Tidak adanya kejadian linen yg hilang | 100% | 100% | 100 |
| 79 | Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap | 100% | 98% | 98 |
| Pengendalian Infeksi | | | | |
| 80 | Anggota Tim PPI yg terlatih | 75% | 100% | 133,33 |
| 81 | Tersedia APD di setiap instalasi | 60% | 75% | 125 |
| 82 | Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/HAI (Health Care Associated Infection) di RS (min 1 parameter) | 75% | 90% | 120 |
| Pelayanan Administrasi dan Manajemen | | | | |
| 83 | Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi | 100% | 100% | 100 |
| 84 | Kelengkapan laporan akuntabilitas | 100% | 100% | 100 |
| 85 | Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat | 100% | 100% | 100 |
| 86 | Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala | 100% | 100% | 100 |
| 87 | Cost recovery (IKU) | 100% | 104% | 104 |
| 88 | Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan | 100% | 99% | 99 |
| 89 | Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap | 1,5 jam | 1,56 jam | 96 |
| 90 | Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu | 100% | 80% | 80 |
| 91 | Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun (IKU) | 60% | 6,23% | 10,38 |
| Cakupan Pelayanan | | | | |
| 92 | Rata-rata kunjungan rawat jalan per hari (IKU) | 325 kunj. | 270 kunj. | 83,08 |

| No | Indikator Kinerja | Target | Realisasi | % |
|---|--|-------------|-------------|--------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 93 | Rata-rata kunjungan rawat darurat per hari | 53 kunj. | 45 kunj. | 84,91 |
| 94 | Hari perawatan | 50.000 hari | 44.201 hari | 88,40 |
| 95 | <i>Bed Occupancy Rate/BOR</i> (IKU) | 77% | 69,97% | 90,87 |
| 96 | Rata-rata operasi per hari | 10 orang | 9 orang | 90,00 |
| Rata-rata Capaian Kinerja Pelayanan RS | | | | 99,29 |

Realisasi rata-rata capaian Indikator Kinerja Pelayanan Rumah Sakit sesuai SPMRS pada tahun 2017 sebesar 99,29% dengan predikat capaian kinerja **"Sangat Tinggi"** ($91\% \leq 100\%$). Hal ini menunjukkan bahwa RSUD Muntilan pada umumnya telah berhasil dalam melaksanakan urusan pemerintah yaitu urusan kesehatan sesuai dengan tugas dan kewenangan RSUD Muntilan.

3.1.3. Realisasi Indikator Kinerja Utama

Indikator Kinerja Utama (IKU) adalah ukuran keberhasilan dari tujuan dan sasaran strategis organisasi yang paling strategis dibandingkan dengan indikator lainnya. IKU merupakan bagian dari indikator kinerja sasaran strategis serta indikator SPMRS RSUD Muntilan.

Tabel. 3.5. Realisasi Indikator Kinerja Utama RSUD Muntilan Tahun 2017

| No. | Indikator Kinerja Utama | Satuan | Target | Realisasi | Capaian (%) |
|--|---|-----------|--------|-----------|--------------|
| 1. | Kepuasan Pelanggan RS | Persen | 80 | 78,82 | 98,53 |
| 2. | <i>Cost Recovery</i> | Persen | 100 | 104 | 104 |
| 3. | Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun | Persen | 60 | 6,23 | 10,38 |
| 4. | Rata-rata kunjungan rawat jalan per hari | Kunjungan | 325 | 270 | 83,08 |
| 5. | <i>Bed Occupancy Rate (BOR)</i> | Persen | 77 | 69,97 | 90,87 |
| Rata-rata Capaian Indikator Kinerja Utama | | | | | 77,37 |

Realisasi rata-rata capaian Indikator Kinerja Utama pada tahun 2017 sebesar 77,37% dengan predikat capaian kinerja **"Tinggi"** ($76\% \leq 90\%$). Hal ini menunjukkan bahwa RSUD Muntilan dinilai berhasil dalam melaksanakan urusan pemerintah yaitu urusan kesehatan sesuai dengan tugas dan kewenangan RSUD Muntilan.

3.2. Realisasi Kinerja Sasaran Tahun 2016 dan Tahun 2017

Perjanjian kinerja tahun 2017 merupakan bagian dari kinerja strategis RSUD Muntilan sebagaimana tercantum dalam Renstra periode tahun 2014-2019. Pencapaian kinerja tahun ketiga Renstra dibandingkan tahun sebelumnya untuk mengetahui kecenderungan capaian kinerja menurun atau meningkat dari tahun sebelumnya.

Perbandingan antara realisasi kinerja tahun 2016 dengan tahun 2017 adalah sebagai berikut (tabel.3.6).

Tabel 3.6. Perbandingan Realisasi Kinerja Sasaran Tahun 2016 dan Tahun 2017

| No | SASARAN STRATEGIS | INDIKATOR KINERJA SASARAN | REALISASI 2016 | REALISASI 2017 | TREND |
|----|---|---|----------------|----------------|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. | Meningkatnya mutu pelayanan di setiap unit pelayanan RS | 1. Kepuasan Pelanggan Rumah Sakit | 78.74% | 78,82% | Naik |
| 2. | Terwujudnya pengelolaan sumber daya RS yang professional dan akuntabel | 2. <i>Cost Recovery</i> | 105.08% | 104% | Turun |
| 3. | Meningkatnya Profesionalisme SDM di setiap unit pelayanan RS sesuai bidang tugasnya | 3. Karyawan Mendapat Pelatihan Minimal 20 jam Setahun | 38.10% | 6,23% | Turun |
| 4. | Meningkatnya cakupan pelayanan rawat jalan, rawat inap dan penunjang | 4. Rata-rata Kunjungan Rawat Jalan per Hari | 358 Kunjungan | 270 Kunjungan | Turun |
| | | 5. <i>Bed Occupancy Rate (BOR)</i> | 67.60% | 69,67% | Naik |

Adapun realisasi kinerja pelayanan rumah sakit sebagai pendukung pencapaian sasaran tahun 2016 dan tahun 2017 sebagai berikut (tabel 3.7).

Tabel 3.7. Perbandingan Realisasi Kinerja Pelayanan
RSUD Muntilan Tahun 2016 dan Tahun 2017

| No | Indikator Kinerja | Realisasi 2016 | Realisasi 2017 | Trend Kinerja |
|----|--|----------------|----------------|---------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Pelayanan Instalasi Gawat Darurat | | | |
| 1 | Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa | 100% | 100% | Tetap |
| 2 | Jam buka pelayanan gawat darurat | 24 jam | 24 jam | Tetap |
| 3 | Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat yang masih berlaku (BLS / PPGD / GELS / ALS) | 68,69% | 80% | Naik |
| 4 | Ketersediaan tim penanggulangan bencana minimal 1 tim | 1 tim | 1 tim | Tetap |
| 5 | Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat setelah pasien datang | 2,73 menit | 1,17 menit | Naik |
| 6 | Kepuasan pelanggan (IKU) | 77,16% | 82,86% | Naik |
| 7 | Kematian pasien < 24 jam | 4,31% | 3,43 | Naik |
| 8 | Tidak ada pasien yang diharuskan membayar uang muka | 100% | 100% | Tetap |
| | Pelayanan Rawat Jalan | | | |
| 9 | Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis 100% dokter spesialis | 100% | 100% | Tetap |
| 10 | Ketersediaan minimal pelayanan spesialis 4 (empat) besar: klinik anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah | 100% | 100% | Tetap |
| 11 | Jam buka pelayanan 08.00-13.00 setiap hari kerja, kecuali Jum'at jam 08.00-11.00 | 100% | 100% | Tetap |
| 12 | Waktu tunggu di rawat jalan | 132,75 menit | 110,32 menit | Naik |
| 13 | Kepuasan Pelanggan (IKU) | 77,83% | 76,74% | Turun |
| 14 | Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB | 80% | 100% | Naik |
| 15 | Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS | 80% | 84% | Naik |
| | Pelayanan Rawat Inap | | | |
| 16 | Pemberi pelayanan rawat inap: | | | |

| No | Indikator Kinerja | Realisasi 2016 | Realisasi 2017 | Trend Kinerja |
|----|--|----------------|----------------|---------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | a. Dr. Spesialis | 100% | 100% | Tetap |
| | b. Perawat Minimal D3 | 100% | 100% | Tetap |
| 17 | Adanya dokter penanggung jawab pasien rawat inap (100%) | 100% | 100% | Tetap |
| 18 | Ketersediaan pelayanan rawat inap minimal 4 spesialis besar (Anak, Penyakit dalam, Kebidanan, Bedah) | 100% | 100% | Tetap |
| 19 | Jam visite dokter spesialis (08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja) | 96,22% | 93,69% | Turun |
| 20 | Kejadian infeksi pasca operasi | 0,27% | 0,55% | Turun |
| 21 | Kejadian infeksi nosokomial (INOS) | 0,25% | 0,78% | Turun |
| 22 | Tidak ada kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian | 99,98% | 99,96% | Turun |
| 23 | Kematian pasien > 48 jam | 0,17% | 0,13% | Naik |
| 24 | Kejadian pulang paksa | 1,85% | 1,54% | Naik |
| 25 | Kepuasan pelanggan (IKU) | 79,51% | 80,70% | Naik |
| 26 | Rawat Inap TB: | | | |
| | a. Penegakan diagnosis TB pasien rawat inap melalui pemeriksaan mikroskopis TB | 88,89% | 100% | Naik |
| | b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB pasien rawat inap di Rumah Sakit | 93,52% | 97,92% | Naik |
| | Pelayanan Bedah Sentral | | | |
| 27 | Waktu tunggu operasi elektif | 0,95 hari | 0,92 hari | Naik |
| 28 | Kejadian kematian di meja operasi | 0% | 0% | Tetap |
| 29 | Tidak ada kejadian operasi salah sisi | 100% | 100% | Tetap |
| 30 | Tidak ada kejadian operasi salah orang | 100% | 100% | Tetap |
| 31 | Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi | 100% | 100% | Tetap |
| 32 | Tidak adanya kejadian ketinggalan benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi | 100% | 100% | Tetap |

| No | Indikator Kinerja | Realisasi 2016 | Realisasi 2017 | Trend Kinerja |
|-----------------------------|---|----------------|----------------|---------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33 | Komplikasi anastesi karena overdosis, reaksi anastesi, salah penempatan endotracheal tube | 0% | 0% | Tetap |
| Pelayanan Persalinan | | | | |
| 34 | Kejadian kematian ibu karena persalinan: | | | |
| | a. Perdarahan maksimal | 0,68% | 0% | Naik |
| | b. Pre-eklamsi maksimal | 2,93% | 1,28% | Naik |
| | c. Sepsis maksimal | 1,55% | 0% | Naik |
| 35. | Pemberi pelayanan persalinan normal (Dr. SPOG, Dr. Umum terlatih APN, Bidan) | 100% | 100% | Tetap |
| 36 | Pemberi pelayanan persalinan normal dengan penyulit (Tim PONEK yg terlatih) | 100% | 100% | Tetap |
| 37. | Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi (Dr. SPOG, Dr. Sp.A terlatih APN, Dr. Sp. A) | 100% | 100% | Tetap |
| 38 | Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr | 96,56% | 95% | Turun |
| 39 | Pertolongan persalinan melalui <i>secsio cesaria</i> | 10,98% | 48,57% | Turun |
| 40 | Keluarga Berencana: | | | |
| | a. % KB (vasektomi & tubektomi) yg dilakukan oleh tenaga kompeten Dr.SpOG, Dr. SpB, Dr.Sp.U, Dr Umum terlatih | 100% | 100% | Tetap |
| | b. % peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih | 100% | 100% | Tetap |
| 41 | Kepuasan Pelanggan (IKU) | 80,38% | 81% | Naik |
| Pelayanan Intensif | | | | |
| 42 | Rata-rata pasien yg kembali ke perawatan intensif dengan kasus yg sama < 72 jam | 0,23% | 0% | Naik |
| 43 | Pemberi pelayanan unit intensive | | | |
| | a. Dr. Sp.An & Dr. Sp sesuai dg kasus | 100% | 100% | Tetap |

