

**LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA
INSTANSI PEMERINTAH
(LAKIP)**

**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MUNTILAN
KABUPATEN MAGELANG
TAHUN 2013**



**RSUD MUNTILAN KABUPATEN MAGELANG
JANUARI, 2014**

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah rabbil 'alamiin, puji syukur ke hadirat Allah Tuhan Yang Maha Kuasa atas rahmat dan karunia-Nya, kami dapat menyelesaikan penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Muntilan Tahun 2013. Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah pada RSUD Muntilan Tahun 2013 merupakan bentuk komitmen nyata dalam mengimplementasikan Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) yang baik sebagaimana diamanatkan dalam Instruksi Presiden Nomor 7 tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah dan Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 29 Tahun 2010 tentang Pedoman Penyusunan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah

Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah adalah wujud pertanggungjawaban pejabat publik kepada masyarakat atas kinerja lembaga pemerintah selama satu tahun anggaran. Proses kinerja RSUD Muntilan dalam hal ini telah diukur, dievaluasi dan dianalisis serta dijabarkan dalam bentuk LAKIP.

Tujuan penyusunan LAKIP adalah untuk menggambarkan penerapan Rencana Strategis (Renstra) dalam hal ini Renstra Bisnis dalam pelaksanaan tugas pokok dan fungsi RSUD Muntilan, serta keberhasilan capaian sasaran saat ini untuk percepatan dalam meningkatkan kualitas atau mempertahankan capaian kinerja yang diharapkan pada tahun yang akan datang. Dokumen LAKIP juga dapat memberikan gambaran tentang penerapan prinsip-prinsip *good governance*, yaitu dalam rangka mewujudkan transparansi dan akuntabilitas di lingkungan pemerintah.

Kami ucapkan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan LAKIP ini. Kritik dan saran yang membangun sangat kami harapkan untuk penyempurnaan Laporan Akuntabilitas

Instansi Pemerintah (LAKIP) Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan Kabupaten Magelang Tahun 2013.

Demikian LAKIP ini kami susun semoga bermanfaat dan dapat digunakan sebagai bahan bagi pihak-pihak yang berkepentingan khususnya untuk peningkatan kinerja di masa mendatang.

Muntilan, 30 Januari 2014

Plt. Direktur RSUD Muntilan
Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Magelang



dr. HENDARTO, MKes
Pembina Utama Muda
NIP. 19580523 198511 1 001

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul	i
Kata Pengantar	ii
Daftar Isi	iv
Daftar tabel & Gambar	vi
Ikhtisar Eksekutif	vii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar belakang	1
B. Landasan Hukum	2
C. Maksud dan Tujuan	3
D. Gambaran Organisasi	3
1. Letak Geografis	3
2. Struktur Organisasi	4
E. Sumber Daya Manusia Aparatur	6
F. Sistematika Penyusunan LAKIP	11
BAB II PERENCANAAN DAN PERJANJIAN KINERJA	
A. Rencana Strategis	13
1. Visi	13
2. Misi	14
3. Falsafah dan Nilai	16
4. Tujuan	16
5. Sasaran	17
6. Strategi	23
7. Kebijakan	24
B. Perencanaan dan Perjanjian Kinerja Tahun 2013	25
BAB III AKUNTABILITAS KINERJA	
A. Pengukuran Pencapaian Kinerja Tahun 2013	45
B. Evaluasi dan Analisis Kinerja	55
C. Akuntabilitas Keuangan	65
BAB IV PENUTUP	

A. Tinjauan Umum Keberhasilan	70
B. Permasalahan atau Kendala Yang berkaitan dengan Pencapaian Kinerja	71
C. Strategi Pemecahan Masalah	71
 LAMPIRAN-LAMPIRAN	 73

DAFTAR TABEL DAN GAMBAR

		Halaman	
Tabel	1.1	Pemanfaatan dan Luas Bangunan RSUD Muntilan Kabupaten Magelang Tahun 2013	9
Tabel	2.1	Indikator Sasaran Strategis RSUD Muntilan Tahun 2010-2014	18
Tabel	2.2	Rencana Kinerja Tahun (RKT) 2013	25
Tabel	2.3	Penetapan Kinerja (PK) Tahun 2013	31
Tabel	3.1	Pengukuran Capaian Kinerja RSUD Muntilan Tahun 2013	46
Tabel	3.2	Tingkat Capaian Sasaran Strategis RSUD Muntilan Tahun 2013	64
Tabel	3.3	Kategori Capaian Kinerja Sasaran RSUD Muntilan Tahun 2013	65
Tabel	3.4	Target dan Realisasi Pendapatan Tahun 2013	65
Tabel	3.5	Anggaran dan Realisasi Belanja dalam APBD Tahun 2013	67
Tabel	3.6	Anggaran dan Realisasi Belanja APBN Tahun 2013	69
Gambar	1.1	Letak Geografis dan Wilayah Cakupan Pelayanan RSUD Muntilan Kabupaten Magelang	4
Gambar	2.1	Bagan Struktur Organisasi RSUD Muntilan Kabupaten Magelang	5

RINGKASAN EKSEKUTIF

Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan dalam kurun waktu 5 tahun yaitu mulai tahun 2011 s/d 2015 secara bertahap bermaksud mewujudkan visi ***“Menjadi Rumah Sakit Rujukan Terpercaya Dengan Pelayanan yang Profesional dan Manusiawi”***. Guna mewujudkan visi dimaksud salah satu tujuan utama RSUD Muntilan adalah meningkatkan pelayanan rumah sakit yang profesional dengan selalu mengedepankan mutu, kinerja yang baik, nilai sosial dan kemanusiaan dalam upaya mencapai derajat kesehatan yang optimal.

Mengacu pada tujuan dimaksud, maka terdapat 4 (empat) prioritas sasaran yang ingin dicapai pada tahun 2013 yaitu :

- a. Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit melalui penerapan standar operating procedure dan akreditasi
- b. Terwujudnya pengelolaan sumber daya rumah sakit yang profesional
- c. Meningkatnya profesionalisme sumber daya manusia sesuai dengan bidang tugasnya
- d. Meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan rumah sakit

Guna mencapai tujuan dan sasaran tersebut pada tahun 2013, RSUD Muntilan telah melaksanakan 6 (enam) program utama dengan 14 (empat belas) kegiatan didukung anggaran dari pendapatan BLUD sebesar Rp. 32.041.607.302,- dan bersumber APBD sebesar Rp. 4.598.293.300,- untuk belanja langsung serta anggaran belanja tidak langsung untuk belanja pegawai sebesar Rp.17.836.603.000,-. Selain itu didukung alokasi APBN Tugas Pembantuan sebesar Rp. 7.000.0000.000,-.

Berdasarkan hasil monitoring dan evaluasi terhadap program/kegiatan tersebut, menunjukkan capaian kinerja terhadap 4 (empat) sasaran, rata-rata tercapai sesuai dengan target yang telah ditetapkan.

Untuk pencapaian **sasaran-1**: yaitu “Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit melalui penerapan standar operating

prosedure dan akreditasi” menunjukkan penyelenggaraan pelayanan rumah sakit pada umumnya telah sesuai standar yang ditetapkan yaitu Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit (SPMRS) Kepmenkes nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Dari 83 (delapan puluh tiga) indikator kinerja dari 21 (dua puluh satu) pelayanan sebagai tolak ukurnya tergambar bahwa secara umum capaian kinerjanya sesuai bahkan melebihi target yang telah ditetapkan, namun demikian ada pula beberapa indikator kinerja yang belum memenuhi target. Realisasi capaian kinerja tahun 2013, pada sasaran 1 telah mencapai 101,36%. Namun demikian capaian tersebut meningkat apabila dibandingkan dengan tahun 2012 yang baru mencapai 94,86%.

Pencapaian **sasaran-2** yaitu “Terwujudnya pengelolaan sumber daya rumah sakit yang profesional” secara umum penyelenggaraan pengelolaan sumber daya rumah sakit telah sesuai standar yang ditetapkan. Dari 4 (empat) indikator kinerja secara umum capaian kinerjanya sesuai bahkan melebihi target yang telah ditetapkan yaitu pada 3 (tiga) indikator, namun 1 (satu) indikator tidak mencapai target yang ditetapkan. Realisasi capaian tahun 2013 pada sasaran-2 mencapai 110,20%. Hal ini berarti bahwa capaian sasaran-2 melebihi target yang telah ditetapkan. Namun demikian capaian tersebut menurun apabila dibandingkan dengan tahun 2012 yang telah mencapai 149,93%.

Pencapaian **sasaran-3** yaitu “Meningkatnya profesionalisme sumber daya manusia sesuai bidang tugasnya” terlihat bahwa penyelenggaraan pengelolaan sumber daya manusia di RSUD Muntilan telah sesuai standar yang ditetapkan. Dari ke-4 (empat) indikator kinerja sebagai tolak ukurnya telah tercapai sesuai target yang ditetapkan. Realisasi capaian target kinerja tahun 2013 pada sasaran-3 mencapai 103,75%. Hal ini berarti bahwa capaian sasaran-3 sesuai dengan target yang telah ditetapkan. Capaian tersebut meningkat bila dibandingkan tahun 2012 yang telah mencapai 100%

Pencapaian **sasaran-4** yaitu: "Meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan rumah sakit", terlihat bahwa upaya peningkatancakupan pelayanan kesehatan di RSUD Muntilan telah sesuai standar yang ditetapkan. Dari 4 (empat) indikator kinerja sebagai tolak ukurnya, capaian kinerja dari 3 (tiga) indikator kinerja telah sesuai bahkan melebihi target yang telah ditetapkan, namun 1 (satu) indikator kinerja tidak mencapai target yang ditetapkan. Realisasi capaian kinerja tahun 2013 pada sasaran-4 baru mencapai 75%. Hal ini berarti bahwa capaian sasaran 4 kurang dari target yang telah ditetapkan. Capaian tersebut menurun dibandingkan capaian tahun 2012 yang telah mencapai 87,50%.

Secara keseluruhan capaian kinerja sasaran rata-rata sebesar 97,58% atau dikategorikan "Baik".

Dalam rangka pencapaian tujuan dan sasaran tersebut, kendala utama yang dihadapi antara lain: terbatasnya sumber daya manusia dari segi kualitas maupun kuantitasnya, sarana prasarana pendukung pelayanan RS belum sepenuhnya sesuai standar, Sistem Informasi Manajemen Rumah sakit (SIMRS) belum terintegrasi dan dimanfaatkan secara optimal, terbatasnya anggaran BLUD untuk pengembangan sarana prasarana pendukung pelayanan rumah sakit, serta belum optimalnya peran dan fungsi lintas sektor dalam jejaring rujukan pelayanan kesehatan.

Adapun langkah-langkah untuk mengatasi masalah tersebut diantaranya adalah menjalin kerjasama dengan tenaga ahli sesuai kebutuhan pelayanan dari rumah sakit lain atau institusi pendidikan, advokasi pada pemerintah pusat, provinsi maupun kabupaten untuk mendapatkan alokasi dana pengembangan sarana prasarana rumah sakit dari APBN, APBD provinsi dan APBD Kabupaten, serta penyelenggaraan sosial marketing dan penguatan jejaring rujukan pelayanan kesehatan dengan lintas sektor dan profesi kesehatan.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pembangunan kesehatan merupakan upaya untuk memenuhi salah satu hak dasar rakyat, yaitu hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan amanat pada Amandemen Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945 pada tahun 2002 pasal 28 H dan pasal 34 serta Undang-Undang nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan. Sesuai dengan Undang Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan daerah dan Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang perimbangan Keuangan Pusat dan Daerah, dalam rangka pelaksanaan otonomi daerah/desentralisasi, terdapat pembagian peran dan wewenang antara pemerintah pusat dan daerah. Kesehatan merupakan salah satu kewenangan wajib yang diberikan kepada daerah. Dalam pembangunan kesehatan, pemerintah pusat maupun daerah menyediakan pelayanan kesehatan yang merata, terjangkau dan berkualitas yang meliputi upaya promotif, kuratif maupun rehabilitatif. Rumah sakit dalam hal ini merupakan salah satu unsur pelaksana pembangunan kesehatan yang mempunyai peran penting dalam pencapaian tujuan pembangunan kesehatan.

Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, menyebutkan bahwa Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan merupakan rumah sakit yang dimiliki Pemerintah Kabupaten Magelang merupakan salah satu komponen penyelenggara pembangunan kesehatan di Kabupaten Magelang yang mempunyai tugas pokok menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara

paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.

B. Landasan Hukum

Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan Tahun 2013 dilandasi dengan dasar hukum sebagai berikut :

1. Instruksi Presiden Nomor 7 tahun 1999 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.
2. Peraturan Pemerintah Nomor 6 Tahun 2008 tentang Laporan Keuangan dan akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.
3. Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 29 Tahun 2010 tentang Pedoman Penyusunan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.
4. Peraturan Daerah Kabupaten Magelang Nomor 30 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah dan Satuan Polisi Pamong Praja .
5. Peraturan Bupati Magelang Nomor 14 Tahun 2009 tentang Rincian Tugas dan Fungsi Jabatan Struktural.
6. Surat Edaran Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi nomor 14 Tahun 2013 Tanggal 19 Desember 2013 perihal Penyampaian Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) 2013 dan Dokumen Penetapan Kinerja 2014.
7. Surat Sekretaris Daerah Propinsi Jawa Tengah nomor 060/021843 perihal Penyusunan LAKIP Tahun 2013 dan Penetapan Kinerja (PK) Tahun 2014.
8. Surat Sekertaris Daerah Kabupaten Magelang nomor 067.2/047/02/2014 tanggal 10 Januari 2013 perihal Penyusunan LAKIP 2013 dan PK 2014.

C. Maksud dan Tujuan

Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan Tahun 2013 dimaksudkan untuk melaporkan capaian kinerja dan pemanfaatan sumber daya RSUD Muntilan tahun 2013. Adapun tujuannya adalah sebagai berikut :

1. Untuk mengetahui pencapaian kinerja sasaran strategis RSUD Muntilan sebagaimana yang telah ditetapkan dalam Renstra RSUD Muntilan.
2. Sebagai acuan untuk perencanaan kegiatan di tahun mendatang, khususnya dalam perencanaan kinerja di tahun mendatang.
3. Sebagai bukti akuntabilitas kepada Publik atas penggunaan sumber daya dalam rentang waktu satu tahun.

D. Gambaran Umum Organisasi

1. Letak Geografis

Kabupaten Magelang terletak diantara $110^{\circ} - 01' - 51''$ Bujur Timur, $110^{\circ} - 26' - 58''$ Bujur Timur, $7^{\circ} - 19' - 13''$ Lintang Selatan dan $7^{\circ} - 42' - 16''$ Lintang Selatan. Secara administratif Kabupaten Magelang dibagi menjadi 21 kecamatan yang terdiri dari 367 desa dan 5 kelurahan. Luas wilayah Kabupaten Magelang kurang lebih 1.085,73 km² (108.573 hektar) atau kurang lebih 3,34% dari luas wilayah Provinsi Jawa Tengah dengan batas - batas wilayah sebagai berikut:

- a. Sebelah Utara berbatasan dengan Kabupaten Temanggung dan Kabupaten Semarang.
- b. Sebelah Selatan berbatasan dengan Kabupaten Purworejo dan Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY).
- c. Sebelah Barat berbatasan dengan Kabupaten Temanggung dan Kabupaten Wonosobo.
- d. Sebelah Timur berbatasan dengan Kabupaten Semarang dan Kabupaten Boyolali.

e. Ditengah-tengahnya terdapat Kota Magelang.

Berdasarkan letak geografis RSUD Muntilan berada di wilayah Selatan bagian Timur Kabupaten Magelang, sehingga wilayah dengan cakupan pasien terbanyak ada di 10 (sepuluh) kecamatan di Kabupaten Magelang bagian Selatan dan Timur seperti terlihat pada gambar1.1.



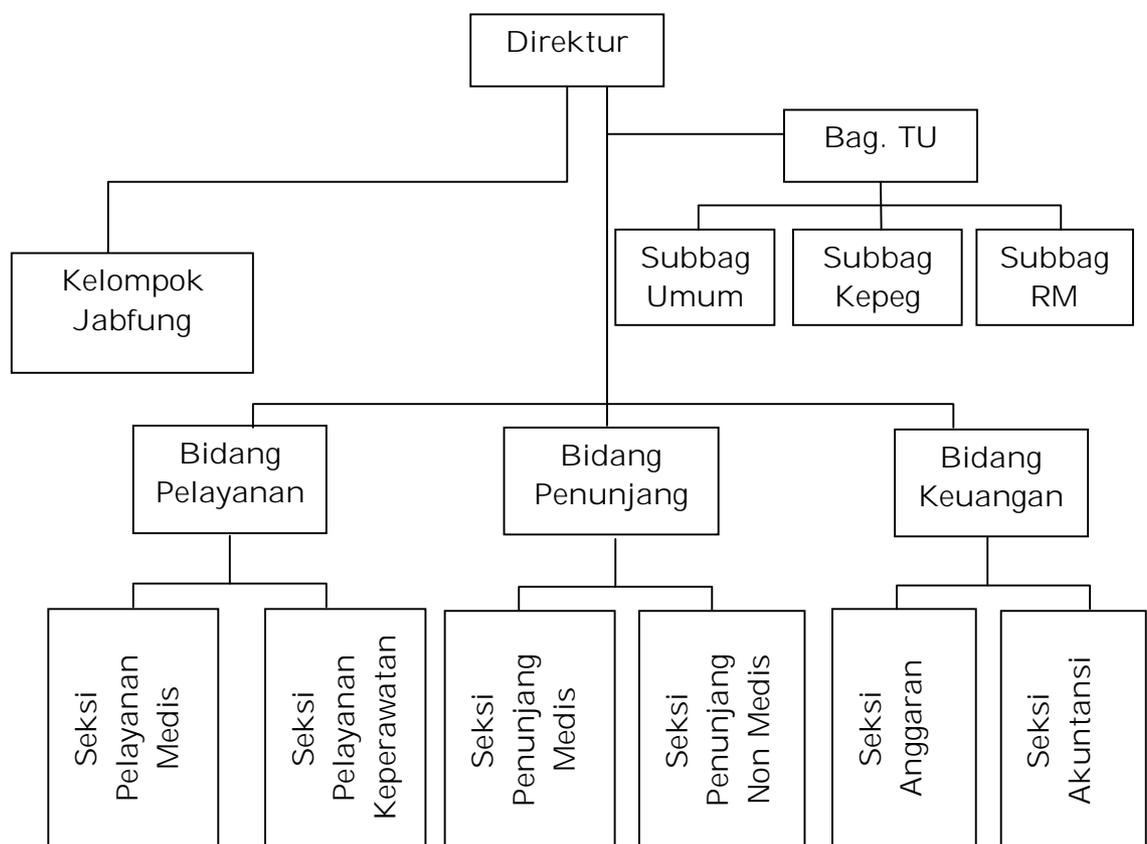
Gambar 1.1. Letak Geografis dan Wilayah Cakupan Pelayanan RSUD Muntilan Kabupaten Magelang

2. Struktur Organisasi

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Muntilan adalah rumah sakit umum pemerintah Kabupaten Magelang dengan klasifikasi rumah sakit umum kelas C. Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan merupakan rumah sakit rujukan wilayah Kabupaten Magelang dan sekitarnya. Sesuai dengan Peraturan Daerah nomor 30 tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah dan Satuan Polisi Pamong Praja, susunan organisasi RSUD Muntilan meliputi:

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

Adapun bagan struktur organisasi RSUD Muntilan Kabupaten Magelang adalah sebagai berikut (gambar 1.2):



Gambar1.2. Bagan Struktur Organisasi RSUD Muntilan Kabupaten Magelang

2. Tugas Pokok dan Fungsi

Tugas pokok RSUD Muntilan sebagai salah satu lembaga teknis daerah sesuai dengan Peraturan Daerah Nomor 30 tahun 2008 adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Adapun fungsi RSUD Muntilan sebagaimana tertuang dalam Peraturan Bupati Magelang nomor 14 tahun 2009 tentang Rincian Tugas dan Fungsi Jabatan Struktural, adalah sebagai berikut:

- a. Perumusan kebijakan teknis penyelenggaraan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat
- b. Pemberian dukungan atas penyelenggaraan pemerintahan daerah dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat
- c. Pembinaan dan pelaksanaan tugas penyelenggaraan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat
- d. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Bupati sesuai dengan tugas dan fungsi rumah sakit.

E. Sumber Daya Manusia Aparatur

Sumber daya manusia aparatur meliputi sumber daya manusia/pegawai dan sarana Susunan dan prasarana. Berikut adalah sumber daya yang dimiliki RSUD Muntilan.