| No | Indikator Kinerja | Realisasi 2016 | Realisasi 2017 | Trend Kinerja |
|-----|---|----------------|----------------|---------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | b. Perawat di unit pelayanan intensive minimal D3 dg sertifikat perawat mahir ICU/setara D4 | 80,98% | 29% | Turun |
| | Pelayanan Radiologi | | | |
| 44 | Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax | 55,25 menit | 80,75 menit | Turun |
| 45 | Pelaksana ekspertisi Dr. Sp. Rad | 100% | 100% | Tetap |
| 46 | Kejadian kegagalan pelayanan rontgen (Kerusakan foto) | 0,74% | 0,69% | Naik |
| 47 | Kepuasan pelanggan (IKU) | 77,10% | 81,39% | Naik |
| | Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik | | | |
| 48 | Waktu tunggu hasil pelayanan Lab kimia darah & darah rutin | 83,32 menit | 111,75% | Turun |
| 49 | Pelaksana ekspertisi Dr. Sp. PK | 100% | 100% | Tetap |
| 50 | Tidak ada kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium | 100% | 100% | Tetap |
| 51 | Kepuasan Pasien (IKU) | 86,79% | 81,39% | Turun |
| | Pelayanan Rehabilitasi Medik | | | |
| 52 | Kejadian DO pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan | 0% | 11,25% | Turun |
| 53 | Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik | 100% | 100% | Tetap |
| 54 | Kepuasan pelanggan (IKU) | 79,74% | 79,95% | Naik |
| | Pelayanan Farmasi | | | |
| 55 | Waktu tunggu pelayanan: | | | |
| | a. Obat jadi | 31,46 menit | 38,09 menit | Turun |
| | b. Obat Racikan | 42,77 menit | 56,05 menit | Turun |
| 56 | Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat | 99,76% | 100% | Naik |
| 57 | Penulisan resep sesuai formularium | 98,95% | 98,91% | Turun |
| 58 | Kepuasan pelanggan (IKU) | 71,67% | 75,33% | Naik |
| | Pelayanan Gizi | | | |
| 59. | Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien | 100% | 98,81% | Turun |

| No | Indikator Kinerja | Realisasi 2016 | Realisasi 2017 | Trend Kinerja |
|-----|--|----------------|----------------|---------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 60. | Sisa Makanan yg tidak termakan oleh pasien | 18,18% | 16,23% | Naik |
| 61. | Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet | 100% | 99,97% | Turun |
| | Pelayanan Transfusi Darah | | | |
| 62. | Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfuse | 100% | 100% | Tetap |
| 63. | Kejadian reaksi transfusi | 0% | NA | |
| | Pelayaan Keluarga Miskin | | | |
| 64 | Pelayanan terhadap pasien Gakin yg datang ke RS pada setiap unit pelayanan | 100% | 100% | Tetap |
| | Pelayanan rekam Medik | | | |
| 65 | Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan | 90,13% | 80% | Turun |
| 66 | Kelengkapan <i>informed concent</i> setelah mendapat informasi yg jelas | 89,25% | 91% | Naik |
| 67 | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan | 7,75 menit | 8 menit | Turun |
| 68 | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap | 8,88 menit | 9 menit | Turun |
| | Pengelolaan Limbah | | | |
| 69 | Baku mutu limbah cair: | | | |
| | a. BOD | 4,53 mg/l | 9,28 mg/l | Naik |
| | b. COD | 38,09 mg/l | 16,01 | Naik |
| | c. TSS | 6,45 mg/l | 10,56 | Turun |
| | d. PH | 7,04 mg/l | 6,99 | Naik |
| 70 | Pengelolaan limbah padat sesuai dengan aturan | 77,83% | 81% | Naik |
| | Pelayanan Ambulans dan Kereta Jenazah | | | |
| 71 | Waktu pelayanan ambulance/ kereta jenazah | 24 jam | 24 jam | Tetap |
| 72 | Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di RS | 21,25 menit | 17 menit | Naik |
| 73 | Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan | 60 menit | 22 menit | Naik |
| | Pelayanan Pemulasaran Jenazah | | | |

| No | Indikator Kinerja | Realisasi 2016 | Realisasi 2017 | Trend Kinerja |
|----|--|----------------|----------------|---------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 74 | Waktu tanggap respon Time Pelayanan pemulasaran jenazah | 1,38 jam | NA | |
| | Pemeliharaan Alat | | | |
| 75 | Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat maksimal dalam waktu 15 menit | 80,75% | 88% | Naik |
| 76 | Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai ketentuan yg berlaku | 85% | 90% | Naik |
| 77 | Peralatan laboratorium dan alat ukur yg digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi | 97,50% | 100% | Naik |
| | Pelayanan Laundry | | | |
| 78 | Tidak adanya kejadian linen yg hilang | 97,50% | 100% | Naik |
| 79 | Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap | 99% | 98% | Turun |
| | Pengendalian Infeksi | | | |
| 80 | Anggota Tim PPI yg terlatih | 47,50% | 100% | Naik |
| 81 | Tersedia APD di setiap instalasi | 75% | 75% | Tetap |
| 82 | Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/HAI (Health Care Assosiated Infection) di RS (min 1 parameter) | 71,25% | 90% | Naik |
| | Administrasi & Manajemen | | | |
| 83 | Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi | 100% | 100% | Tetap |
| 84 | Kelengkapan laporan akuntabilitas | 100% | 100% | Tetap |
| 85 | Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat | 100% | 100% | Tetap |
| 86 | Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala | 100% | 100% | Tetap |
| 87 | Cost recovery (IKU) | 105,8% | 104% | Turun |
| 88 | Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan | 100% | 99% | Turun |
| 89 | Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap | 1,44 jam | 1,56 jam | Turun |

| No | Indikator Kinerja | Realisasi 2016 | Realisasi 2017 | Trend Kinerja |
|--------------------------|---|----------------|----------------|---------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 90 | Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu | 60,67% | 80% | Naik |
| 91 | Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun (IKU) | 38,10% | 6,23% | Turun |
| Cakupan Pelayanan | | | | |
| 92 | Rata-rata kunjungan rawat jalan per hari (IKU) | 358 kunj. | 270 kunj. | Turun |
| 93 | Rata-rata kunjungan rawat darurat per hari | 57 kunj. | 45 kunj. | Turun |
| 94 | Hari perawatan | 47.290 hari | 44.201 | Turun |
| 95 | <i>Bed Occupancy Rate/BOR</i> (IKU) | 67,60% | 69,97% | Naik |
| 96 | Rata-rata operasi per hari | 9 orang | 9 orang | Tetap |

Data di atas apabila dikelompokkan berdasarkan *trend*-nya, terdapat 33 (34,38%) indikator dengan capaian kinerja tetap/sama; 34 (35,42%) indikator dengan capaian naik; dan 29 (30,21%) indikator dengan capaian menurun apabila dibandingkan dengan tahun sebelumnya.

3.3. Realisasi Kinerja Sasaran Tahun 2017 dan Target Kinerja Akhir Periode Renstra Tahun 2014-2019

Indikator kinerja sasaran tahun 2017 merupakan ukuran kuantitatif dan atau kualitatif yang menggambarkan tingkat capaian sasaran yang telah ditetapkan dalam Renstra periode 2014-2019. Pencapaian tahun keempat (2017) Renstra dibandingkan dengan realisasi kinerja tahun berakhirnya periode Renstra (2019) dimaksudkan untuk mengetahui kemampuan RSUD Muntilan dalam mencapai target akhir periode Renstra. Perbandingan antara realisasi kinerja tahun 2017 dan tahun 2019 berakhirnya periode Renstra adalah sebagai berikut (tabel 3.8).

Tabel. 3.8. Realisasi Indikator Kinerja Sasaran Strategis Tahun 2017 dan Target Tahun 2019 (Akhir Periode Renstra)

| No | SASARAN STRATEGIS | INDIKATOR KINERJA SASARAN | REALISASI 2017 | TARGET TAHUN 2019 (AKHIR RENSTRA) | CAPAIAN 2017 TERHADAP 2019 |
|----|---|---|----------------|-----------------------------------|----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. | Meningkatnya mutu pelayanan di setiap unit pelayanan RS | 1. Kepuasan Pelanggan Rumah Sakit | 78,82% | 80% | 98,53% (belum tercapai) |
| 2. | Terwujudnya pengelolaan sumber daya RS yang professional dan akuntabel | 2. <i>Cost Recovery</i> | 104% | 100% | 104% (melampaui) |
| 3. | Meningkatnya Profesionalisme SDM di setiap unit pelayanan RS sesuai bidang tugasnya | 3. Karyawan Mendapat Pelatihan Minimal 20 jam Setahun | 6,23% | 60% | 10,38% (belum tercapai) |
| 4. | Meningkatnya cakupan pelayanan rawat jalan, rawat inap dan penunjang | 4. Rata-rata Kunjungan Rawat Jalan per Hari | 270 kunjungan | 325 Kunjungan | 83,08% (belum tercapai) |
| | | 5. <i>Bed Occupancy Rate (BOR)</i> | 69,97% | 77% | 90,87% (belum tercapai) |

Realisasi indikator kinerja pelayanan RSUD Muntilan sesuai SPMRS tahun 2017 dibandingkan dengan target akhir Renstra tahun 2014-2019 sebagai berikut (tabel 3.9).

Tabel 3.9. Realisasi Indikator Kinerja Rumah Sakit Tahun 2017 dan Target Tahun 2019 (Akhir Periode Renstra)

| No | Indikator Kinerja | Realisasi Tahun 2017 | Target Tahun 2019 (Akhir Renstra) | Capaian 2017 Terhadap 2019 |
|----|---|----------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Pelayanan Instalasi Gawat Darurat | | | |
| 1 | Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa | 100% | 100% | 100% (tercapai) |
| 2 | Jam buka pelayanan gawat darurat | 24 jam | 24 jam | 100% (tercapai) |
| 3 | Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat yang masih berlaku (BLS / PPGD / GELS / ALS) | 80% | 100% | 80% (belum tercapai) |

| No | Indikator Kinerja | Realisasi Tahun 2017 | Target Tahun 2019 (Akhir Renstra) | Capaian 2017 Terhadap 2019 |
|------------------------------|--|----------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | Ketersediaan tim penanggulangan bencana minimal 1 tim | 1 tim | 1 tim | 100% (tercapai) |
| 5 | Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat setelah pasien datang | 1,17 menit | 3 menit | 161% (melampaui) |
| 6 | Kepuasan pelanggan (IKU) | 82,86% | 80% | 103,58% (melampaui) |
| 7 | Kematian pasien < 24 jam | 3,43% | 2% | 28,5% (belum tercapai) |
| 8 | Tidak ada pasien yang diharuskan membayar uang muka | 100% | 100% | 100% (tercapai) |
| Pelayanan Rawat Jalan | | | | |
| 9 | Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis 100% dokter spesialis | 100% | 100% | 100% (tercapai) |
| 10 | Ketersediaan minimal pelayanan spesialis 4 (empat) besar: klinik anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah | 100% | 100% | 100% (tercapai) |
| 11 | Jam buka pelayanan 08.00-13.00 setiap hari kerja, kecuali Jum'at jam 08.00-11.00 | 100% | 100% | 100% (tercapai) |
| 12 | Waktu tunggu di rawat jalan | 110,32 | 60 menit | 16,13% (belum tercapai) |
| 13 | Kepuasan Pelanggan (IKU) | 76,74% | 90% | 85,27% (belum tercapai) |
| 14 | Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB | 100% | 100% | 100% (tercapai) |
| 15 | Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS | 84% | 100% | 84% (belum tercapai) |
| Pelayanan Rawat Inap | | | | |
| 16 | Pemberi pelayanan rawat inap: | | | |
| | a. Dr. Spesialis | 100% | 100% | 100% (tercapai) |
| | b. Perawat Minimal D3 | 100% | 100% | 100% (tercapai) |
| 17 | Adanya dokter penanggung jawab pasien rawat inap | 100% | 100% | 100% (tercapai) |
| 18 | Ketersediaan pelayanan rawat inap minimal 4 spesialis besar (Anak, Penyakit dalam, Kebidanan, Bedah) | 100% | 100% | 100% (tercapai) |