1. Susunan Kepegawaian

Jumlah keseluruhan tenaga yang ada di RSUD Muntilan tahun 2013 adalah 501 orang. Menurut status kepegawaian dapat dirinci sebagai berikut :

- a. PNS/CPNS : 346 orang
- b. Kontrak Pemda : 2 orang
- c. Pegawai BLUD : 135 orang
- d. Pegawai Paruh Waktu : 11 orang
- e. Tenaga Internal : 7 orang

Apabila diklasifikasikan menurut jenis ketenagaannya, dapat dibedakan atas jabatan struktural dan jabatan fungsional dengan rincian sebagai berikut:

- a. Jabatan Struktural : 13 orang
- b. Jabatan Fungsional Khusus
 - 1). Dokter Spesialis
 - a) Spesialis Bedah : 2 orang
 - b) Spesialis Penyakit Dalam : 2 orang
 - c) Spesialis Anak : 1 orang
 - d) Spesialis Radiologi : 1 orang
 - e) Spesialis Mata : 1 orang
 - f) Spesialis Obgyn : 3 orang
 - g) Spesialis Syaraf : 1 orang
 - h) Spesialis THT : 1 orang
 - i) Spesialis Kulit & Kelamin : 1 orang
 - j) Spesialis Patologi Klinik : 1 orang
 - k) Spesialis Patologi Anatomi : 1 orang
 - l) Spesialis Anasthesi : 2 orang
 - m) Spesialis Kedokteran Fisik
Dan Rehabilitasi : 1 orang
 - n) Spesialis Jantung
Pembuluh : 1 orang
 - o) Spesialis Orthopedi : 1 orang
 - p) Spesialis Paru : 1 orang
 - q) Spesialis Bedah Anak : 1 orang
 - r) Spesialis Bedah Urologi : 1 orang
 - s) Spesialis Kesehatan Gigi : 1 orang

- 2). Dokter/Dokter Gigi
 - a) Dokter Umum : 12 orang
 - b) Dokter Gigi : 1 orang
- 3). Psikolog Klinis : 1 orang
- 4). Keperawatan
 - a) Perawat : 200 orang
 - b) Anastesi : 4 orang
 - c) Gawat Darurat : 4 orang
 - d) Bidan : 24 orang
 - e) Perawat Gigi : 4 orang
 - f) Refraksionis Optision : 1 orang
- 5). Kefarmasian:
 - a) Apoteker : 3 orang
 - b) Asisten Apoteker : 18 orang
- 6). Kesehatan Masyarakat:
 - a) Kesehatan Lingkungan : 6 orang
 - b) Penyuluh Kesehatan : 1 orang
 - c) Administrator Kesehatan : 3 orang
- 7). Nutrisionis:
 - a) Sarjana/D4 Gizi : 3 orang
 - b) D3 Gizi : 5 orang
- 8). Keterampilan Fisik/Fisioterapi : 3 orang
- 9). Tenaga Keteknisian Medik:
 - a) Radiografer : 7 orang
 - b) Elektromedik : 3 orang
 - c) Rekam Medik : 16 orang
- 10). Tenaga Analisis Kesehatan : 17 orang
- 11). Jabatan Fungsional Umum (Administrasi/Fasilitatif)

terdiri dari:

 - a). S2 : 1 orang
 - b). S1 : 12 orang
 - c). D3 : 5 orang
 - d). SLTA : 94 orang
 - e). SLTP : 12 orang
 - f). SD : 4 orang

2. Sarana dan Prasarana

a. Lahan dan Bangunan

Lahan RSUD Muntilan keseluruhan seluas 28.596 m² yang terdiri dari area lama 12.596 m² dan 16.000 m² merupakan lahan baru. Luas bangunan seluruhnya ±8.394 m², dengan rincian sebagaimana pada tabel 1.1.

Tabel. 1.1.
Pemanfaatan dan Luas Bangunan RSUD Muntilan
Kabupaten Magelang Tahun 2013

No.	Jenis>Nama Bangunan	Luas (m ²)
1.	Gedung Utama (Perkantoran & Poliklinik)	826
2.	IGD	205
3.	Ruang Rawat Inap:	
	Ruang Gladiol & Perinatologi	702
	Ruang Mawar	562
	Ruang Menur	520
	Ruang Melati	650
	Ruang Flamboyan	565
	Ruang Seruni & ICU	650
	Ruang Aster	300
	Ruang Dahlia	750
	Ruang Anggrek	650
	VIP Gladiol	302
4.	Instalasi Bedah Sentral	450
5.	Pelayanan Penunjang:	
	Laboratorium	90
	Radiologi	108
	Instalasi Farmasi & Gizi	343
	Fisioterapi	72
	Instalasi IPSRS, Kesling & Asrama	98
	Ruang Laundry	91
	Ruang Pemulasaraan Jenazah	67
6.	Masjid	108
7.	Ruang Incenerator	20
8.	Pos SATPAM	40
9.	Musholla Dalam	120
10.	Gudang	60
	Jumlah	8.394

b. Kendaraan Bermotor

Sarana kendaraan roda empat meliputi mobil dinas Direktur RSUD Muntilan, ambulance, mobil jenazah dan operasional RSUD Muntilan, dengan rincian sebagai berikut:

1. Mobil Dinas Direktur : 1 Unit.
2. Mobil Ambulance : 3 Unit.
3. Mobil Jenazah : 2 Unit.
4. Mobil Operasional : 4 Unit.

c. Peralatan Medis dan Non Medis

1. Peralatan Medis

Peralatan medis RSUD Muntilan terdiri dari peralatan kesehatan pendukung pelayanan gawat darurat, rawat jalan, rawat inap dan penunjang. Peralatan tersebut antara lain set pelayanan rawat inap sebagai pendukung pelayanan rawat inap di bangsal, set peralatan rawat jalan di poliklinik, peralatan penunjang diagnostik di Instalasi Radiologi, Laboratorium, set peralatan gawat darurat di Instalasi Gawat Darurat, set peralatan Instalasi Bedah Sentral, set peralatan perawatan intensif di ICU dan pendukung pelayanan rumah sakit lainnya.

2. Sumber Daya Air

Sumber air diperoleh dari PDAM Kabupaten Magelang dengan kapasitas 35 m³/hari, sumur dangkal sebanyak 11 (sebelas) titik dengan kapasitas 30 m³/hari air bersih serta 2 (dua) titik sumur dalam.

3. Sumber Daya Listrik

Sumber daya listrik yang digunakan RSUD Muntilan bersumber dari 1 (satu) buah gardu dengan daya yang sudah mengalami penambahan yaitu sebesar

197KWH sistem tegangan 220 V dan satu buah genset dengan daya 250 KWH.

4. Pengelolaan Limbah

Pengelolaan limbah cair RSUD Muntilan menggunakan Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL) dengan menggunakan sistem aerobik dan anaerobik. Untuk limbah medis padat dilakukan pembakaran dengan incinerator yang dilaksanakan setiap hari dengan kapasitas maksimal 40 kg, sedangkan limbah padat domestik/non medis dibuang ke TPA setiap hari dengan rata-rata 0,6 m³ per hari.

F. Sistematika Penyusunan LAKIP

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

BAB I. PENDAHULUAN

Bagian ini memuat Latar Belakang, Landasan Hukum, Gambaran Umum Organisasi dan Sistematika Penyusunan LAKIP.

BAB II. PERENCANAAN DAN PERJANJIAN KINERJA

Pada bagian ini disajikan gambaran singkat mengenai rencana strategis, rencana kinerja tahunan dan penetapan kinerja serta gambaran singkat sasaran utama yang ingin diraih instansi kaitannya dengan capaian visi dan misi instansi.

BAB III. AKUNTABILITAS KINERJA

Pada bagian ini disajikan uraian hasil pengukuran pencapaian kinerja, evaluasi dan analisis capaian kinerja serta akuntabilitas kinerja. Termasuk di dalamnya menguraikan secara sistematis perbandingan data kinerja secara memadai, keberhasilan/kegagalan, hambatan/kendala, dan permasalahan yang dihadapi serta langkah-langkah antisipatif yang akan diambil.

BAB IV. PENUTUP

Bagian ini memuat simpulan secara umum tentang keberhasilan/kegagalan, permasalahan dan kendala utama yang berkaitan dengan kinerja instansi yang bersangkutan serta strategi pemecahan masalah.

LAMPIRAN-LAMPIRAN

Lampiran berupa Surat Keputusan Direktur tentang LAKIP RSUD Muntilan Tahun 2013.

BAB II

PERENCANAAN DAN PERJANJIAN KINERJA

A. Rencana Strategis

Rencana strategis merupakan suatu proses yang berorientasi pada hasil yang ingin dicapai selama kurun waktu satu sampai dengan lima tahun dengan memperhitungkan potensi dan peluang yang ada serta tantangan dan hambatan yang dihadapi. Rencana strategis RSUD Muntilan Tahun 2009 s/d 2014 merupakan bagian integral dari kebijakan dan program Pemerintah Kabupaten Magelang serta merupakan landasan dan pedoman bagi seluruh aparat dalam pelaksanaan tugas penyelenggaraan pemerintahan dan pembangunan selama kurun waktu 5 (lima) tahun yaitu sejak 2009 s/d 2014.

Seiring dengan telah ditetapkannya RSUD Muntilan menjadi SKPD dengan Pola Pengeloaan Keuangan Badan Layanan Umum daerah (BLUD) dengan Surat Keputusan Bupati nomor 188.45/451/Kep/02/2011, maka Rencana Strategis RSUD Muntilan diubah menjadi Rencana Strategis Bisnis tahun 2011-2015 dimana penyusunannya tetap berpedoman pada RPJMD Kabupaten Magelang tahun 2009-2014. Untuk mewujudkan Renstra Bisnis tentu perlu ditunjang dengan adanya kerangka kebijakan yang disepakati. Kerangka kebijakan RSUD Muntilan tertuang dalam Surat Keputusan Bupati Nomor 188.4/03.a/KEP/18/2010 tentang Visi, Misi, Moto, Nilai, Strategi dan Kebijakan RSUD Muntilan Kabupaten Magelang.

1. Visi

Visi RSUD Muntilan Kabupaten Magelang tahun 20011 – 2015 disusun dengan memperhatikan visi pembangunan Kabupaten Magelang yang ditetapkan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJMD) Kabupaten Magelang tahun 2009 – 2014 yaitu: ***“Terwujudnya Kabupaten Magelang yang Semanah (Sejahtera, Maju Dan Amanah).***

Unsur visi pembangunan daerah yang terkait dengan tugas pokok dan fungsi RSUD Muntilan adalah "**Sejahtera**". Konsep sejahtera menunjukkan kondisi kemakmuran suatu masyarakat, yaitu masyarakat yang terpenuhi kebutuhan ekonomi (materiil) maupun sosial (spirituil); dengan kata lain kebutuhan dasar masyarakat telah terpenuhi secara lahir batin secara adil dan merata. Beberapa indikator yang dapat digunakan sebagai ukuran tercapainya kondisi sejahtera secara sederhana menurut terminologi Jawa adalah *wareg, wutuh, waras dan wasis*. Kondisi Wareg adalah terpenuhinya kebutuhan pangan, wutuh adalah terpenuhinya kebutuhan sandang dan papan, waras adalah terjaminnya kesehatan masyarakat lahir-batin, jasmani-rohani dan wasis adalah terwujudnya masyarakat yang cerdas. Tercapainya kondisi sejahtera maka kualitas sumber daya manusia akan meningkat.

Dalam rangka mendukung pencapaian visi pembangunan Kabupaten Magelang melalui pelaksanaan misi pertama dan kelima maka RSUD Muntilan sebagai salah satu unsur pelaku pembangunan Kabupaten Magelang dalam hal ini sebagai lembaga teknis pelayanan kesehatan tingkat lanjut yang mengemban tugas mewujudkan kondisi waras, menetapkan visi: "**Menjadi Rumah Sakit Rujukan Terpercaya Dengan Pelayanan yang Profesional dan Manusiawi**". Dengan visi ini rumah sakit membuat perencanaan strategi yang dijabarkan setiap tahunnya untuk mencapai visi tersebut, sehingga didapatkan langkah-langkah nyata yang dipahami oleh seluruh komponen yang ada di RSUD Muntilan Kabupaten Magelang.

2. Misi RSUD Muntilan Kabupaten Magelang

Dalam rangka mewujudkan visi RSUD Muntilan Kabupaten Magelang yang mengacu pada visi pembangunan Kabupaten Magelang yang tertuang dalam RPJMD

Kabupaten Magelang tahun 2009-2014, maka ditetapkan 5 (lima) misi yaitu:

- a. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau

Masyarakat mempunyai hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan sebaik-baiknya tanpa membedakan status sosial ekonomi maupun geografis, sehingga penyelenggaraan pelayanan kesehatan termasuk masyarakat miskin harus merata, terjangkau dan bermutu dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

- b. Menyelenggarakan pengelolaan sumber daya rumah sakit secara profesional

Penyelenggaraan kebijakan dan manajemen rumah sakit di berbagai tingkat administrasi dimulai dari perencanaan, pelaksanaan, pengawasan dan pengendalian harus berprinsip pada rasionalitas, keterpaduan lintas program serta efisiensi dalam penggunaan sumber daya, berpikir sistem dalam penyelesaian masalah dan berorientasi pada pencapaian kinerja pelayanan kesehatan rumah sakit yang optimal sesuai standar pelayanan rumah sakit.

- c. Menyelenggarakan peningkatan ilmu dan ketrampilan tenaga rumah sakit

Semakin pesatnya perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran/kesehatan serta kesadaran masyarakat akan pelayanan kesehatan yang berkualitas serta persaingan global, diperlukan sumber daya manusia yang terampil, kompeten dan profesional. Untuk itu diperlukan upaya peningkatan ilmu dan ketrampilan tenaga rumah sakit sesuai bidang tugasnya.

- d. Memberikan pelayanan kesehatan yang memuaskan pelanggan.

Agar dapat memberikan pelayanan kesehatan yang memuaskan pelanggan baik pelanggan eksternal

maupun internal perlu diciptakan suasana yang kondusif, aman dan nyaman di semua unit pelayanan rumah sakit baik. Untuk itu diperlukan upaya pemenuhan dan peningkatan sarana prasarana pendukung pelayanan rumah sakit, penyehatan dan penataan lingkungan, serta etika dan keramahan pemberi pelayanan.

- e. Menjalin kerjasama yang saling memberi manfaat dengan mitra kerja

Kerjasama dengan lintas sektor, organisasi profesi, institusi pendidikan dan mitra kerja lainnya sangat mendukung pelaksanaan tugas dan fungsi RSUD Muntilan. Kerjasama dijalin untuk saling memberi manfaat sehingga kedua belah pihak saling diuntungkan.

3. Falsafah dan Nilai

Falsafah atau moto RSUD Muntilan adalah "**Sehatmu Semangat Kerjaku**", yang mengandung makna bahwa seluruh jajaran RSUD Muntilan senantiasa berupaya memberikan yang terbaik untuk melayani pelanggan dengan mengedepankan pelayanan yang berkualitas sesuai standar pelayanan rumah sakit untuk mendukung tercapainya derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya.

Implementasi dari falsafah tersebut berpijak pada nilai-nilai yang diyakini dan dipedomani oleh seluruh jajaran RSUD Muntilan dalam memberikan pelayanan. Nilai tersebut meliputi: a). Keikhlasan; b). Kejujuran; c). Kedisiplinan; d). Kebersamaan; e). Kepedulian.

4. Tujuan

Tujuan umum yang akan dicapai oleh RSUD Muntilan adalah meningkatkan pelayanan rumah sakit yang profesional dengan selalu mengedepankan mutu, kinerja

yang baik, nilai sosial dan kemanusiaan dalam upaya mencapai derajat kesehatan yang optimal.

Adapun tujuan khusus yang akan dicapai adalah sebagai berikut:

- a. Meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit melalui penerapan standar operating prosedur dan akreditasi
- b. Mewujudkan pengelolaan sumber daya rumah sakit yang profesional
- c. Meningkatkan profesionalisme sumber daya manusia sesuai dengan bidang tugasnya
- d. Meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan rumah sakit

5. Sasaran

Sasaran yang ditetapkan RSUD Muntilan adalah sebagai berikut:

- a. Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit melalui penerapan standar operating procedure dan akreditasi
- b. Terwujudnya pengelolaan sumber daya rumah sakit yang profesional
- c. Meningkatnya profesionalisme sumber daya manusia sesuai dengan bidang tugasnya
- d. Meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan rumah sakit

Pencapaian sasaran tersebut diukur dengan capaian indikator sasaran sebagaimana tabel 2.1 berikut.

Tabel 2.1.
Indikator Sasaran Strategis RSUD Muntilan
Tahun 2011-2015

No.	Sasaran Strategis	Indikator
(1)	(2)	(3)
1.	Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit melalui penerapan standar operating procedure dan akreditasi	<p>Pelayanan Instalasi Gawat Darurat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa 2. Jam buka pelayanan gawat darurat 3. Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat yang masih berlaku (BLS / PPGD / GELS / ALS) 4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana minimal 1 tim 5. Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat setelah pasien datang 6. Kematian pasien \leq 24 jam 7. Tidak ada pasien yang diharuskan membayar uang muka <p>Pelayanan Rawat Jalan</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis 100% dokter spesialis 9. Ketersediaan minimal pelayanan spesialis 4 (empat) besar: klinik anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah 10. Jam buka pelayanan 08.00-13.00 setiap hari kerja, kecuali Jum'at jam 08.00-11.00 11. Waktu tunggu di rawat jalan 12. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB 13. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS <p>Pelayanan Rawat Inap</p> <ol style="list-style-type: none"> 14. Pemberi pelayanan rawat inap: <ol style="list-style-type: none"> a. Dr. Spesialis b. Perawat Minimal D3 15. Adanya dokter penanggung jawab pasien rawat inap (100%) 16. Ketersediaan pelayanan rawat inap minimal 4 spesialis besar (Anak, Penyakit dalam, Kebidanan, Bedah) 17. Jam visite dokter spesialis (08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja) 18. Kejadian infeksi pasca operasi 19. Kejadian infeksi nosokomial (INOS)

(1)	(2)	(3)
		20. Tidak ada kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian
		21. Kematian pasien > 48 jam
		22. Kejadian pulang paksa
		23. Penegakan diagnosis TB pasien rawat inap melalui pemeriksaan mikroskopis TB
		24. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB pasien rawat inap di Rumah Sakit
		Pelayanan Bedah Sentral
		25. Waktu tunggu operasi elektif
		26. Kejadian kematian di meja operasi
		27. Tidak ada kejadian operasi salah sisi
		28. Tidak ada kejadian operasi salah orang
		29. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
		30. Tidak adanya kejadian ketinggalan benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi
		31. Komplikasi anastesi karena overdosis, reaksi anastesi, salah penempatan endotracheal tube
		Pelayanan Persalinan
		32. Kejadian kematian ibu karena persalinan: a. Perdarahan maksimal b. Pre-eklamsi maksimal c. Sepsis maksimal
		33. Pemberi pelayanan persalinan normal (Dr. SPOG, Dr. Umum terlatih APN, Bidan)
		34. Pemberi pelayanan persalinan normal dengan penyulit (Tim PONEK yg terlatih)
		35. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi (Dr. SPOG, Dr. Sp.A terlatih APN, Dr. Sp. A)
		36. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr
		37. % KB (vasektomi & tubektomi) yg dilakukan oleh tenaga kompeten Dr.SpOG, Dr. SpB, Dr.Sp.U, Dr Umum terlatih
		38. % peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih

(1)	(2)	(3)
		Pelayanan Intensif
		39. Rata-rata pasien yg kembali ke perawatan intensif dengan kasus yg sama < 72 jam
		40. Dokter Pemberi pelayanan unit intensive Dr. Sp.An & Dr. Sp sesuai dg kasus)
		41. Perawat di unit pelayanan intensive minimal D3 dg sertifikat perawat mahir ICU/setara D4
		Pelayanan Radiologi
		42. Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax
		43. Pelaksana ekspertisi Dr. Sp. Rad
		44. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen (Kerusakan foto)
		Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik
		45. Waktu tunggu hasil pelayanan Lab kimia darah & darah rutin
		46. Pelaksana ekspertisi Dr. Sp. PK
		47. Tidak ada kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium
		Pelayanan Rehabilitasi Medik
		48. Kejadian DO pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan
		49. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik
		Pelayanan Farmasi
		50. Waktu tunggu pelayanan: a. Obat jadi b. Obat Racikan
		51. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat Penulisan resep sesuai
		52. formularium
		Pelayanan Gizi
		53. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
		54. Sisa Makanan yg tidak termakan oleh pasien
		55. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet
		Pelayanan Transfusi Darah
		56. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi
		57. Kejadian reaksi transfusi
		Pelayanan rekam Medik
		58. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan

(1)	(2)	(3)
		<p>59. Kelengkapan informed consent setelah mendapat informasi yg jelas</p> <p>60. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan</p> <p>61. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap</p> <p>Pengelolaan Limbah</p> <p>62. Baku mutu limbah cair: a. BOD b. COD c. TSS d. PH</p> <p>63. Pengelolaan limbah padat sesuai dengan aturan</p> <p>Pelayanan Ambulans dan Kereta Jenazah</p> <p>64. Waktu pelayanan ambulance/ kereta jenazah</p> <p>65. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di RS</p> <p>66. Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan</p> <p>Pemeliharaan Alat</p> <p>67. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat maksimal dalam waktu 15 menit</p> <p>68. Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai ketentuan yg berlaku</p> <p>69. Peralatan laboratorium dan alat ukur yg digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi</p> <p>Pelayanan Laundry</p> <p>70. Tidak adanya kejadian linen yg hilang</p> <p>71. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap</p> <p>Pengendalian Infeksi</p> <p>72. Anggota Tim PPI yg terlatih</p> <p>73. Tersedia APD di setiap instalasi</p> <p>Kepuasan Pelanggan</p> <p>75. Kepuasan pelanggan terhadap pelayanan RS</p>
2.	Terwujudnya pengelolaan sumber daya rumah sakit yang profesional	<p>75. Laporan keuangan tepat waktu</p> <p>76. Trend pendapatan RS naik minimal 10% setiap tahunnya</p> <p>77. Trend kenaikan biaya RS setiap tahunnya</p>