| No | Indikator Kinerja | Realisasi Tahun 2017 | Target Tahun 2019 (Akhir Renstra) | Capaian 2017 Terhadap 2019 |
|--------------------------------|---|----------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | Jam visite dokter spesialis (08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja) | 93,69% | 100% | 93,69% (belum tercapai) |
| 20 | Kejadian infeksi pasca operasi | 0,55% | 1,5% | 163,33% (melampaui) |
| 21 | Kejadian infeksi nosokomial (INOS) | 0,78% | 1,5% | 146% (melampaui) |
| 22 | Tidak ada kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian | 99,96% | 100% | 99,96% (belum tercapai) |
| 23 | Kematian pasien > 48 jam | 0,13% | 0,22% | 140,91% (melampaui) |
| 24 | Kejadian pulang paksa | 1,54% | 3,7% | 158,38% (melampaui) |
| 25 | Kepuasan pelanggan (IKU) | 80,70% | 90% | 89,67% (belum tercapai) |
| 26 | Rawat Inap TB: | | | |
| | a. Penegakan diagnosis TB pasien rawat inap melalui pemeriksaan mikroskopis TB | 100% | 100% | 100% (tercapai) |
| | b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB pasien rawat inap di Rumah Sakit | 97,92% | 100% | 97,92% (belum tercapai) |
| Pelayanan Bedah Sentral | | | | |
| 27 | Waktu tunggu operasi elektif | 0,92 hari | 1,6 hari | 142,5% (melampaui) |
| 28 | Kejadian kematian di meja operasi | 0% | 1% | 200% (melampaui) |
| 29 | Tidak ada kejadian operasi salah sisi | 100% | 100% | 100% (tercapai) |
| 30 | Tidak ada kejadian operasi salah orang | 100% | 100% | 100% (tercapai) |
| 31 | Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi | 100% | 100% | 100% (tercapai) |
| 32 | Tidak adanya kejadian ketinggalan benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi | 100% | 100% | 100% (tercapai) |
| 33 | Komplikasi anastesi karena overdosis, reaksi anastesi, salah penempatan endotracheal tube | 0% | 1% | 200% (melampaui) |
| Pelayanan Persalinan | | | | |
| 34 | Kejadian kematian ibu karena persalinan: | | | |
| | a. Perdarahan maksimal | 0% | 1% | 200% (melampaui) |
| | b. Pre-eklamsi maksimal | 1,28% | 10% | 187,2% (melampaui) |
| | c. Sepsis maksimal | 0% | 0,2% | 200% (melampaui) |

| No | Indikator Kinerja | Realisasi Tahun 2017 | Target Tahun 2019 (Akhir Renstra) | Capaian 2017 Terhadap 2019 |
|-----|---|----------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. | Pemberi pelayanan persalinan normal (Dr. SPOG, Dr. Umum terlatih APN, Bidan) | 100% | 100% | 100% (tercapai) |
| 36 | Pemberi pelayanan persalinan normal dengan penyulit (Tim PONEK yg terlatih) | 100% | 100% | 100% (tercapai) |
| 37. | Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi (Dr. SPOG, Dr. Sp.A terlatih APN, Dr. Sp. A) | 100% | 100% | 100% (tercapai) |
| 38 | Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr | 95% | 100% | 95% (belum tercapai) |
| 39 | Pertolongan persalinan melalui <i>secsio cesaria</i> | 48,57% | 20% | -42,85% (belum tercapai) |
| 40 | Keluarga Berencana: | | | |
| | a. % KB (vasektomi & tubektomi) yg dilakukan oleh tenaga kompeten Dr.SpOG, Dr. SpB, Dr.Sp.U, Dr Umum terlatih | 100% | 100% | 100% (tercapai) |
| | b. % peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih | 100% | 100% | 100% (tercapai) |
| 41 | Kepuasan Pelanggan (IKU) | 81% | 80% | 101,215% (melampaui) |
| | Pelayanan Intensif | | | |
| 42 | Rata-rata pasien yg kembali ke perawatan intensif dengan kasus yg sama < 72 jam | 0% | 0,8% | 200% (terlampau) |
| 43 | Dokter Pemberi pelayanan unit intensive | | | |
| | a. Dr. Sp.An & Dr. Sp sesuai dg kasus | 100% | 100% | 100% (tercapai) |
| | b. Perawat di unit pelayanan intensive minimal D3 dg sertifikat perawat mahir ICU/setara D4 | 29% | 100% | 29% (belum tercapai) |
| | Pelayanan Radiologi | | | |
| 44 | Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax | 80,75 menit | 47 menit | 28,19% (belum tercapai) |
| 45 | Pelaksana ekspertisi Dr. Sp. Rad | 100% | 100% | 100% (tercapai) |
| 46 | Kejadian kegagalan pelayanan rontgen (Kerusakan foto) | 0,69% | 2% | 165,5% (melampaui) |
| 47 | Kepuasan pelanggan (IKU) | 79,11% | 80% | 98,89% (belum tercapai) |

| No | Indikator Kinerja | Realisasi Tahun 2017 | Target Tahun 2019 (Akhir Renstra) | Capaian 2017 Terhadap 2019 |
|-----|--|----------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik | | | |
| 48 | Waktu tunggu hasil pelayanan Lab kimia darah & darah rutin | 111,75 menit | 100 menit | 88,25% (belum tercapai) |
| 49 | Pelaksana ekspertisi Dr. Sp. PK | 100% | 100% | 100% (tercapai) |
| 50 | Tidak ada kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium | 100% | 100% | 100% (tercapai) |
| 51 | Kepuasan Pasien (IKU) | 81,39% | 80% | 101,74% (melampaui) |
| | Pelayanan Rehabilitasi Medik | | | |
| 52 | Kejadian DO pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan | 11,25% | 25% | 155% (melampaui) |
| 53 | Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik | 100% | 100% | 100% (tercapai) |
| 54 | Kepuasan pelanggan (IKU) | 79,95% | 80% | 99,94% (belum tercapai) |
| | Pelayanan Farmasi | | | |
| 55 | Waktu tunggu pelayanan: | | | |
| | a. Obat jadi | 38,09 menit | 16 menit | -38,06% (belum tercapai) |
| | b. Obat Racikan | 56,05 menit | 30 menit | 13,17% (belum tercapai) |
| 56 | Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat | 100% | 100% | 100% (tercapai) |
| 57 | Penulisan resep sesuai formularium | 98,91% | 100% | 98,91% (belum tercapai) |
| 58 | Kepuasan pelanggan (IKU) | 75,33% | 80% | 94,16% (belum tercapai) |
| | Pelayanan Gizi | | | |
| 59. | Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien | 98,81% | 100% | 98,91% (belum tercapai) |
| 60. | Sisa Makanan yg tidak termakan oleh pasien | 16,23% | 20% | 118,85% (melampaui) |
| 61. | Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet | 99,97% | 100% | 99,97% (belum tercapai) |
| | Pelayanan Transfusi Darah | | | |
| 62. | Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi | 100% | 100% | 100% (tercapai) |

| No | Indikator Kinerja | Realisasi Tahun 2017 | Target Tahun 2019 (Akhir Renstra) | Capaian 2017 Terhadap 2019 |
|-----|--|----------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 63. | Kejadian reaksi transfusi | NA | 0,01% | NA |
| | Pelayanan Keluarga Miskin | | | |
| 64 | Pelayanan terhadap pasien Gakin yg datang ke RS pada setiap unit pelayanan | 100% | 100% | 100% (tercapai) |
| | Pelayanan rekam Medik | | | |
| 65 | Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan | 80% | 100% | 80% (belum tercapai) |
| 66 | Kelengkapan <i>informed concent</i> setelah mendapat informasi yg jelas | 91% | 100% | 91% (belum tercapai) |
| 67 | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan | 8 menit | 7 menit | 85,71% (belum tercapai) |
| 68 | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap | 9 menit | 7 menit | 71,43% (belum tercapai) |
| | Pengelolaan Limbah | | | |
| 69 | Baku mutu limbah cair: | | | |
| | a. BOD | 9,28 mg/l | 25 mg/l | 162,88% (melampaui) |
| | b. COD | 16,01 mg/l | 75 mg/l | 176,65% (melampaui) |
| | c. TSS | 10,56 mg/l | 25 mg/l | 157,76% (melampaui) |
| | d. PH | 6,99 | 6-9 | 100% (tercapai) |
| 70 | Pengelolaan limbah padat sesuai dengan aturan | 81% | 100% | 81% (belum tercapai) |
| | Pelayanan Ambulans dan Kereta Jenazah | | | |
| 71 | Waktu pelayanan ambulance/ kereta jenazah | 24 jam | 24 jam | 100% (tercapai) |
| 72 | Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di RS | 12 menit | 25 menit | 132% (melampaui) |
| 73 | Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan | 22 menit | 30 menit | 126,67% (melampaui) |
| | Pelayanan Pemulasaran Jenazah | | | |
| 74 | Waktu tanggap respon Time Pelayanan pemulasaran jenazah | NA | 1 jam | NA |
| | Pemeliharaan Alat | | | |
| 75 | Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat maksimal dalam waktu 15 menit | 88% | 80% | 110% (terlampau) |

| No | Indikator Kinerja | Realisasi Tahun 2017 | Target Tahun 2019 (Akhir Renstra) | Capaian 2017 Terhadap 2019 |
|-----------------------------------|--|----------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 76 | Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai ketentuan yg berlaku | 90% | 100% | 90% (belum tercapai) |
| 77 | Peralatan laboratorium dan alat ukur yg digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi | 100% | 100% | 100% (tercapai) |
| Pelayanan Laundry | | | | |
| 78 | Tidak adanya kejadian linen yg hilang | 100% | 100% | 100% (tercapai) |
| 79 | Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap | 98% | 100% | 98% (belum tercapai) |
| Pengendalian Infeksi | | | | |
| 80 | Anggota Tim PPI yg terlatih | 100% | 75% | 133,33% (melampaui) |
| 81 | Tersedia APD di setiap instalasi | 75% | 60% | 125% (melampaui) |
| 82 | Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/HAI (Health Care Associated Infection) di RS (min 1 parameter) | 90% | 75% | 120% (melampaui) |
| Administrasi dan Manajemen | | | | |
| 83 | Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi | 100% | 100% | 100% (tercapai) |
| 84 | Kelengkapan laporan akuntabilitas | 100% | 100% | 100% (tercapai) |
| 85 | Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat | 100% | 100% | 100% (tercapai) |
| 86 | Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala | 100% | 100% | 100% (tercapai) |
| 87 | Cost recovery (IKU) | 104% | 100% | 104% (melampaui) |
| 88 | Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan | 99% | 100% | 99% (belum tercapai) |
| 89 | Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap | 1,56 jam | 1,5 jam | 96% (belum tercapai) |
| 90 | Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu | 80% | 100% | 80% (belum tercapai) |
| 91 | Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun (IKU) | 6,23% | 60% | 10,38% (belum tercapai) |
| Cakupan Pelayanan | | | | |

| No | Indikator Kinerja | Realisasi Tahun 2017 | Target Tahun 2019 (Akhir Renstra) | Capaian 2017 Terhadap 2019 |
|----|--|----------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 92 | Rata-rata kunjungan rawat jalan per hari (IKU) | 270 kunj. | 325 kunj. | 83,08% (belum tercapai) |
| 93 | Rata-rata kunjungan rawat darurat per hari | 45 kunj. | 53 kunj. | 84,91% (belum tercapai) |
| 94 | Hari perawatan | 44.201 hari | 50.000 hari | 88,40% (belum tercapai) |
| 95 | <i>Bed Occupancy Rate/BOR</i> (IKU) | 69,97% | 77% | 90,87% (belum tercapai) |
| 96 | Rata-rata operasi per hari | 9 org | 10 org | 90% (belum tercapai) |

Data di atas apabila dibandingkan dengan target akhir Renstra di tahun 2019, terdapat 33 (34,38%) target indikator akhir Renstra yang telah tercapai, 24 (25%) target indikator yang telah terlampaui, namun demikian masih terdapat 39 (40,63%) target indikator belum tercapai di tahun 2017.

3.4. Analisis Capaian Kinerja Sasaran Strategis

3.4.1 Sasaran-1:

“Meningkatnya Mutu Pelayanan di Setiap Unit Pelayanan Rumah Sakit”

Hasil evaluasi capaian kinerja sasaran Meningkatkan Mutu Pelayanan di Setiap Unit Pelayanan Rumah Sakit dengan 1 (satu) indikator kinerja mendapatkan angka capaian kinerja sebesar 98,53% dengan predikat **“Sangat Tinggi”** ($91\% \leq 100\%$).

Realisasi indikator kinerja sasaran-1 Renstra pentahapan tahun 2017 sebagaimana tabel 3.10 berikut.

Tabel. 3.10. Realisasi Indikator Sasaran-1 Tahun 2017

| Indikator Kinerja Utama | Tahun 2017 | | | |
|--------------------------------|------------|-----------|---------|------------------|
| | Target | Realisasi | Capaian | Predikat Kinerja |
| Kepuasan Pelanggan Rumah Sakit | 80 | 78,82 | 98,53% | Sangat Tinggi |

Kepuasan pelanggan RSUD Muntilan diukur melalui survei Indeks Kepuasan Masyarakat sesuai dengan

KepMenPan nomor 25 Tahun 2004 tentang Pedoman Umum Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Pelayanan Instansi Pemerintah. Hasil survey IKM dibedakan dalam 4 (empat) kategori yaitu:

1. Sangat Baik 81,26 - 100
2. Baik 62,51 - 81,25
3. Kurang Baik 43,76 - 62,50
4. Tidak Baik 25,00 - 43,75

Survei IKM ini dilaksanakan secara rutin setiap 3 (tiga) bulan sekali dengan metode sampling.