(1)	(2)	(3)
		78. Cost recovery 79. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi 80. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja 81. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat 82. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala 83. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap 84. Ketepatan waktu pemeberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu
3.	Meningkatnya profesionalisme sumber daya manusia sesuai bidang tugasnya	85. Terpenuhinya SDM yang lebih berkualitas sesuai dengan profesinya 86. Terpenuhinya jumlah SDM sesuai standar jumlah dan kualifikasi 87. Terpenuhinya kepuasan kerja karyawan 88. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun
4.	Meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan rumah sakit	89. Pasien Miskin yang datang ke RS 100% terlayani 90. Adanya produk layanan baru RS (2 produk per tahun) 91. Peningkatan jumlah kunjungan rawat inap, rawat jalan dan penunjang 92. Terpenuhinya kebutuhan ruangan dan peralatan kesehatan pendukung pelayanan RS

6. Strategi

Dalam upaya mencapai tujuan dan sasaran maka strategi yang dilaksanakan RSUD Muntilan adalah sebagai berikut:

- a. Strategi pelayanan yaitu peningkatan mutu dan jangkauan pelayanan rumah sakit melalui penerapan standar pelayanan serta pemenuhan dan pengembangan jenis pelayanan untuk merespon kebutuhan pelayanan kesehatan. Strategi ini dirumuskan untuk melaksanakan misi pertama yaitu menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau.
- b. Strategi manajemen yaitu peningkatan fungsi dan proses manajemen yang didukung oleh sistem informasi manajemen dalam pengelolaan rumah sakit. Strategi ini dirumuskan untuk melaksanakan misi kedua yaitu menyelenggarakan pengelolaan sumber daya rumah sakit secara profesional.
- c. Strategi sumber daya manusia yaitu peningkatan profesionalisme melalui peningkatan ilmu dan ketrampilan serta pemberdayaan tenaga rumah sakit sesuai bidang tugasnya. Strategi ini dirumuskan untuk melaksanakan misi ketiga yaitu menyelenggarakan peningkatan ilmu dan ketrampilan tenaga rumah sakit.
- d. Strategi kepuasan pelanggan yaitu peningkatan pelayanan rumah sakit yang berorientasi pada kepuasan pelanggan internal maupun eksternal. Strategi ini dirumuskan untuk melaksanakan misi keempat yaitu memberikan pelayanan kesehatan yang memuaskan pelanggan.
- e. Strategi kemitraan yaitu peningkatan kerjasama dengan seluruh mitra kerja rumah sakit baik lintas sektor, organisasi profesi kesehatan, institusi pendidikan maupun mitra kerja lainnya yang saling mendukung dan memberikan manfaat antara rumah sakit dan mitra

kerja. Strategi ini dirumuskan untuk melaksanakan misi kelima yaitu menjalin kerjasama yang saling memberikan manfaat dengan mitra kerja

7. Kebijakan

Kebijakan merupakan arah yang diambil oleh RSUD Muntilan dalam menentukan bentuk konfigurasi program dan kegiatan untuk mencapai tujuan yaitu:

- a. Pemantapan mutu pelayanan di seluruh unit pelayanan rumah sakit melalui penerapan SOP dan akreditasi, serta monitoring dan evaluasi.
- b. Pengembangan jenis dan sistem pelayanan kesehatan rumah sakit sesuai keinginan pelanggan.
- c. Peningkatan kemampuan pengelolaan dan pembiayaan rumah sakit.
- d. Pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia
- e. Menciptakan suasana kondusif, aman dan nyaman di rumah sakit.
- f. Pengembangan kemitraan dengan lintas sektor terkait.

B. Perencanaan dan Perjanjian Kinerja Tahun 2013

Rencana Kinerja Tahun 2013 RSUD Muntilan memuat sasaran strategis, indikator dan target yang hendak dicapai sebagaimana tercantum dalam tabel 2.2 berikut:

Tabel 2.2.
Rencana Kinerja Tahun (RKT) 2013

No.	Sasaran Strategis	Indikator	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit melalui penerapan standar operating procedure dan akreditasi	Pelayanan Instalasi Gawat Darurat	
		1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100%
		2. Jam buka pelayanan gawat darurat	24 jam
		3. Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat yang masih berlaku (BLS / PPGD / GELS / ALS)	100%
		4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana minimal 1 tim	1 tim
		5. Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat setelah pasien datang	4 menit
		6. Kematian pasien \leq 24 jam	\leq 2%0
		7. Tidak ada pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%
		Pelayanan Rawat Jalan	
		8. Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis 100% dokter spesialis	100%
		9. Ketersediaan minimal pelayanan spesialis 4 (empat) besar: klinik anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah	100%
		10. Jam buka pelayanan 08.00-13.00 setiap hari kerja, kecuali Jum'at jam 08.00-11.00	70%
		11. Waktu tunggu di rawat jalan	63 menit
		12. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	88%
13. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	100%		
Pelayanan Rawat Inap			
14. Pemberi pelayanan rawat inap:			
a. Dr. Spesialis	100%		
b. Perawat Minimal D3	98%		

(1)	(2)	(3)	(4)
		15. Adanya dokter penanggung jawab pasien rawat inap (100%)	100%
		16. Ketersediaan pelayanan rawat inap minimal 4 spesialis besar (Anak, Penyakit dalam, Kebidanan, Bedah)	100%
		17. Jam visite dokter spesialis (08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja)	100%
		18. Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5%
		19. Kejadian infeksi nosokomial (INOS)	≤ 1,5%
		20. Tidak ada kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%
		21. Kematian pasien > 48 jam	≤ 24 %o
		22. Kejadian pulang paksa	≤ 5%
		23. Penegakan diagnosis TB pasien rawat inap melalui pemeriksaan mikroskopis TB	90%
		24. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB pasien rawat inap di Rumah Sakit	100%
		Pelayanan Bedah Sentral	
		25. Waktu tunggu operasi elektif	2 hari
		26. Kejadian kematian di meja operasi	0%
		27. Tidak ada kejadian operasi salah sisi	100%
		28. Tidak ada kejadian operasi salah orang	100%
		29. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%
		30. Tidak adanya kejadian ketinggalan benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%
		31. Komplikasi anastesi karena overdosis, reaksi anastesi, salah penempatan endotracheal tube	1%
		Pelayanan Persalinan	
		32. Kejadian kematian ibu karena persalinan:	
		a. Perdarahan maksimal	0,50%
		b. Pre-eklamsi maksimal	10%
		c. Sepsis maksimal	0,10%
		33. Pemberi pelayanan persalinan normal (Dr. SPOG, Dr. Umum terlatih APN, Bidan)	100%

(1)	(2)	(3)	(4)
		34. Pemberi pelayanan persalinan normal dengan penyulit (Tim PONEK yg terlatih	100%
		35. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi (Dr. SPOG, Dr. Sp.A terlatih APN, Dr. Sp. A)	100%
		36. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr	100%
		37. % KB (vasektomi & tubektomi) yg dilakukan oleh tenaga kompeten Dr.SpOG, Dr. SpB, Dr.Sp.U, Dr Umum terlatih	90%
		38. % peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih	100%
		Pelayanan Intensif	
		39. Rata-rata pasien yg kembali ke perawatan intensif dengan kasus yg sama < 72 jam	0,8%
		40. Dokter Pemberi pelayanan unit intensive Dr. Sp.An & Dr. Sp sesuai dg kasus)	100%
		41. Perawat di unit pelayanan intensive minimal D3 dg sertifikat perawat mahir ICU/setara D4	70%
		Pelayanan Radiologi	
		42. Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax	2 jam, 50 menit
		43. Pelaksana ekspertisi Dr. Sp. Rad	100%
		44. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen (Kerusakan foto)	2,30%
		Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik	
		45. Waktu tunggu hasil pelayanan Lab kimia darah & darah rutin	101 menit
		46. Pelaksana ekspertisi Dr. Sp. PK	100%
		47. Tidak ada kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%
		Pelayanan Rehabilitasi Medik	
		48. Kejadian DO pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan	30%
		49. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%

(1)	(2)	(3)	(4)
		Pelayanan Farmasi	
		50. Waktu tunggu pelayanan:	
		a. Obat jadi	17 menit
		b. Obat Racikan	26 menit
		51. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%
		52. Penulisan resep sesuai formularium	97%
		Pelayanan Gizi	
		53. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	100%
		54. Sisa Makanan yg tidak termakan oleh pasien	≤ 20%
		55. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%
		Pelayanan Transfusi Darah	
		56. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	90%
		57. Kejadian reaksi transfusi	0%
		Pelayanan rekam Medik	
		58. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	93%
		59. Kelengkapan informed consent setelah mendapat informasi yg jelas	90%
		60. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	7,40%
		61. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	7 menit
		Pengelolaan Limbah	
		62. Baku mutu limbah cair:	
		a. BOD	25 mg/l
		b. COD	75 mg/l
		c. TSS	8 mg/l
		d. PH	6-9
		63. Pengelolaan limbah padat sesuai dengan aturan	100%
		Pelayanan Ambulans dan Kereta Jenazah	
		64. Waktu pelayanan ambulance/ kereta jenazah	24 jam
		65. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di RS	27 menit
		66. Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	78 menit

(1)	(2)	(3)	(4)
		Pemeliharaan Alat	
		67. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat maksimal dalam waktu 15 menit	80%
		68. Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai ketentuan yg berlaku	88%
		69. Peralatan laboratorium dan alat ukur yg digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%
		Pelayanan Laundry	
		70. Tidak adanya kejadian linen yg hilang	100%
		71. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%
		Pengendalian Infeksi	
		72. Anggota Tim PPI yg terlatih	70%
		Tersedia APD di setiap instalasi	90%
		Kepuasan Pelanggan	
		74. Kepuasan pelanggan terhadap pelayanan RS	90%
2.	Terwujudnya pengelolaan sumber daya rumah sakit yang profesional	75. Laporan keuangan tepat waktu	100%
		76. Trend pendapatan RS naik minimal 10% setiap tahunnya	10%
		77. Trend kenaikan biaya RS setiap tahunnya	6%
		78. Cost recovery	55 %
		79. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%
		80. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%
		81. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%
		82. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%
		83. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	1,5 jam
		84. Ketepatan waktu pemeberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu (100%)	100%
3.	Meningkatnya profesionalisme sumber daya manusia sesuai bidang tugasnya	85. Terpenuhinya SDM yang lebih berkualitas sesuai dengan profesinya	85%
		86. Terpenuhinya jumlah SDM sesuai standar jumlah dan kualifikasi	90%

(1)	(2)	(3)	(4)
		87. Terpenuhinya kepuasan kerja karyawan	90%
		88. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	65%
4.	Meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan rumah sakit	89. Pasien miskin yang datang ke RS 100% terlayani	100%
		90. Adanya produk layanan baru RS (2 produk per tahun)	2 layanan baru
		91. Peningkatan jumlah kunjungan rawat inap, rawat jalan dan penunjang	5-10%
		92. Terpenuhinya kebutuhan ruangan dan peralatan kesehatan pendukung pelayanan RS	90%

C. Perjanjian Kinerja(PK) Tahun 2013

Perjanjian Kinerja merupakan kesepakatan kinerja antara Direktur RSUD Muntilan dengan Bupati Magelang dalam rangka mewujudkan manajemen pemerintahan yang efektif, transparan, dan akuntabel serta berorientasi pada hasil. Perjanjian Kinerja ini memuat indikator sasaran strategis dan target, program dan kegiatan serta anggaran yang ditetapkan tahun 2013. Apabila dibandingkan antara Rencana Kinerja Tahun (RKT) 2013 dan Penetapan Kinerja (PK) tahun 2013, tampak tidak ada perbedaan di antara keduanya.