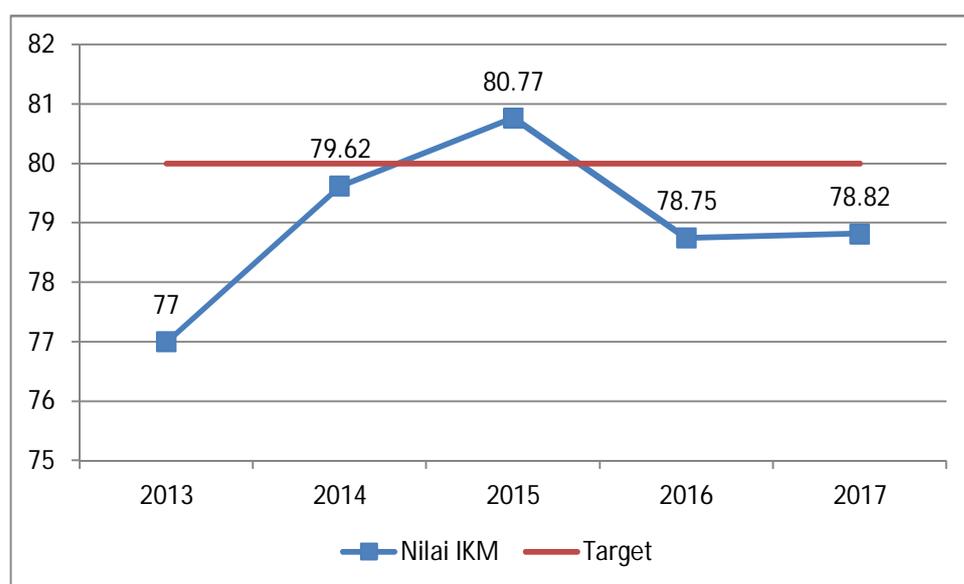
Pada tahun 2017, nilai IKM RSUD Muntilan adalah 78,82 dari nilai yang ditargetkan 80 sehingga capaiannya 98,52%. Nilai IKM yang dicapai RSUD Muntilan termasuk dalam kategori "**BAIK**". Survei IKM dilaksanakan secara mandiri oleh RSUD Muntilan dan bekerjasama dengan Universitas Muhammadiyah Magelang (UMM) di 15 (lima belas) instalasi/unit pelayanan RS sebagaimana dipersyaratkan dalam Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit (SPMRS) yaitu: 1). Instalasi Gawat Darurat; 2). Tempat Pendaftaran pasien Rawat Jalan (TPPRJ); 3). Instalasi Rawat Jalan; 4). Instalasi Rawat Inap; 5). Instalasi Persalinan (VK); 6). Instalasi Neonatal Intensive Care Unit (NICU); 7). Instalasi Intensive Care Unit (ICU); 8). Instalasi Bedah Sentral; 9). Instalasi Rehabilitasi Medik; 10). Instalasi Rujukan & Ambulans; 11). Instalasi Radiologi; 12). Instalasi Laboratorium; 13). Instalasi Farmasi; 14). Instalasi Gizi; dan 15). Instalasi Keamanan, Ketertiban dan Parkir. Hasil survei kepuasan pelanggan RSUD Muntilan tahun 2017 sebagaimana tabel 3.11 berikut.

Tabel. 3.11. Hasil Survei Indeks Kepuasan Pelanggan RSUD Muntilan Tahun 2017

| No. | Instalasi/Unit | Nilai IKM | Predikat |
|-----|---|-----------|-------------|
| 1. | Instalasi Gawat Darurat (IGD) | 82.86 | Sangat baik |
| 2. | Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan (TPPRJ) | 77.42 | Baik |
| 3. | Rawat Jalan | 76.74 | Baik |
| 4. | Rawat Inap | 80.70 | Baik |
| 5. | Persalinan (VK) | 81.57 | Sangat Baik |
| 6. | Neonatal Intensive Care Unit (NICU)/Kenanga | 80.80 | Baik |
| 7. | Intensive Care Unit (ICU) | 81.21 | Baik |
| 8. | Bedah Sentral | 78.32 | Baik |
| 9. | Rehabilitasi Medik | 79.95 | Baik |
| 10. | Rujukan dan Ambulans | 75.96 | Baik |
| 11. | Radiologi | 79.11 | Baik |
| 12. | Laboratorium | 81.39 | Baik |

| No. | Instalasi/Unit | Nilai IKM | Predikat |
|-----|---------------------------------|--------------|-------------|
| 13. | Farmasi | 75.33 | Baik |
| 14. | Gizi | 79.84 | Baik |
| 15. | Keamanan, Ketertiban dan Parkir | 71.15 | Baik |
| | IKM Rata-rata | 78.82 | Baik |

Realisasi IKM RSUD Muntilan dalam 5 (lima) tahun terakhir adalah sebagai berikut (gambar 3.1).



Gambar 3.1. Trend Realisasi IKM RSUD Muntilan Tahun 2013-2017

Grafik di atas menunjukkan bahwa IKM RSUD Muntilan dari tahun ketahun kecenderungannya meningkat. Hal ini menunjukkan bahwa semakin banyak pelanggan RSUD Muntilan yang merasa puas terhadap layanan yang diberikan oleh RSUD Muntilan. Kondisi ini didukung oleh upaya untuk terus membangun dan meningkatkan kualitas pelayanan menuju pelayanan prima. Upaya yang dilakukan di tahun 2017 antara lain dengan:

1. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan serta capaian Standar Pelayanan Minimal RSUD Muntilan yang ditetapkan melalui Peraturan Bupati nomor 16 tahun 2014 tentang Rencana Penerapan dan Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan Kabupaten Magelang.
2. Pelaksanaan verifikasi akreditasi oleh Tim KARS tahun pertama setelah dinyatakan terakreditasi tingkat madya/bintang tiga di tahun 2016.
3. Menyediakan sarana pengaduan masyarakat melalui:
 - a. Pelayanan langsung melalui Instalasi Humas dan PKRS
 - b. Kotak saran di semua unit pelayanan rumah sakit
 - c. SMS keluhan dan saran pelanggan dengan nomor 081229791 dan 081548220198

d. e_mail dengan alamat rsudkabmgl@gmail.com

Realisasi Indikator Kinerja Utama pada sasaran-1 terhadap target kinerja Renstra RSUD Muntilan pada tahun 2019 sebagaimana tabel 3.12 berikut.

Tabel. 3.12. Realisasi Indikator Kinerja Utama Sasaran-1 terhadap Target Akhir Renstra

| Indikator Kinerja Utama | Realisasi 2016 | Realisasi 2017 | Target 2019 | Capaian 2017 terhadap 2019 |
|--------------------------------|----------------|----------------|-------------|----------------------------|
| Kepuasan Pelanggan Rumah Sakit | 78.75 | 78.82 | 80 | 98,53% (belum tercapai) |

Sasaran meningkatnya mutu pelayanan di setiap unit pelayanan rumah sakit (sasaran-1) dicapai melalui Program Manajemen Pelayanan Kesehatan Masyarakat pada kegiatan Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan BLUD. Kegiatan peningkatan mutu pelayanan kesehatan BLUD merupakan kegiatan yang mawadahi biaya operasional dan non operasional BLUD yang dirinci dalam Rencana Anggaran Biaya (RAB) BLUD. Kegiatan dalam RAB BLUD yang mendukung pencapaian sasaran-1 adalah Biaya Operasional pada rekening Biaya Pelayanan dan Pendukung Pelayanan.

Realisasi dana yang digunakan untuk mencapai sasaran-1 sebesar Rp. 53,830,040,832,- atau 93,12% dari alokasi anggaran Rp. 57.808.093.161,- Realisasi output yaitu pelayanan dan pendukung pelayanan selama 12 bulan dalam 1 (satu) tahun adalah 100%. Realisasi keuangan sebesar 93,12% dibandingkan dengan capaian kinerja sasaran sebesar 98,53%, menunjukkan bahwa sumber daya untuk mencapai sasaran-1 belum dimanfaatkan secara efisiensi (capaian kinerja masih di bawah 100%).

Faktor yang mempengaruhi keberhasilan pencapaian sasaran tersebut adalah: adanya komitmen semua jajaran RSUD Muntilan untuk senantiasa berupaya meningkatkan mutu pelayanan melalui peningkatan ketrampilan SDM, menerapkan standar pelayanan, pemenuhan sarana, prasarana dan alat kesehatan sesuai standar rumah sakit serta menciptakan kondisi aman dan nyaman di lingkungan rumah sakit.

3.4.2. Sasaran 2:

“Terwujudnya Pengelolaan Sumber Daya RS yang Profesional dan Akuntabel”

Hasil evaluasi capaian kinerja sasaran Terwujudnya Pengelolaan Sumber Daya Rumah Sakit yang Profesional dan Akuntabel dengan 1 (satu)

indikator kinerja mendapatkan angka capaian kinerja sasaran sebesar 104% dengan predikat “Sangat Tinggi” ($91\% \leq 100\%$).

Hasil pengukuran capaian kinerja sasaran Terwujudnya Pengelolaan Sumber Daya Rumah Sakit yang Profesional dan Akuntabel adalah sebagai berikut (table 3.13).

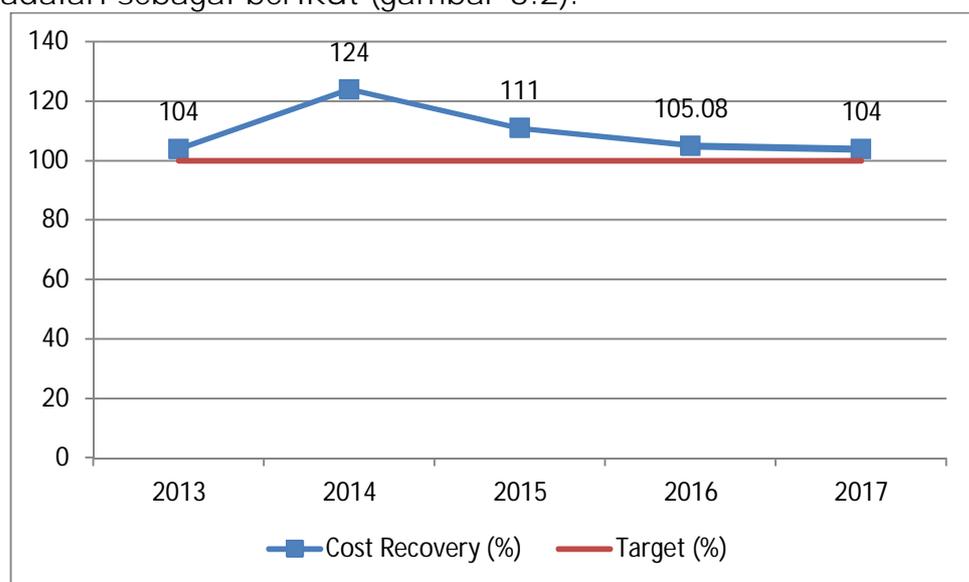
Tabel. 3.13. Realisasi Indikator Sasaran-2 Tahun 2017

| Indikator Kinerja Utama | Tahun 2017 | | | |
|-------------------------|------------|-----------|---------|------------------|
| | Target | Realisasi | Capaian | Predikat Kinerja |
| <i>Cost Recovery</i> | 100% | 104% | 104% | Sangat Tinggi |

Cost Recovery merupakan indikator yang menunjukkan efisiensi dan efektivitas pengeloan sumber daya rumah sakit yang bertujuan untuk menggambarkan tingkat kesehatan keuangan rumah sakit. *Cost Recovery* adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu.

Pada tahun 2017 *Cost Recovery* RSUD Muntilan mencapai 104%. Hal ini menunjukkan bahwa pendapatan fungsional rumah sakit tahun 2017 telah mampu membiayai seluruh biaya operasional RSUD Muntilan tahun 2017 bahkan terdapat selisih lebih atau surplus yang menjadi Silpa tahun 2017.

Trend realisasi *Cost Recovery* 5 (lima) tahun terakhir adalah sebagai berikut (gambar 3.2).



Gambar.3.2. Trend *Cost Recovery* RSUD Muntilan Tahun 2013-2017

Realisasi *Cost Recovery* RSUD Muntilan dari tahun 2013-2017 fluktuatif, namun setiap tahunnya sudah di atas 100%. Hal ini berarti bahwa setiap tahunnya pendapatan fungsional RSUD Muntilan mampu membiayai biaya operasional rumah sakit pada tahun berjalan bahkan terdapat selisih lebih pendapatan fungsional yang menjadi Silpa BLUD tahun yang bersangkutan.

Realisasi Indikator Kinerja Utama pada sasaran-2 terhadap target kinerja Renstra RSUD Muntilan pada tahun 2019 sebagaimana tabel 3.14 berikut.

Tabel. 3.14. Realisasi Indikator Kinerja Utama Sasaran-2 terhadap Target Renstra

| Indikator Kinerja Utama | Realisasi 2016 | Realisasi 2017 | Target 2019 | Capaian 2017 terhadap 2019 |
|-------------------------|----------------|----------------|-------------|----------------------------|
| <i>Cost Recovery</i> | 105.08% | 104% | 100% | 104% (melampaui) |

Sasaran terwujudnya pengelolaan sumber daya Rumah Sakit yang profesional dan akuntabel tersebut dicapai melalui program dan kegiatan berikut:

1. Program Pengadaan, Peningkatan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit/Jiwa/Paru-Paru dan RS Mata pada kegiatan Pemeliharaan dan Pengembangan SIMRS
2. Program Manajemen Pelayanan Kesehatan Masyarakat, pada kegiatan Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan BLUD, dalam Rencana Anggaran Belanja (RAB) BLUD RSUD Muntilan masuk dalam Biaya Umum dan Administrasi pada biaya pemeliharaan teknologi informasi serta dalam Biaya Investasi pada biaya pembelian komputer.

Realisasi keuangan yang digunakan untuk mencapai sasaran-2 adalah Rp. 407.980.567,- atau 82,92% dari alokasi anggaran Rp. 492.000.000,-. Capaian kinerja sasaran sebesar 104% dibandingkan dengan realisasi keuangan sebesar 82,92%, menunjukkan adanya efisiensi sumber daya dalam mencapai sasaran-2.

Faktor yang mempengaruhi keberhasilan pencapaian sasaran tersebut adalah sebagai berikut:

1. Adanya optimalisasi pendapatan dari unit pelayanan rumah sakit maupun peningkatan potensi pendapatan dari sumber lain seperti parkir, kantin, *tea corner*, kerjasama dengan bank untuk Anjungan Tunai Mandiri (ATM) dan sejenisnya.
2. Adanya monitoring dan evaluasi pada unit-unit pelayanan rumah sakit untuk mencegah terjadinya kehilangan pendapatan karena ketidakcermatan petugas.

3. Diterapkannya asas efektif dan efisien serta skala prioritas dalam penyelenggaraan kegiatan belanja operasional rumah sakit bersumber pendapatan BLUD.

3.4.3. Sasaran-3:

“Meningkatnya Profesionalisme Sumber Daya Manusia di Setiap Unit Pelayanan Rumah Sakit Sesuai Bidang Tugasnya”

Hasil evaluasi capaian kinerja sasaran Meningkatkan Profesionalisme Sumber Daya Manusia di Setiap Unit Pelayanan Rumah Sakit Sesuai Bidang Tugasnya dengan 1 (satu) indikator kinerja mendapatkan angka capaian kinerja sasaran sebesar 10,38% dengan predikat kinerja **“Sangat Rendah”** ($\leq 50\%$).

Hasil pengukuran capaian kinerja sasaran meningkatnya profesionalisme sumber daya manusia di setiap unit pelayanan Rumah Sakit sesuai bidang tugasnya (sasaran-3) sebagaimana tabel 3.15 berikut.

Tabel. 3.15. Realisasi Indikator Sasaran-3 Tahun 2017

| Indikator Kinerja Utama | Tahun 2017 | | | |
|---|------------|-----------|---------|------------------|
| | Target | Realisasi | Capaian | Predikat Kinerja |
| Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun | 60% | 6,23% | 10,38% | Sangat Rendah |

Indikator karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun merupakan salah satu indikator Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit (SPMRS) sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan nomor 129/Menkes/II/2008 tentang Standar Minimal Rumah Sakit. Indikator ini bertujuan untuk menggambarkan kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia. Pelatihan dalam hal ini adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal.

Realisasi karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun di tahun 2017 baru mencapai 6,23%. Pada hakekatnya sebagian besar karyawan rumah sakit telah mengikuti pelatihan terutama pelatihan yang diadakan di dalam rumah sakit, namun apabila diakumulasi belum mencapai 20 jam per tahun untuk setiap individu.

Pelatihan yang dilaksanakan di tahun 2017 baik internal maupun eksternal sebagaimana tabel 3.16 dan tabel 3.17 berikut.

Tabel 3.16. Daftar Pelatihan Internal RSUD Muntilan Tahun 2017

| No. | Nama Pelatihan | Jumlah Peserta (Jam) | Penyelenggara |
|-----|---|----------------------|---------------|
| 1. | In House Training Surveillance bagi IPCLN | 20 orang (4 jam) | RSUD Muntilan |
| 2. | Diklat Internal Orientasi Pegawai Baru | 43 orang (5 jam) | RSUD Muntilan |
| 3. | In House Training PMKP bagi PIC | 45 orang (4 jam) | RSUD Muntilan |

Tabel 3.17. Daftar Pengiriman Peserta Pelatihan Eksternal Tahun 2017

| No. | Nama Pelatihan | Jumlah Peserta (Jam) | Penyelenggara |
|-----|--|----------------------|---------------------------|
| 1. | Training Komunikasi Investigasi | 1 orang (5 jam) | TOSSCOM |
| 2. | Workshop on Hospital Architecture and Bussiness Strategi | 2 orang (3 jam) | PT Global Rancang Selaras |
| 3. | Pelatihan Manajemen Rekam Medis Berbasis Akreditasi Rumah Sakit | 1 orang (10 jam) | PROQUA |
| 4. | Training Publik Relation, Media Relation and Corporate Communication | 1 orang (10 jam) | EXPERTINDO |
| 5. | Workshop Pelayanan Gizi RS (Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dalam PGRS dan Sistem Keamanan Pangan RS disesuaikan dengan Standar Akreditasi RS) | 1 orang (10 jam) | PERSAGI |
| 6. | Pelatihan Gizi Nasional (Assesmen Gizi pada Pasien Critical III dan Penerapan Manajemen Mutu Pelayanan Gizi RS) | 1 orang (30 jam) | ASDI DPD Jateng |
| 7. | Pelatihan Central Sterile Supply Department | 1 orang (43 jam) | PIPSI |
| 8. | Seminar Kepemimpinan Manajer Keuangan dan Akuntansi dalam Peningkatan Mutu dan Pengendalian Biaya di RS | 2 orang (3 jam) | FK UGM |
| 9. | Pelatihan Ketrampilan Dasar Bagi Perawat Kamar Bedah Berbasis Kompetensi | 1 orang (40 jam) | HIPKABI |
| 10. | Annual Scientic Meeting (AMS) FK UGM | | |
| 11. | Workshop Nasional Elektromedis (Peningkatan Kompetensi Elektromedis dalam Manajemen | 1 orang (3 jam) | FK UGM |

| No. | Nama Pelatihan | Jumlah Peserta (Jam) | Penyelenggara |
|-----|--|----------------------|---|
| | Pemeliharaan, Perbaikan serta Keamanan dan Keselamatan Kerja di Ruang Radiologi) | | |
| 12. | Seminar dan Workshop 3: Akreditasi RS/Assesor Internal RS "Assesor Internal Rumah Sakit Menuju Akreditasi Paripurna" | 1 orang (16 jam) | KARS |
| 13. | Pelatihan BCLS | 2orang (50 jam) | DPK PPNI RSUD Kota Yogyakarta |
| 14. | Chomprehensive Manajement of Pediatric Sepsis | 1 orang (16 jam) | Yayasan Pediatric Gawat Darurat Indonesia |
| 15. | Edvanced Modes of Mechanical Ventilation & Non Inasive Ventilation in Critically III Cildren | 1 orang (26jam) | Yayasan Pediatric Gawat Darurat Indonesia |
| 16. | Smart and Safe Care of Extremely Preterm Infants; Towards Optimal Quality of Life | 1 orang (8 jam) | Yayasan Pediatric Gawat Darurat Indonesia |
| 17. | Pelatihan Implementasi Audit Keperawatan | 1 orang (40 jam) | RSUP Dr Kariadi |
| 18. | Orthopaedic Course for Operating Room Nurse | 1 orang (52 jam) | HIPKABI |
| 19. | Pelatihan Implementasi Audit Keperawatan | 1 orang (32 jam) | RSUP Dr Kariadi |
| 20. | Pelatihan Metodologi Penelitian bagi para Dosen Pembimbing Klinik Rumah Sakit dan Puskesmas | 1 orang (4 jam) | FK UII Yogyakarta |
| 21. | Jogja PERSI Expo 2017 "Medicolegal dalam Pelayanan Kesehatan; Menghadapi Tantangan di Era Keterbukaan" | 1 orang (12 jam) | PERSI |
| 22. | Pelatihan Metodologi Penelitian bagi para Dosen Pembimbing Klinik Rumah Sakit dan Puskesmas | 1 orang (4 jam) | FK UII Yogyakarta |
| 23. | Workshop Khusus Manajer Pelayanan Pasien (Case Manajer) dalam Akreditasi RS Versi 2012 | 1 orang (12 jam) | KARS |
| 24. | Pelatihan BTCLS/PPGD | 11 orang (20 jam) | Pusdiklat PMI DIY |
| 25. | Lokakarya Reorientasi dan Restrukturisasi Pelayanan Kesehatan Berbasis Masalah Kesehatan | 1 orang (4 jam) | ADINKES Jawa Tengah |
| 26 | Workshop Sterilisasi Instrumen yang Baik dan Benar di CSSD | 1 orang (3 jam) | PT Global Dispomedika |

| No. | Nama Pelatihan | Jumlah Peserta (Jam) | Penyelenggara |
|-----|---|----------------------|-------------------------------|
| 27 | Workshop Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien & Infection Control Risk Assesment (PMKP & ICRA) | 3 orang (16 jam) | Universitas Airlangga |
| 28 | Pelatihan Operasional dan Integrasi Aplikasi SISRUITE (Sistem Rujukan Terpadu) | 1 orang (6 jam) | RSUP Dr. Kariadi |
| 30 | Workshop Manajemen Penatalaksanaan Talasemia | 2 orang (8 jam) | PPNI DIY |
| 31 | Jogja PERSI EXPO | 2 orang (12 jam) | PERSI |
| 32 | Workshop Infection Prevention Nurse (IPCN) | 2 orang (9 jam) | DPW PPNI DIY |
| 33 | Workshop Surveillance & Infection Control Risk Assesment (ICRA) di RS | 1 orang (6 jam) | RSI Sultan Agung Semarang |
| 34 | Pelatihan Assesor Kompetensi Perawat | 1 orang (15 jam) | HPMI Prov. Jateng |
| 35 | Diklat Dialis untuk Dokter | 1 orang (20 jam) | RSUP Dr. Sardjito |
| 36 | Workshop Balis Uline Perijinan Fasilitas Radiologi Diagnostik dan Intervensional | 1 orang (9 jam) | BAPETEN |
| 37 | Seminar Sehari Kunci Sukses Manajemen RS dalam Pengelolaan Dana JKN | 2 orang (3 jam) | BPJS Kesehatan |
| 38 | Forum Mutu Indonesia, Healthcare Quality Network (IHQN) ke XIII | 2 orang (3 jam) | ADINKES |
| 39 | Diklat Perawat Ginjal Intensif | 2 orang (20 jam) | RSA UGM, RSUP Dr. Sardjito |
| 40 | Temu Ilmiah Nasional Ikatan Psikologi Klinis 2017 | 1 orang (6 jam) | IPK HIMPSI Pusat |
| 41 | Bintek Penyusunan Program PMKP (QPS Level 1) | 1 orang (15 jam) | KARS |
| 42 | Simposium pada Pertemuan Ilmiah Regional PERDOSSI Joglosemarmas ke 29 | 1 orang (6 jam) | PERDOSSI Surakarta |
| 43 | Pelatihan PPGD | 3 orang (20 jam) | DPK PPNI RSUD Kota Yogyakarta |
| 44 | Pelatihan Praktek Analisa Data Klaim BPJS & Deteksi Potensi Fraud | 1 orang (15 jam) | PROQUA |
| 45 | Seminar Nasional Pengelolaan BLU RS | 1 orang (3 jam) | RSUP Dr. Kariadi |
| 46 | Bintek Penyusunan Laporan Dewan Pengawas | 1 orang (12 jam) | Excellent Consult |
| 47 | Pelatihan Penyusunan Laporan Keuangan Pemerintah dengan aplikasi SIMDA | 1 orang (10 jam) | BPPKAD |
| 48 | Sosialisasi Mekanisme Penetapan Saldo Awal | 2 orang (3 jam) | BPPKAD |

| No. | Nama Pelatihan | Jumlah Peserta (Jam) | Penyelenggara |
|-----|---|----------------------|----------------------|
| | Laporan Keuangan OPD Kab. Magelang Tahun 2017 | | |
| 49 | Seminar Nasional XV PERSI | 1 orang (20 jam) | PERSI |
| 50 | Bintek Penyusunan RBA 2018 | 1 orang (15 jam) | Excelent Consult |
| 51 | Seminar Pemanfaatan IT dalam Lingkup PPI | 3 orang (4 jam) | RSUP Dr. Kariadi |
| 52 | Sosialisasi Aplikasi SP2D Online | 1 orang (5 jam) | BPPKAD |
| 53 | Pelatihan Teknik Analisis & Visualisasi Data Pelayanan Kesehatan | 1 orang (12 jam) | PROQUA |
| 54 | Sosialisai Prosedur Pelayanan & Aplikasi E-RSTC | 2 orang (4 jam) | BPJS Ketenagakerjaan |
| 55 | Simposium dan Workshop Pelaksanaan Gawat Darurat Terkini pada Trauma Mata | 2 orang (4 jam) | IKAPMI PD Yogyakarta |
| 56 | Sosialisasi Pencatatan Laporan Keuangan Terkait Penanganan TPTGR | 2 orang (4 jam) | SETDA Kab. Magelang |
| 57 | Sosialisasi Perpajakan, Pedoman dan Langkah2 Akhir Anggaran 2017 | 1 orang (3 jam) | BPPKAD KAB. Magelang |