Perjanjian Kinerja RSUD Muntilan tahun 2013 sebagaimana tabel 2.3 berikut.

Tabel 2.3
Perjanjian Kinerja (PK) Tahun 2013

No.	Sasaran	Indikator Kinerja Utama	Target	Program/Kegiatan	Anggaran (Rp)
1.	Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit melalui penerapan standar operating procedure dan akreditasi	Pelayanan Instalasi Gawat Darurat		Program:	
		1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100%	1. Peningkatan Mutu Pelayanan BLUD	32.586.794.250
		2. Jam buka pelayanan gawat darurat	24 jam	Kegiatan:	
		3. Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat yang masih berlaku (BLS / PPGD / GELS /	100%	1. Pelayanan dan Pendukung Pelayanan	32.586.794.250
		4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana minimal 1 tim	1 tim	2. Peningkatan Keselamatan Ibu Melahirkan dan Anak	34.000.000
		5. Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat setelah pasien datang	4 menit	Kegiatan:	
		6. Kematian pasien \leq 24 jam	\leq 2%	1. Peningkatan Pelayanan Obstetrik Neonatal	34.000.000
		7. Tidak ada pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	Emergensi Komprehensif (PONEK)	
		Pelayanan Rawat Jalan			
		8. Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis 100% dokter spesialis	100%		
9. Ketersediaan minimal pelayanan spesialis 4 (empat) besar: klinik anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah	100%				

No.	Sasaran	Indikator Kinerja Utama	Target	Program/Kegiatan	Anggaran (Rp)
		10. Jam buka pelayanan 08.00-13.00 setiap hari kerja, kecuali Jum'at jam 08.00-11.00	70%		
		11. Waktu tunggu di rawat jalan	63 menit		
		12. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	88%		
		13. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	100%		
		Pelayanan Rawat Inap			
		14. Pemberi pelayanan rawat inap:			
		a. Dr. Spesialis	100%		
		b. Perawat Minimal D3	98%		
		15. Adanya dokter penanggung jawab pasien rawat inap (100%)	100%		
		16. Ketersediaan pelayanan rawat inap minimal 4 spesialis besar (Anak, Penyakit dalam, Kebidanan, Bedah)	100%		
		17. Jam visite dokter spesialis (08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja)	100%		
		18. Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5%		
		19. Kejadian infeksi nosokomial (INOS)	< 1,5%		
		20. Tidak ada kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%		

No.	Sasaran	Indikator Kinerja Utama	Target	Program/Kegiatan	Anggaran (Rp)
		10. Jam buka pelayanan 08.00-13.00 setiap hari kerja, kecuali Jum'at jam 08.00-11.00	70%		
		11. Waktu tunggu di rawat jalan	63 menit		
		12. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	88%		
		13. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	100%		
		Pelayanan Rawat Inap			
		14. Pemberi pelayanan rawat inap:			
		a. Dr. Spesialis	100%		
		b. Perawat Minimal D3	98%		
		15. Adanya dokter penanggung jawab pasien rawat inap (100%)	100%		
		16. Ketersediaan pelayanan rawat inap minimal 4 spesialis besar (Anak, Penyakit dalam, Kebidanan, Bedah)	100%		
		17. Jam visite dokter spesialis (08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja)	100%		
		18. Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5%		
		19. Kejadian infeksi nosokomial (INOS)	< 1,5%		

No.	Sasaran	Indikator Kinerja Utama	Target	Program/Kegiatan	Anggaran (Rp)
		20. Tidak ada kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%		
		21. Kematian pasien > 48 jam	≤ 24 %		
		22. Kejadian pulang paksa	≤ 5%		
		23. Penegakan diagnosis TB pasien rawat inap melalui pemeriksaan mikroskopis TB	90%		
		24. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB pasien rawat inap di Rumah Sakit	100%		
		Pelayanan Bedah Sentral			
		25. Waktu tunggu operasi elektif	2 hari		
		26. Kejadian kematian di meja operasi	0%		
		27. Tidak ada kejadian operasi salah sisi	100%		
		28. Tidak ada kejadian operasi salah orang	100%		
		29. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%		
		30. Tidak adanya kejadian ketinggalan benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%		

No.	Sasaran	Indikator Kinerja Utama	Target	Program/Kegiatan	Anggaran (Rp)
		31. Komplikasi anastesi karena overdosis, reaksi anastesi, salah penempatan endotracheal tube	1%		
		Pelayanan Persalinan			
		32. Kejadian kematian ibu karena persalinan:			
		a. Perdarahan maksimal	0,50%		
		b. Pre-eklamsi maksimal	10%		
		c. Sepsis maksimal	0,10%		
		33. Pemberi pelayanan persalinan normal (Dr. SPOG, Dr. Umum terlatih APN, Bidan)	100%		
		34. Pemberi pelayanan persalinan normal dengan penyulit (Tim PONEK yg terlatih)	100%		
		35. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi (Dr. SPOG, Dr. Sp.A terlatih APN, Dr. Sp. A)	100%		
		36. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr	100%		
		37. % KB (vasektomi & tubektomi) yg dilakukan oleh tenaga kompeten Dr.SpOG, Dr. SpB, Dr.Sp.U, Dr Umum terlatih	90%		

No.	Sasaran	Indikator Kinerja Utama	Target	Program/Kegiatan	Anggaran (Rp)
		38. % peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih	100%		
		Pelayanan Intensif			
		39. Rata-rata pasien yg kembali ke perawatan intensif dengan kasus yg sama < 72 jam	0,8%		
		40. Dokter Pemberi pelayanan unit intensive Dr. Sp.An & Dr. Sp sesuai dg kasus)	100%		
		41. Perawat di unit pelayanan intensive minimal D3 dg sertifikat perawat mahir ICU/setara D4	70%		
		Pelayanan Radiologi			
		42. Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax	2 jam, 50 menit		
		43. Pelaksana ekspertisi Dr. Sp. Rad	100%		
		44. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen (Kerusakan foto)	2,30%		
		Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik			
		45. Waktu tunggu hasil pelayanan Lab kimia darah & darah rutin	101 menit		

No.	Sasaran	Indikator Kinerja Utama	Target	Program/Kegiatan	Anggaran (Rp)
		46. Pelaksana ekspertisi Dr. Sp. PK	100%		
		47. Tidak ada kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%		
		Pelayanan Rehabilitasi Medik			
		48. Kejadian DO pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan	30%		
		49. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%		
		Pelayanan Farmasi			
		50. Waktu tunggu pelayanan:			
		a. Obat jadi	17 menit		
		b. Obat Racikan	26 menit		
		51. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%		
		52. Penulisan resep sesuai formularium	97%		
		Pelayanan Gizi			
		53. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	100%		
		54. Sisa Makanan yg tidak termakan oleh pasien	≤ 20%		
		55. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%		

No.	Sasaran	Indikator Kinerja Utama	Target	Program/Kegiatan	Anggaran (Rp)
		Pelayanan Transfusi Darah			
		56. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	90%		
		57. Kejadian reaksi transfusi	0%		
		Pelayanan rekam Medik			
		58. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	93%		
		59. Kelengkapan informed consent setelah mendapat informasi yg jelas	90%		
		60. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	7.4 menit		
		61. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	7 menit		
		Pengelolaan Limbah			
		62. Baku mutu limbah cair:			
		a. BOD	25 mg/l		
		b. COD	75 mg/l		
		c. TSS	8 mg/l		
		d. PH	6-9		
		63. Pengelolaan limbah padat sesuai dengan aturan	100%		
		Pelayanan Ambulans dan Kereta Jenazah			
		64. Waktu pelayanan ambulance/ kereta jenazah	24 jam		

No.	Sasaran	Indikator Kinerja Utama	Target	Program/Kegiatan	Anggaran (Rp)
		65. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di RS	27 menit		
		66. Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	78 menit		
		Pemeliharaan Alat			
		67. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat maksimal dalam waktu 15 menit	80%		
		68. Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai ketentuan yg berlaku	88%		
		69. Peralatan laboratorium dan alat ukur yg digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%		
		Pelayanan Laundry			
		70. Tidak adanya kejadian linen yg hilang	100%		
		71. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%		
		Pengendalian Infeksi			
		72. Anggota Tim PPI yg terlatih	70%		
		73. Tersedia APD di setiap instalasi	90%		
		Kepuasan Pelanggan			
		74. Kepuasan pelanggan terhadap pelayanan RS	90%		

No.	Sasaran	Indikator Kinerja Utama	Target	Program/Kegiatan	Anggaran (Rp)
2.	Terwujudnya pengelolaan sumber daya rumah sakit yang profesional	75. Laporan keuangan tepat waktu	100%	Kegiatannya merupakan salah satu belanja operasional dalam Kegiatan Pelayanan dan Pendukung Pelayanan pada Program Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan BLUD di atas	
		76. Trend pendapatan RS naik minimal 10% setiap tahunnya	10%		
		77. Trend kenaikan biaya RS setiap tahunnya	6%		
		78. Cost recovery	55%		
		79. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%		
		80. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%		
		81. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%		Program:
		82. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%		1. Peningkatan dan Pengembangan Pengelolaan Keuangan Daerah
83. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien	1.5 jam	Kegiatan:			
		1. Inventarisasi Aset	7.054.300		
84. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu (100%)	100%				

No.	Sasaran	Indikator Kinerja Utama	Target	Program/Kegiatan	Anggaran (Rp)
3.	Meningkatnya profesionalisme sumber daya manusia sesuai bidang tugasnya	85. Terpenuhiya SDM yang lebih berkualitas sesuai dengan profesinya	85%	Kegiatannya merupakan salah satu belanja operasional dalam Kegiatan Pelayanan dan Pendukung Pelayanan pada Program Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan BLUD di atas	
		86. Terpenuhiya Jumlah SDM sesuai standar jumlah dan kualifikasi	90%		
		87. Terpenuhiya kepuasan kerja karyawan	90%		
		88. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	65%		
4.	Meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan rumah sakit	89. Pasien Miskin yang datang ke RS 100% terlayani	100%	Program:	
		90. Adanya produk layanan baru RS (2 produk per tahun)	2 layanan baru	1. Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat	10.000.000
		91. Peningkatan jumlah kunjungan rawat inap, rawat jalan dan penunjang	5-10%	Kegiatan: 1. Penggalangan Peran Serta Lintas Sektor & Organisasi Profesi Kesehatan	10.000.000
		92. Terpenuhiya kebutuhan ruangan dan peralatan kesehatan pendukung pelayanan RS	90%	2. Program Pengadaan, Peningkatan Sarana & Prasarana Rumah Sakit	4.537.239.000