Pelatihan karyawan RSUD Muntilan di tahun 2017 lebih banyak dilakukan di luar RSUD Muntilan yaitu dengan mengirimkan peserta ke penyelenggaraan pelatihan/diklat baik Rumah Sakit, Organisasi Profesi maupun Penyelenggara pelatihan lainnya sesuai dengan kebutuhan rumah sakit.

Jumlah karyawan RSUD Muntilan per 31 Desember 2017 sebanyak 546 orang. Dari jumlah tersebut sebanyak 62 orang (11,35%) telah mengikuti pelatihan baik yang diselenggarakan oleh RSUD Muntilan maupun Institusi lain, namun demikian baru 34 orang (6,23%) yang memenuhi kriteria karyawan mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun.

Realisasi Indikator Kinerja Utama pada sasaran-3 terhadap target kinerja Renstra RSUD Muntilan pada tahun 2019 sebagaimana tabel 3.18 berikut.

Tabel. 3.18. Realisasi Indikator Kinerja Utama Sasaran-3 Terhadap Target Akhir Renstra

| Indikator Kinerja Utama | Realisasi 2016 | Realisasi 2017 | Target 2019 | Capaian 2017 terhadap 2019 |
|---|----------------|----------------|-------------|----------------------------|
| Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun | 38,10% | 6,23% | 60% | 10,38% (belum tercapai) |

Sasaran Meningkatnya Profesionalisme Sumber Daya manusia di Setiap Unit Pelayanan Rumah Sakit Sesuai Bidang Tugasnya tersebut dicapai melalui program Manajemen Pelayanan Kesehatan Masyarakat dengan kegiatan Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan BLUD, dalam Rencana Anggaran Belanja (RAB) BLUD RSUD Muntilan kegiatan Biaya Operasional pada Biaya Umum dan Administrasi pada rekening Biaya Kursus, Pelatihan dan Sosialisasi.

Realisasi dana yang digunakan untuk mencapai sasaran tersebut adalah Rp. 305.054.189,- atau 87,16% dari anggaran Rp. 350.000.000,-. Realisasi output tidak dapat diukur tersendiri namun menjadi satu kesatuan dalam kegiatan peningkatan mutu pelayanan kesehatan BLUD yaitu pelayanan dan pendukung pelayanan RS selama 12 bulan dengan capaian kinerja 100%. Realisasi keuangan sebesar 87,16% dibandingkan dengan capaian kinerja sasaran sebesar 10,38% menunjukkan bahwa penggunaan sumber daya dalam mencapai sasaran tersebut belum efisien.

Faktor yang mempengaruhi pencapaian sasaran tersebut adalah:

1. Tersedianya alokasi dana pelatihan bersumber pendapatan BLUD pada Rencana Anggaran Belanja (RAB) BLUD yang cukup banyak.
2. Adanya kerjasama RSUD Muntilan dengan institusi pendidikan bidang kesehatan dan rumah sakit di wilayah Jawa Tengah dan DIY.
3. Tersedianya dokter spesialis yang dapat dijadikan sebagai nara sumber pelatihan intern di RSUD Muntilan.
4. Dibentuknya Instalasi Diklit di RSUD Muntilan.

Hambatan/masalah yang dihadapi dalam pencapaian sasaran adalah:

1. Banyaknya jumlah karyawan RS sehingga peserta yang dikirim untuk mengikuti pelatihan disesuaikan dengan kebutuhan prioritas rumah sakit.
2. Keterbatasan jenis pelatihan yang diselenggarakan khususnya untuk pelatihan eksternal yang sesuai dengan kebutuhan pelatihan rumah sakit.
3. Jumlah jam mengikuti pelatihan antar karyawan tidak seimbang.
4. Keterbatasan dana untuk dapat menyelenggarakan/mengirim pelatihan keseluruhan karyawan Rumah Sakit.

Solusi atas hambatan/masalah di atas adalah sebagai berikut:

1. Membuat rencana kebutuhan, skala prioritas dan pendanaan pelatihan karyawan setiap tahunnya pada semua bidang/bagian RSUD Muntilan.

2. Mencari informasi terkait pelatihan khususnya pelatihan eksternal sesuai kebutuhan rumah sakit.
3. Diseminasi informasi melalui *in house training* oleh peserta pelatihan kepada karyawan lainnya di RSUD Muntilan.
4. Penyelenggaraan pelatihan mandiri di RSUD Muntilan dengan mengundang nara sumber dari luar ataupun memanfaatkan nara sumber dari RSUD Muntilan sehingga lebih banyak karyawan yang dapat mengikuti.
5. Pengoptimalkan fungsi Instalasi Diklit RSUD Muntilan.
6. Mengajukan kebutuhan pelatihan Rumah Sakit untuk dapat diakomodir Badan Kepegawaian Pendidikan dan Pelatihan Daerah (BKPPD) Kabupaten Magelang.

**4.4.4. Sasaran-4:
"Meningkatnya Cakupan Pelayanan Rawat Jalan, Rawat Inap dan Penunjang"**

Hasil evaluasi capaian kinerja sasaran Meningkatkan Cakupan Pelayanan Rawat Jalan, Rawat Inap dan Penunjang dengan 2 (dua) indikator kinerja mendapatkan rata-rata angka capaian kinerja sasaran sebesar 86,96% dengan predikat **"Tinggi"** ($76\% \leq 90\%$).

Hasil pengukuran capaian kinerja sasaran Meningkatkan Cakupan Pelayanan Rawat Jalan, Rawat Inap dan Penunjang adalah sebagai berikut (table 3.19).

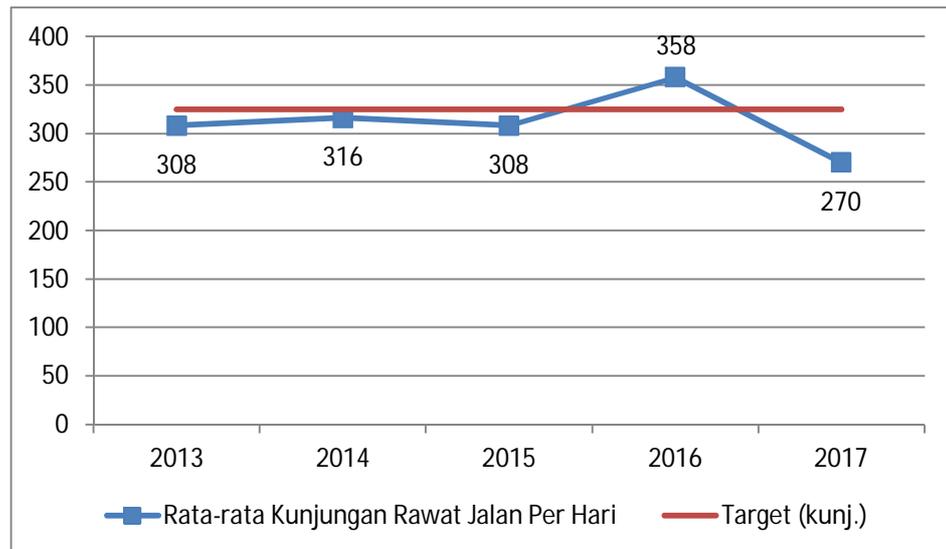
Tabel. 3.19. Realisasi Indikator Sasaran-4 Tahun 2017

| No. | Indikator Kinerja Utama | Tahun 2017 | | | Predikat Kinerja |
|-----|--|---------------|---------------|--------------|------------------|
| | | Target | Realisasi | Capaian | |
| 1. | Rata-rata kunjungan rawat jalan per hari | 325 kunjungan | 270 kunjungan | 83,08% | Tinggi |
| 2. | <i>Bed Occupancy Rate</i> (BOR) | 77% | 69,97% | 90,87% | Tinggi |
| | Rata-rata Capaian | | | 86,96 | Tinggi |

1. Rata-rata Kunjungan Rawat Jalan per Hari

Rata-rata kunjungan rawat jalan perhari tahun 2017 terealisasi 270 kunjungan perhari dari target 325 kunjungan perhari, sehingga capaian kerjanya 83,08% dengan predikat **"Tinggi"**. Rata-rata kunjungan rawat jalan perhari diperoleh dari jumlah kunjungan rawat jalan setahun dibagi jumlah hari buka pelayanan rawat jalan setahun. Jumlah kunjungan rawat jalan tahun 2017 sebanyak 79.281 kunjungan, sedangkan jumlah hari buka pelayanan sebanyak 294 hari, sehingga didapatkan rata-rata rawat jalan perhari sejumlah 270 kunjungan.

Data *trend* rata-rata kunjungan rawat jalan perhari 5 (lima) tahun terakhir sebagai berikut (gambar 2.3).



Gambar. 3.3. *Trend* Realisasi Rata-rata Kunjungan Rawat Jalan Per Hari RSUD Muntilan Tahun 2013-2017

Kunjungan rawat jalan tahun 2013-2015 cenderung stabil dan di tahun 2016 meningkat, namun di tahun 2017 turun secara signifikan. Kecenderungan penurunan kunjungan rawat jalan RSUD Muntilan diantaranya disebabkan karena saat ini BPJS juga menjalin kerjasama dengan rumah sakit swasta sehingga memberi peluang bagi peserta BPJS Kesehatan untuk memilih pelayanan rawat jalan tingkat lanjut di rumah sakit pemerintah atau rumah sakit swasta.

Pada tahun 2014 kunjungan rawat jalan meningkat namun di tahun 2015 menurun. Penurunan disebabkan karena adanya pembatasan/kriteria pasien peserta BPJS yang dapat dirujuk ke rumah sakit sebagai pemberi pelayanan kesehatan tingkat lanjut (PPKTL). Pasien yang tidak memenuhi kriteria tersebut dilayani di Puskesmas sebagai pemberi pelayanan kesehatan dasar (PPKD).

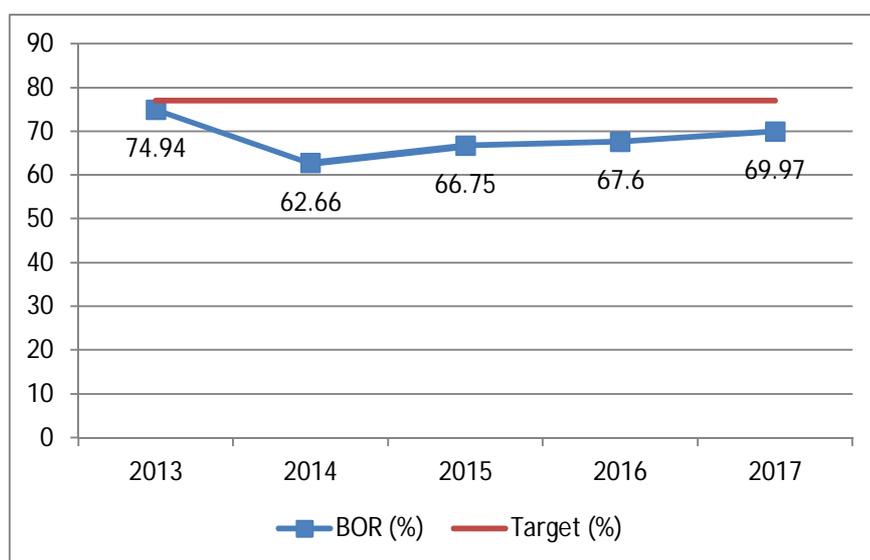
Pada Tahun 2016 jumlah kunjungan pasien rawat jalan meningkat dikarenakan adanya penambahan pelayanan diantaranya dibukanya klinik spesialis bedah orthopedi dan pelayanan klinik spesialis penyakit dalam dari 2 (dua) klinik menjadi 3 (tiga) klinik. Namun demikian di tahun 2017 menurun secara signifikan. Hal ini diantaranya dikarenakan adanya pembatasan/kuota pasien yang dilayani di Poliklinik.

2. *Bed Occupancy Rate* (BOR)

Bed Occupancy Rate (BOR) adalah persentase pemakaian tempat tidur rumah sakit dalam satuan waktu tertentu. Indikator ini memberikan gambaran tinggi

rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit. Nilai parameter BOR yang ideal adalah 60-85% (Depkes RI, 2005), sedangkan nilai ideal BOR yang disarankan adalah 75%. Realisasi BOR tahun 2017 sebesar 69,97% dari target yang ditetapkan 77%. Walaupun realisasi BOR masih di bawah target yang ditetapkan namun angka tersebut masih dalam taraf **"Ideal"** (65-80%). Namun demikian apabila dibandingkan dengan standar internasional (Barber Johnson) BOR RSUD Muntilan tahun 2017 belum ideal karena masih di bawah standar (75-85%).

Realisasi BOR RSUD Muntilan 5 (lima) tahun terakhir sebagaimana gambar 3.4 berikut.



Gambar 3.4. *Trend Realisasi BOR RSUD Muntilan Tahun 2013-2017*

Realisasi BOR RSUD Muntilan apabila dilihat dari tahun 2013-2014 cenderung menurun, namun mulai tahun 2015 meningkat kembali. Hal ini disebabkan saat ini BPJS tidak hanya bekerjasama dengan rumah sakit pemerintah sebagai FKTL namun juga bekerjasama dengan rumah sakit swasta, sehingga peserta BPJS berhak memilih tempat pelayanannya.

Mulai tahun 2015 realisasi BOR cenderung meningkat. Tahun 2017 BOR RSUD Muntilan mencapai 69,97%. Angka ini meningkat dibandingkan dengan realisasi tahun 2016 yaitu 67,6%. Peningkatan jumlah pasien rawat inap berasal dari pasien umum bukan peserta jaminan kesehatan. Kondisi ini dimungkinkan karena adanya peningkatan sarana prasarana rawat inap RSUD Muntilan seperti penyediaan ruang rawat inap VIP dan Kelas I yang memadai serta peningkatan pelayanan dari petugas RSUD Muntilan.

Realisasi Indikator Kinerja Utama pada sasaran-4 terhadap target kinerja Renstra RSUD Muntilan pada tahun 2019 sebagaimana tabel 3.20 berikut.

Tabel. 3.20. Realisasi Indikator Kinerja Utama Sasaran-4 Terhadap Target Akhir Renstra

| No. | Indikator Kinerja Utama | Realisasi 2016 | Realisasi 2017 | Target 2019 | Target 2019 terhadap 2019 |
|-----|--|----------------|----------------|---------------|---------------------------|
| 1. | Rata-rata kunjungan rawat jalan per hari | 358 kunjungan | 270 kunjungan | 325 kunjungan | 83,08% (belum tercapai) |
| 2. | <i>Bed Occupancy Rate</i> (BOR) | 67,60% | 69,97% | 77% | 90,87% (belum tercapai) |

Sasaran Meningkatnya Cakupan Pelayanan Rawat Jalan, Rawat Inap dan penunjang tersebut dicapai melalui program dan kegiatan berikut:

1. Program Pengadaan, Peningkatan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit/Jiwa/Paru-Paru dan RS Mata, dengan kegiatan:
 - a. Pengembangan Ruang Rawat Inap dan Sarpras Pendukung Pelayanan Pasien Dampak Rokok (DBHCHT).
 - b. Pengadaan Sarana Prasarana Pendukung Pelayanan Rumah Sakit (DAK 2017)
 - c. Pengadaan Peralatan Kesehatan (Silpa DAK 2016)
2. Program Manajemen Pelayanan Kesehatan Masyarakat dengan kegiatan Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan BLUD, dalam Rencana Anggaran Belanja (RAB) BLUD RSUD Muntilan kegiatan Biaya Operasional pada Biaya Umum dan Administrasi pada rekening biaya pemeliharaan, biaya promosi dan Biaya Pengeluaran Investasi pada rekening pembelian tanah dan pembangunan gedung dan bangunan.

Realisasi dana yang digunakan untuk mencapai sasaran tersebut adalah Rp. 10.960.736.435,- atau 69,70% dari anggaran Rp. 15.725.828.900,-. Rata-rata realisasi indikator sasaran-4 sebesar 86,96% dengan realisasi keuangan sebesar 69,70% menunjukkan bahwa sumber daya dalam mencapai sasaran-4 belum digunakan secara efisien.

Faktor yang mempengaruhi pencapaian sasaran tersebut adalah sebagai berikut:

1. Adanya jejaring rujukan antara pelayanan kesehatan dasar Puskesmas dan praktek perorangan dengan pelayanan kesehatan rujukan dalam hal ini RSUD Muntilan.

2. Adanya kegiatan penggalangan lintas sektor kesehatan dan organisasi profesi dalam rangka promosi pelayanan rumah sakit.
3. Adanya kegiatan promosi pelayanan RSUD Muntilan secara langsung maupun melalui media cetak atau elektronik.

Hambatan/masalah yang dihadapi dalam pencapaian sasaran adalah:

1. Adanya pembangunan dan renovasi gedung sehingga mengurangi kapasitas tempat pelayanan rumah sakit serta kenyamanan pasien dan penggunaan rumah sakit lainnya.
2. Adanya aturan yang harus ditaati oleh pasien rawat jalan maupun rawat inap peserta jaminan kesehatan pelayanan kesehatannya di rumah sakit dapat dijamin.
3. Pengembangan kerjasama BPJS kesehatan dengan rumah sakit swasta sehingga peserta BPJS dapat memilih pelayanan di rumah sakit yang diinginkan.

Solusi atas hambatan/masalah di atas adalah sebagai berikut:

1. Peningkatan mutu pelayanan rumah sakit mulai dari penerapan standar pelayanan, peningkatan ketrampilan SDM, serta keramahmatan petugas di semua unit pelayanan.
2. Menciptakan kenyamanan dan keamanan di lingkungan rumah sakit.
3. Kegiatan promosi kesehatan untuk *social marketing* rumah sakit melalui media elektronik (siaran radio) maupun media cetak (leaflet, kalender) serta pemberian souvenir pada pasien secara berkala.
4. Penggalangan lintas sektor Puskesmas, Organisasi Profesi, perangkat desa, maupun kelompok masyarakat (Paguyuban Diabetisi).

3.5. Akuntabilitas Keuangan

3.5.1. Analisis Atas Efisiensi dalam Pencapaian Sasaran

Analisis efisiensi terhadap penggunaan sumber daya dilakukan apabila capaian kinerja sasaran mencapai 100% atau lebih.

Biaya yang dialokasikan untuk mencapai 4 (empat) sasaran strategis RSUD Muntilan sesuai dengan Perjanjian Kinerja tahun 2017 sebesar Rp. 86.785.995.561,- dengan realisasi sebesar Rp. 66,104,867,023,- atau 76,17% untuk mencapai sasaran dengan rata-rata capaian kinerja 77,37%. Kondisi ini dapat dikatakan bahwa secara keseluruhan penggunaan sumber daya untuk mencapai sasaran belum efisien. Adapun rincian anggaran dan penggunaan dana untuk masing-

masing sasaran strategis sebagaimana tabel 3.21 berikut.

Efisiensi dapat dicapai pada pelaksanaan program/kegiatan pendukung capaian sasaran-2 "Terwujudnya pengelolaan sumber daya RS yang profesional dan akuntabel, dengan tingkat efisiensi 20,69%. Adapun pelaksanaan program/kegiatan pendukung pencapaian sasaran lainnya belum efisien. Analisis efisiensi pencapaian sasaran strategis secara rinci sebagai berikut (tabel 3.21)

Tabel 3.21. Analisis Efisiensi Pencapaian Sasaran Strategis Tahun 2017

| No | Sasaran | Anggaran (Rp) | Realisasi | | % Capaian kinerja sasaran | Tingkat Efisiensi |
|----|---|----------------|----------------|-------|---------------------------|-------------------|
| | | | (Rp) | % | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 (6-5) |
| 1. | Meningkatnya Mutu Pelayanan di Setiap Unit Pelayanan Rumah Sakit | 57.808.093.261 | 53.830.040.000 | 76,17 | 98.53 | Belum Efisien |
| 2. | Terwujudnya Pengelolaan Sumber Daya RS yang Profesional dan Akuntabel | 492.000.000 | 407.980.567 | 83,31 | 104 | Efisien 20,69% |
| 3. | Meningkatnya Profesionalisme SDM di Setiap Unit Pelayanan RS Sesuai Bidang tugasnya | 350.000.000 | 305.054.189 | 87,16 | 10,38 | Belum Efisien |
| 4. | Meningkatnya Cakupan Pelayanan Rawat Jalan, Rawat Inap dan Penunjang | 28.135.902.300 | 11.561.791.435 | 41,09 | 86,98 | Belum Efisien |
| | Jumlah | 86.785.995.561 | 66.104.867.023 | 76,17 | 77,37 | Belum Efisien |

3.5.2. Realisasi Anggaran Program dan Kegiatan

Sesuai Perubahan APBD tahun anggaran 2017 RSUD Muntilan mengelola Anggaran Belanja Langsung dalam upaya pencapaian sasaran strategis RSUD Muntilan sebesar Rp. 86.785,995.561,- yang terdiri dari pendapatan fungsional BLUD dan Silpa BLUD Rp. 77.102.224.161,-, serta alokasi program dan kegiatan dari APBD Kabupaten Magelang sebesar Rp. 9.609.261.900,-.

Berikut rincian realisasi anggaran pencapaian sasaran strategis tahun 2017 (tabel 3.22).

Tabel. 3.22. Realisasi Anggaran menurut Sasaran dan Indikator Sasaran Strategis RSUD Muntilan Tahun 2017

| No | Sasaran | Indikator Kinerja | Program & Kegiatan | Anggaran (Rp) | Realisasi(Rp) | Capaian Realisasi Keuangan (%) |
|----|---|--|--|-----------------------|-----------------------|--------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1. | Meningkatnya Mutu Pelayanan di Setiap Unit Pelayanan Rumah Sakit | Kepuasan Pelanggan RS | Program Manajemen Pelayanan Kesehatan Masyarakat: | 57.808.093.261 | 53,830,040,832 | 93,12 |
| | | | - Peningkatan Mutu Pelayanan RS BLUD: | 57.733.583.761 | 53.768.430.912 | 93,13 |
| | | | Biaya pelayanan RS | 74.509.500 | 61.609.920 | 82,69 |
| 2. | Terwujudnya Pengelolaan Sumber Daya RS yang Profesional dan Akuntabel | Cost Recovery | Program Pengadaan, Peningkatan Sarpras RS/Jiwa/Paru/Mata: | 400.000.000 | 371.609.567 | 92,90 |
| | | | - Pengembangan & Pemeliharaan SIMRS | 400.000.000 | 371.609.567 | 92,90 |
| | | | Program Manajemen Pelayanan Kesehatan Masyarakat: | 92.000.000 | 36.371.000 | 39,53 |
| | | | - Peningkatan Mutu Pelayanan RS BLUD: | 27.000.000 | 20.985.000 | 77,72 |
| | | | Biaya Pemeliharaan Teknologi Informasi | 65.000.000 | 15.386.000 | 23,67 |
| 3. | Meningkatnya Profesionalisme SDM di Setiap Unit Pelayanan RS Sesuai Bidang tugasnya | Karyawan Mendapat Pelatihan Minimal 20 jam Setahun | Program Manajemen Pelayanan Kesehatan Masyarakat: | 350.000,000 | 305.054.189 | 87,16 |
| | | | - Peningkatan Mutu Pelayanan RS BLUD: | 350,000,000 | 305.054.189 | 87,16 |
| 4. | Meningkatnya Cakupan Pelayanan Rawat Jalan, Rawat Inap dan Penunjang | 1. Rata-rata Kunjungan Rawat Jalan per Hari 2. Bed Occupancy Rate (BOR) | Program Pengadaan, Peningkatan Sarpras RS/Jiwa/Paru/Mata: | 9.204.261.900 | 8.602.361.012 | 93,46 |
| | | | - Pengembangan Ruang Rawat Inap dan Sarpras Pendukung Pelayanan pasien Dampak Rokok (DBHCHT) | 5.744.418.000 | 5.179.283.450 | 90,16 |