No.	Sasaran	Indikator Kinerja Utama	Target	Program/Kegiatan	Anggaran (Rp)
				Kegiatan:	
				1. Penambahan ruang rawat Inap RS (VIP)	400.000.000
				2. Renovasi Bangunan RS (Instalasi Laundry, Gizi, Gudang)	750.000.000
				3. Peningkatan Sarana Prasarana Pendukung Pelayanan Dampak Rokok (DBHCHT)	500.000.000
				5. Perluasan Tempat Parkir RSUD Muntilan	254.000.000
				7. Pembangunan Gedung Rawat Inap Klas III (DAK)	1.375.360.000
				8. Pengadaan Peralatan Kesehatan Pelayanan Pendukung Klas III (DAK)	472.879.000
				9. Pengadaan Peralatan Kesehatan Patologi Anatomi	550.000.000
				10. Pengadaan Mesin Antrian Pasien Rawat Jalan	85.000.000

No.	Sasaran	Indikator Kinerja Utama	Target	Program/Kegiatan	Anggaran (Rp)
				11. Pengadaan Peralatan/Media Informasi dan Promosi Kesehatan RS	150.000.000
				3. Program Upaya Kesehatan Kegiatan:	10.000.000
				1. Pelayanan Kesehatan Korban Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT)	10.000.000

BAB III

AKUNTABILITAS KINERJA

Akuntabilitas kinerja Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan adalah wujud pertanggungjawaban secara transparan tentang keberhasilan atau kegagalan dalam pencapaian visi dan pelaksanaan misi RSUD Muntilan kepada pihak-pihak yang berwenang menerima pelaporan akuntabilitas sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 29 Tahun 2010 tentang Pedoman Penyusunan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas 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.

Akuntabilitas kinerja tahun 2013 ini akan membahas 3 (tiga) aspek yaitu :

1. Pengukuran Pencapaian Kinerja Tahun 2013
2. Evaluasi dan Analisis Capaian Kinerja, serta
3. Akuntabilitas Keuangan

Untuk memudahkan interpretasi atas pencapaian kinerja sasaran dipergunakan interval nilai sebagai berikut :

1. > 101 = Amat Baik
2. 80 - 100 = Baik
3. 50 - 79 = Cukup
4. < 49 = Kurang

Hal ini akan dijelaskan lebih lanjut berikut ini.

A. Pengukuran Pencapaian Kinerja Tahun 2013

Hingga akhir tahun 2013, RSUD Muntilan telah melaksanakan seluruh kegiatan yang menjadi tanggung jawabnya. Seluruh capaian tujuan diuraikan dalam capaian sasaran sebagaimana dijelaskan berikut ini.

Tujuan Umum: meningkatkan pelayanan rumah sakit yang profesional dengan selalu mengedepankan mutu, kinerja yang baik, nilai sosial dan kemanusiaan dalam upaya mencapai derajat kesehatan yang optimal.

Untuk mengukur sejauhmana pencapaian tujuan tersebut, telah ditetapkan 4 (empat) sasaran strategis sebagai tolak ukur keberhasilan atau kegagalannya yaitu:

1. Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit melalui penerapan standar operating procedure dan akreditasi
2. Terwujudnya pengelolaan sumber daya rumah sakit yang profesional
3. Meningkatnya profesionalisme sumber daya manusia sesuai dengan bidang tugasnya
4. Meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan rumah sakit

Adapun pengukuran kinerja ke-4 (empat) sasaran tersebut adalah sebagai berikut (tabel 3.1).

Tabel 3.1. Pengukuran Capaian Kinerja Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan Tahun 2013

No.	Sasaran	Indikator Kinerja Utama	Target	Realisasi	%	% Capaian Tahun Sebelumnya
1	2	3	4	5	6	7
1	Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit melalui penerapan standar operating procedure dan akreditasi	Pelayanan Instalasi Gawat Darurat				
		1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100%	100%	100%	100%
		2. Jam buka pelayanan gawat darurat	24 jam	24 jam	100%	100%
		3. Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat yang masih berlaku (BLS / PPGD / GELS / ALS)	100%	100%	100%	81,25%
		4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana minimal 1 tim	1 tim	1 tim	100%	100%
		5. Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat setelah pasien datang	4 menit	4 menit	100%	125%
		6. Kematian pasien < 24 jam	≤ 2%o	7%o	100%	0%
		7. Tidak ada pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	100%	100%	100%
		Pelayanan Rawat Jalan				
		8. Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis 100% dokter spesialis	100%	100%	100%	100%
		9. Ketersediaan minimal pelayanan spesialis 4 (empat) besar: klinik anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah	100%	100%	100%	100%
		10. Jam buka pelayanan 08.00-13.00 setiap hari kerja, kecuali Jum'at jam 08.00-11.00	70%	100%	143%	40%

No.	Sasaran	Indikator Kinerja Utama	Target	Realisasi	%	% Capaian Tahun Sebelumnya
1	2	3	4	5	6	7
		11. Waktu tunggu di rawat jalan	63 menit	90 Menit	57%	85%
		12. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	88%	100%	114%	70%
		13. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	100%	100%	100%	100%
		Pelayanan Rawat Inap				
		14. Pemberi pelayanan rawat inap:				
		a. Dr. Spesialis	100%	95%	95%	100%
		b. Perawat Minimal D3	98%	100%	102%	100%
		15. Adanya dokter penanggung jawab pasien rawat inap (100%)	100%	100%	100%	100%
		16. Ketersediaan pelayanan rawat inap minimal 4 spesialis besar (Anak, Penyakit dalam, Kebidanan, Bedah)	100%	100%	100%	100%
		17. Jam visite dokter spesialis (08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja)	100%	100%	100%	100%
		18. Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5%	0,2%	100%	100%
		19. Kejadian infeksi nosokomial (INOS)	≤ 1,5%	0%	100%	100%
		20. Tidak ada kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%	100%	100%	100%
		21. Kematian pasien > 48 jam	≤ 24 ‰	20,88 ‰	100%	100%
		22. Kejadian pulang paksa	≤ 5%	3,60%	100%	100%
		23. Penegakan diagnosis TB pasien rawat inap melalui pemeriksaan mikroskopis TB	90%	100%	100%	100%

No.	Sasaran	Indikator Kinerja Utama	Target	Realisasi	%	% Capaian Tahun Sebelumnya
1	2	3	4	5	6	7
		24. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB pasien rawat inap di Rumah Sakit	100%	100%	100%	100%
		Pelayanan Bedah Sentral				
		25. Waktu tunggu operasi elektif	2 hari	1,6 hari	120%	105%
		26. Kejadian kematian di meja operasi	0%	0%	0%	100%
		27. Tidak ada kejadian operasi salah sisi	100%	100%	100%	100%
		28. Tidak ada kejadian operasi salah orang	100%	100%	100%	100%
		29. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100%	100%	100%
		30. Tidak adanya kejadian ketinggalan benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100%	100%	100%
		31. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, salah penempatan endotracheal tube	1%	0%	200%	200%
		Pelayanan Persalinan				
		32. Kejadian kematian ibu karena persalinan:				
		a. Perdarahan maksimal	0,50%	0%	100%	100%
		b. Pre-eklamsi maksimal	10%	0,002%	100%	100%
		c. Sepsis maksimal	0,10%	0%	100%	100%
		33. Pemberi pelayanan persalinan normal (Dr. SPOG, Dr. Umum terlatih APN, Bidan)	100%	100%	100%	100%

No.	Sasaran	Indikator Kinerja Utama	Target	Realisasi	%	% Capaian Tahun Sebelumnya
1	2	3	4	5	6	7
		34. Pemberi pelayanan persalinan normal dengan penyulit (Tim PONEK yg terlatih	100%	100%	100%	100%
		35. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi (Dr. SPOG, Dr. Sp.A terlatih APN, Dr. Sp. A)	100%	100%	100%	100%
		36. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr	100%	92,9%	92,9%	100%
		37. % KB (vasektomi & tubektomi) yg dilakukan oleh tenaga kompeten Dr.SpOG, Dr. SpB, Dr.Sp.U, Dr Umum terlatih	90%	100%	111%	117,65%
		38. % peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih	100%	100%	100%	100%
		Pelayanan Intensif				
		39. Rata-rata pasien yg kembali ke perawatan intensif dengan kasus yg sama < 72 jam	0,8%	0%	200%	177,5%
		40. Dokter Pemberi pelayanan unit intensive Dr. Sp.An & Dr. Sp sesuai dg kasus)	100%	100%	100%	100%
		41. Perawat di unit pelayanan intensive minimal D3 dg sertifikat perawat mahir ICU/setara D4	70%	70,5%	101%	118%
		Pelayanan Radiologi				
		42. Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax	2 jam, 50 menit	47,63 menit	172%	276%
		43. Pelaksana ekspertisi Dr. Sp. Rad	100%	100%	100%	100%

No.	Sasaran	Indikator Kinerja Utama	Target	Realisasi	%	% Capaian Tahun Sebelumnya
1	2	3	4	5	6	7
		44. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen (Kerusakan foto)	2,30%	2,16%	106%	1,82%
		Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik				
		45. Waktu tunggu hasil pelayanan Lab kimia darah & darah rutin	101 menit	110 menit	91%	92,16%
		46. Pelaksana ekspertisi Dr. Sp. PK	100%	100%	100%	100%
		47. Tidak ada kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100%	100%	100%
		Pelayanan Rehabilitasi Medik				
		48. Kejadian DO pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan	30%	8%	173%	113%
		49. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	100%	100%	100%
		Pelayanan Farmasi				
		50. Waktu tunggu pelayanan:				
		a. Obat jadi	17 menit	14,35 menit	116%	103,5%
		b. Obat Racikan	26 menit	23,18 menit	111%	89%
		51. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%	100%	100%
		52. Penulisan resep sesuai formularium	97%	88,9%	92%	98,85%
		Pelayanan Gizi				
		53. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	100%	100%	100%	100%