| No | Sasaran | Indikator Kinerja | Program & Kegiatan | Anggaran (Rp) | Realisasi(Rp) | Capaian Realisasi Keuangan (%) |
|----|---------------|-------------------|---|-----------------------|-----------------------|--------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | | - Pengadaan Sarpras Pendukung Pelayanan RS (DAK 2017) | 3.145.919.000 | 3.110.470.326 | 98,87 |
| | | | - Pengadaan Peralatan Kesehatan (Silpa DAK 2017) | 318.924.900 | 312.607.236 | 98,02 |
| | | | Program Manajemen Pelayanan Kesehatan Masyarakat: | 18.926.640.400 | 2.959.430.423 | 15,64 |
| | | | - Peningkatan Mutu Pelayanan RS BLUD: | | | |
| | | | Biaya Promosi dan Media Cetak; | 75.000.000 | 65.670.500 | 87,56 |
| | | | Biaya Pemeliharaan; | 948.567.000 | 736.340.523 | 77,63 |
| | | | Biaya Pengadaan Tanah; | 2.266.000.000 | 1.535.379.400 | 67,76 |
| | | | Biaya Pembangunan Gedung & Bangunan | 15.637.073.400 | 622.040.000 | 3,98 |
| | Jumlah | | | 86.785.995.561 | 66.104.867.023 | 76,17 |

Realisasi anggaran program dan kegiatan RSUD Muntilan per program dan kegiatan sesuai DPPA tahun 2017 sebagaimana tabel 3.23 berikut.

Tabel. 3.23. Anggaran dan Realisasi Belanja Langsung RSUD Muntilan Tahun 2017

| No | Program/Kegiatan | Jumlah | Realisasi (Rp) | % |
|----------|--|---------------|----------------|-------|
| | | Anggaran (Rp) | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| A | BELANJA LANGSUNG | | | |
| | 1. Program Pengadaan, Peningkatan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit/Rumah Sakit Jiwa/Rumah Sakit Paru-paru/Rumah Sakit Mata | 9.609.261.900 | 8.973.970.579 | 93,39 |
| | Kegiatan: | | | |
| | 1. Pengembangan Ruang Rawat Inap dan Sarpras Pendukung Pelayanan Dampak Rokok (DBHCHT) | 5.744.418.000 | 5.179.283.450 | 90,16 |
| | 2. Pengadaan Sarana Prasarana Pendukung Pelayanan Rumah Sakit | 3.145.919.000 | 3.110.470.326 | 98,87 |
| | 3. Pengembangan dan Pemeliharaan SIMRS | 400.000.000 | 371.609.567 | 92,90 |

| No | Program/Kegiatan | Jumlah | Realisasi (Rp) | % |
|----|---|-----------------------|-----------------------|--------------|
| | | Anggaran (Rp) | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | 4. Pengadaan Peralatan Kesehatan (Silpa DAK 2016) | 318.924.900 | 312.607.236 | 98,02 |
| | 2. Program Manajemen Pelayanan Kesehatan Masyarakat | 77.176.733.661 | 57.130.896.444 | 74,03 |
| | Kegiatan: | | | |
| | 1. Peningkatatan Mutu Pelayanan Kesehatan RS BLUD Verifikasi Akreditasi | 77.102.224.161 | 57.069.286.524 | 74,02 |
| | 2. RS (Silpa DAK Non Fisik 2016) | 74.509.500 | 61,609,920 | 82,69 |
| | JUMLAH | 86.785.995.561 | 66.104.867.023 | 76,17 |

Dari tabel 3.23 di atas diketahui bahwa rata-rata realisasi anggaran program/kegiatan dalam APBD 2017 mencapai 76,17%. Program/kegiatan yang realisasi anggarannya di bawah rata-rata adalah:

1. Program Manajemen Pelayanan Kesehatan Masyarakat pada kegiatan peningkatan mutu pelayanan BLUD yang merupakan kegiatan belanja operasional RSUD Muntilan dalam 1 (satu) tahun dengan realisasi anggaran 74,03%. Rendahnya realisasi anggaran tahun 2017 dikarenakan alokasi anggaran kegiatan fisik konstruksi di penetapan APBD senilai Rp. 3.200.000.000,- tidak sepenuhnya terealisasi, sedangkan alokasi pada perubahan APBD bersumber Silpa BLUD senilai Rp. 15.637.037.400,- juga tidak terealisasi. Hal ini dikarenakan adanya regulasi yang tidak memperkenankan adanya pembangunan fisik konstruksi di RSUD Muntilan karena RSUD Muntilan masuk dalam Kawasan Taman Nasional Gunung Merapi (Perpres Nomor 70 tahun 2014).

BAB IV PENUTUP

Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) merupakan bentuk akuntabilitas dari pelaksanaan tugas dan fungsi RSUD Muntilan atas penggunaan anggaran selama tahun 2017 yang diawali dengan perencanaan kinerja yang meliputi sasaran strategis beserta indikatornya dan realisasi capaian terhadap sasaran strategis dimaksud. Penyusunan LKjIP bertujuan untuk memberikan gambaran tingkat pencapaian sasaran maupun tujuan RSUD Muntilan sebagai penjabaran visi misi dan strategi instansi pemerintah sesuai dengan program dan kebijakan yang ditetapkan.

Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan Tahun 2017 secara umum telah memperlihatkan kinerja yang baik atas sasaran-sasaran strategisnya. Sasaran yang berjumlah 4 (empat) sebagaimana tertuang dalam Dokumen Perjanjian Kinerja tahun 2017 sebagian besar telah direalisasikan dengan predikat capaian kinerja "Tinggi".

Berdasarkan hasil pengukuran realisasi terhadap target kinerja 4 (empat) sasaran disimpulkan bahwa 2 (dua) atau 50% sasaran tercapai dengan predikat "Sangat Tinggi", 1 (satu) atau 25% sasaran "Tinggi", dan 1 (satu) atau 25% sasaran dengan predikat "Sangat Rendah". Dari 4 (empat) sasaran indikator tersebut ditetapkan 5 (lima) indikator kinerja dengan rata-rata capaian kinerja 77,37% dengan predikat kinerja capaian kinerja "Tinggi". Terdapat 1 (satu) indikator dengan berpredikat capaian kinerja "Sangat Rendah" yaitu indikator karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun.

Berdasarkan analisis efisiensi penggunaan sumber daya dalam mencapai sasaran yang dilakukan dengan cara membandingkan antara persentase realisasi penyerapan anggaran dengan rata-rata capaian kinerja sasaran. Pada umumnya pemanfaatan sumber daya dalam pelaksanaan program/kegiatan untuk mencapai sasaran belum efisien. Namun demikian sumber daya yang digunakan dalam pelaksanaan program/kegiatan untuk mencapai sasaran-2 "Terwujudnya Pengelolaan Sumber Daya RS yang Profesional dan Akuntabel" telah digunakan secara efisien, dengan tingkat efisiensi 20,69%.

Akhirnya secara umum dapat disimpulkan bahwa pencapaian target indikator kinerja yang tercantum dalam Renstra RSUD Muntilan tahun 2014-2019 khususnya untuk tahun 2017 yang dituangkan dalam Perjanjian Kinerja RSUD Muntilan tahun 2017 dapat dipenuhi sesuai dengan harapan. Terhadap indikator kinerja yang belum dapat memenuhi target menjadi cambuk untuk memperbaiki kinerja agar lebih baik lagi di tahun-tahun mendatang.

LAMPIRAN:

Perjanjian Kinerja RSUD Muntilan
Kabupaten Magelang
Tahun 2017



**PERUBAHAN PERJANJIAN KINERJA
TAHUN 2017**

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

Nama : dr. M. SYUKRI, MPH
Jabatan : Direktur RSUD Muntilan

selanjutnya disebut PIHAK PERTAMA

Nama : ZAENAL ARIFIN, S.IP
Jabatan : Bupati Magelang

selaku atasan langsung pihak pertama, selanjutnya disebut PIHAK KEDUA

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

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

Kota Mungkid,

2017

PIHAK KEDUA

ZAENAL ARIFIN

PIHAK PERTAMA

dr. M. SYUKRI, MPH
Pembina Tingkat I
NIP. 19660118 199603 1 003

**PERUBAHAN PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2017
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MUNTILAN
KABUPATEN MAGELANG**

| No | Sasaran Strategis | Indikator Kinerja | Target |
|-----|---|---|----------------------|
| (1) | (2) | (3) | (4) |
| 1 | Meningkatnya mutu pelayanan di setiap unit pelayanan RS | Kepuasan Pelanggan Rumah Sakit | 80% |
| 2 | Terwujudnya pengelolaan sumber daya RS yang professional dan akuntabel | <i>Cost Recovery</i> | 100% |
| 3 | Meningkatnya Profesionalisme SDM di setiap unit pelayanan RS sesuai bidang tugasnya | Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun | 60% |
| 4 | Meningkatnya cakupan pelayanan rawat jalan, rawat inap dan penunjang | 1. Rata-rata kunjungan rawat jalan per hari 2. <i>Bed Occupancy Rate</i> (BOR) | 325 kunjungan 77% |

| Program | Anggaran | Ket. Sumber Anggaran |
|---|----------------------|--|
| 1. Pengadaan Pengembangan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit/RS Jiwa/RS Paru-paru dan RS Mata | Rp. 9.609.261.900,- | APBD Kab. Magelang |
| 2. Manajemen Pelayanan Kesehatan Masyarakat | Rp. 77.176.734.161,- | APBD Kab. Magelang (Pendapatan BLUD RSUD Muntilan) |

Jumlah Rp. 86.785.996.061,-

Kota Mungkid,

2017

PIHAK KEDUA



ZAENAL ARIFIN

PIHAK KEDUA



dr. M. SYUKRI MPH
Pembina Tingkat I
NIP. 19660115 199603 1 003



**PERJANJIAN KINERJA
TAHUN 2017**

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

Nama : dr. M. SYUKRI, MPH
Jabatan : Direktur RSUD Muntilan

selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : ZAENAL ARIFIN, S.IP
Jabatan : Bupati Magelang

selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua.

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

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

Kota Mungkid, Februari 2017


BUPATI MAGELANG,
ZAENAL ARIFIN


DIREKTUR RSUD MUNTILAN
KABUPATEN MAGELANG
dr. M. SYUKRI, MPH
Pembina Tingkat I
NIP. 49660115 199603 1 003

**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2017
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MUNTILAN
KABUPATEN MAGELANG**

| No | Sasaran Strategis | Indikator Kinerja | Target |
|-----|---|---|----------------------|
| (1) | (2) | (3) | (4) |
| 1 | Meningkatnya mutu pelayanan di setiap unit pelayanan RS | Kepuasan Pelanggan Rumah Sakit | 80% |
| 2 | Terwujudnya pengelolaan sumber daya RS yang profesional dan akuntabel | Cost Recovery | 100% |
| 3 | Meningkatnya Profesionalisme SDM di setiap unit pelayanan RS sesuai bidang tugasnya | Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun | 60% |
| 4 | Meningkatnya cakupan pelayanan rawat jalan, rawat inap dan penunjang | 1. Rata-rata kunjungan rawat jalan per hari 2. <i>Bed Occupancy Rate</i> (BOR) | 325 kunjungan 77% |

| Program | Anggaran | Ket. Sumber Anggaran |
|---|----------------------|--|
| 1. Pengadaan Pengembangan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit/RS Jiwa/RS Paru-paru dan RS Mata | Rp. 9.290.337.000,- | APBD Kab. Magelang |
| 2. Manajemen Pelayanan Kesehatan Masyarakat | Rp. 58.804.576.000,- | APBD Kab. Magelang (Pendapatan BLUD RSUD Muntilan) |
| Jumlah | Rp. 68.094.913.000,- | |

Kota Mungkid, Februari 2017

BUPATI MAGELANG,

ZAENAL ARIFIN

DIREKTUR RSUD MUNTILAN
KABUPATEN MAGELANG

dr. M. SYOKRI, MPH
Pembilik Tingkat I
NIP. 19660115 199603 1 003