No.	Sasaran	Indikator Kinerja Utama	Target	Realisasi	%	% Capaian Tahun Sebelumnya
1	2	3	4	5	6	7
		54. Sisa Makanan yg tidak termakan oleh pasien	≤ 20%	19%	100%	100%
		55. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%	100%	100%	100%
		Pelayanan Transfusi Darah				
		56. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	90%	0%	0%	12%
		57. Kejadian reaksi transfusi	0%	0%	0%	100%
		Pelayanan rekam Medik				
		58. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	93%	100%	108%	70%
		59. Kelengkapan informed consent setelah mendapat informasi yg jelas	90%	85%	94%	87%
		60. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	7,4 menit	8 menit	7%	85,14%
		61. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	7 menit	5 menit	129%	88,57%
		Pengelolaan Limbah				
		62. Baku mutu limbah cair:				
		a. BOD	25 mg/l	19,9 mg/l	120%	33,33%
		b. COD	75 mg/l	15 mg/l	132%	-2,50%
		c. TSS	8 mg/l	1 mg/l	188%	-30%
		d. PH	6-9	7,5	100%	100%

No.	Sasaran	Indikator Kinerja Utama	Target	Realisasi	%	% Capaian Tahun Sebelumnya
1	2	3	4	5	6	7
		63. Pengelolaan limbah padat sesuai dengan aturan	100%	75%	75%	75%
		Pelayanan Ambulans dan Kereta Jenazah				
		64. Waktu pelayanan ambulance/ kereta jenazah	24 jam	24 jam	100%	100%
		65. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di RS	27 menit	26 menit	104%	114,81%
		66. Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	78 menit	52 menit	133%	100%
		Pemeliharaan Alat				
		67. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat maksimal dalam waktu 15 menit	80%	90%	113%	100%
		68. Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai ketentuan yg berlaku	88%	85%	97%	98,85%
		69. Peralatan laboratorium dan alat ukur yg digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%	100%	100%	100%
		Pelayanan Laundry				
		70. Tidak adanya kejadian linen yg hilang	100%	95%	95%	95%
		71. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%	100%	100%	100%
		Pengendalian Infeksi				
		72. Anggota Tim PPI yg terlatih	70%	36%	51%	76,92%
		73. Tersedia APD di setiap instalasi	90%	75%	83%	100%

No.	Sasaran	Indikator Kinerja Utama	Target	Realisasi	%	% Capaian Tahun Sebelumnya
1	2	3	4	5	6	7
		Kepuasan Pelanggan				
		74. Kepuasan pelanggan terhadap pelayanan RS	90%	77%	85%	86%
		Rata-rata Capaian Sasaran 1			101,36%	94,86%
2.	Terwujudnya pengelolaan sumber daya rumah sakit yang profesional	75. Laporan keuangan tepat waktu	100%	100%	100%	100%
		76. Trend pendapatan RS naik minimal 10% setiap tahunnya	10%	30%	297%	540%
		77. Trend kenaikan biaya RS setiap tahunnya	6%	35%	0%	0%
		78. Cost recovery	55%	67%	122%	196%
		79. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%	100%	100%	100%
		80. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100%	100%	100%
		81. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%	100%	100%
		82. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%	100%	100%	100%
		83. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	1,5 jam	1,75 jam	83%	133,33%
		84. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	100%	100%	100%
		Rata-rata Capaian Sasaran - 2			110,20%	146,93%
3.	Meningkatnya profesionalisme sumber daya manusia sesuai bidang tugasnya	85. Terpenuhinya SDM yang lebih berkualitas sesuai dengan profesinya	85%	90%	106%	100%
		86. Terpenuhinya jumlah SDM sesuai standar jumlah dan kualifikasi	90%	90%	100%	100%
		87. Terpenuhinya kepuasan kerja karyawan	90%	98%	109%	100%

No.	Sasaran	Indikator Kinerja Utama	Target	Realisasi	%	% Capaian Tahun Sebelumnya
1	2	3	4	5	6	7
		88. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	65%	65%	100%	100%
Rata-rata Capaian Sasaran - 3					103,75%	100%
4.	Meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan rumah sakit	89. Pasien Miskin yang datang ke RS 100% terlayani	100%	100%	100%	100%
		90. Adanya produk layanan baru RS (2 produk per tahun)	2 layanan baru	2 layanan	100%	150%
		91. Peningkatan jumlah kunjungan rawat inap, rawat jalan dan penunjang	5-10%	-7,6%	0%	0%
		92. Terpenuhinya kebutuhan ruangan dan peralatan kesehatan pendukung pelayanan RS	90%	90%	100%	100%
Rata-rata Capaian Sasaran - 4					75%	87,50%

B. Evaluasi dan Analisis Capaian Kinerja

1. Sasaran-1: "Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit melalui penerapan standar operating procedure dan akreditasi",

Indikator sasaran-1 pada hakekatnya adalah indikator pelayanan rumah sakit. Berdasarkan hasil pengukuran kinerja sasaran-1 dari 74 (tujuh puluh empat) indikator kinerja sebagai tolak ukurnya tergambar bahwa secara umum realisasi kinerja dari indikator kinerja telah sesuai bahkan melebihi target yang telah ditetapkan, namun demikian ada pula beberapa indikator kinerja yang belum memenuhi target.

Berikut adalah analisis keberhasilan dan kegagalan beberapa indikator penting pelayanan rumah sakit.

Analisis keberhasilan capaian indikator kinerja pelayanan intensif (ICU) pada indikator rata-rata pasien yg kembali ke perawatan intensive dengan kasus yang sama < 72 jam. Pada tahun 2013 tidak ada pasien (0%) yang kembali ke perawatan intensive dengan kasus yang sama < 72 jam. Angka tersebut turun dari 0,18% di tahun 2012. Hal ini didukung oleh kinerja tim perawatan intensive yang terlatih dan dipimpin oleh dokter spesialis anesthesi. Saat ini RSUD Muntilan telah mempunyai dokter spesialis anesthesi definitife (pegawai tetap). Semula RSUD Muntilan baru mempunyai dokter spesialis anesthesia paruh waktu dari RST dr. Soedjono Magelang. Dengan adanya dokter spesialis anesthesia tetap pemantauan perawatan intensif dapat dilakukan dengan optimal.

Analisis keberhasilan capaian indikator kinerja pelayanan Rehabilitasi Medik pada kejadian DO pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan. Pada tahun 2013 hanya 8% pasien yang DO terhadap pelayanan rehabilitasi medic dari target yang ditetapkan 30% atau capaian kinerja 173%. Terdapat peningkatan capaian kinerja yang sangat signifikan yaitu dari 26% di tahun 2012 menjadi 8% di tahun 2013. Hal ini dikarenakan mulai tahun

2013 pelayanan Rehabilitasi Medik sudah didukung dengan keberadaan dokter spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi (KFR) dan fisioterapist yang terlatih.

Analisis keberhasilan indikator pengelolaan limbah pada baku mutu limbah cair. Pada tahun 2013 baku mutu limbah cair yang meliputi kadar BOD, COD, TSS dan PH telah memenuhi syarat ambang batas bahkan di bawah ambang batas yang diperkenankan. Bila dibandingkan dengan tahun 2012, capaian kinerja indikator tersebut sangat meningkat mengingat di tahun 2012 hanya 1 (satu) indikator baku mutu limbah yang memenuhi syarat. Keberhasilan ini didukung dengan pemeliharaan dan perbaikan alat IPAL secara kontinyu, pemenuhan bahan pengolah limbah serta dilakukannya pemantauan baku mutu *inlet* dan *outlet* limbah secara rutin.

Analisis kegagalan pencapaian kinerja pelayanan gawat darurat pada indikator kematian pasien ≤ 24 jam. Angka kematian pasien ≤ 24 jam RSUD Muntilan tahun 2013 mencapai 7‰ dari target maksimal 2‰ dan meningkat bila dibandingkan dengan capaian tahun 2012 (4‰). Hal ini dikarenakan pasien datang ke IGD sudah dalam kondisi *terminal state* sehingga meninggal di IGD, pasien datang sudah dalam kondisi meninggal serta keterlambatan merujuk pasien yang dapat disebabkan karena lambatnya keluarga mengambil keputusan untuk membawa pasien ke rumah sakit maupun karena sulitnya akses menuju ke rumah sakit.

Analisis kegagalan pencapaian indikator kinerja pelayanan rawat jalan pada indikator waktu tunggu di rawat jalan. Waktu tunggu di rawat jalan tahun 2013 selama 90 menit dari target yang ditetapkan 65 menit sehingga capaian kinerjanya baru 54%. Bila dibandingkan dengan tahun sebelumnya terjadi peningkatan yaitu dari 80 menit di tahun 2012 menjadi 90 menit di tahun 2013. Peningkatan waktu tunggu menggambarkan bahwa pasien rawat jalan semakin lama menunggu giliran untuk mendapatkan pelayanan

dokter. Kondisi ini biasanya terjadi di poliklinik spesialis 4 (empat) besar yaitu klinik spesialis penyakit dalam, bedah, KIA dan anak karena banyaknya jumlah pasien tidak sebanding dengan jumlah dokter yang ada serta dokter spesialis yang bersangkutan harus membagi waktu dengan pelaksanaan visite pasien rawat inap di bangsal.

Analisis kegagalan pencapaian indikator kepuasan pelanggan terhadap pelayanan RS. Kepuasan pelanggan terhadap pelayanan rumah sakit belum dapat mencapai target yang ditetapkan (90%). Hal ini dikarenakan indikator kinerjanya masih mengikuti target pada Renstra. Pada tahun 2011 dan sebelumnya survey kepuasan pelanggan dilakukan menggunakan kuesioner mandiri dan tingkat capaiannya tinggi sehingga target capaian yang ditetapkan menyesuaikan. Mulai tahun 2012 telah dilakukan survey kepuasan pelanggan sesuai dengan KepMenPAN No 25 Tahun 2004 tentang Pedoman Umum Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Pelayanan Instansi Pemerintah dengan menggunakan skala penilaian yang berbeda yaitu: tidak baik (25%-43,75%), kurang baik (43,76%-62,50%), baik (62,51%-81,25%), dan sangat baik (81,26%-100%). Namun demikian capaian sebesar 77% termasuk dalam kategori baik (62,51%-81,25%).

Permasalahan yang dihadapi dalam pencapaian sasaran -1, diantaranya adalah :

- a. Terbatasnya jumlah sumber daya manusia baik kualitas dan kuantitas khususnya tenaga teknis pelayanan di rumah sakit seperti dokter, dokter spesialis, perawat dan bidan maupun tenaga administrasi dan keuangan.
- b. Sarana prasarana pendukung pelayanan belum sepenuhnya sesuai standar rumah sakit.

Strategi pemecahan masalah tersebut dilakukan melalui kegiatan berikut:

- a. Pemenuhan jumlah SDM secara bertahap melalui formasi PNS, rekrutment tenaga BLUD untuk kebutuhan prioritas

seperti dokter spesialis dan perawat, kerjasama dengan institusi pendidikan serta rumah sakit lain untuk tenaga dokter spesialis.

- b. Peningkatan kapasitas SDM melalui pendidikan dan pelatihan maupun bimbingan teknis.
- c. Pemenuhan sarana prasarana pendukung pelayanan kesehatan baik peralatan kesehatan maupun tempat pelayanan/gedung secara bertahap melalui dana operasional BLUD, APBD Kabupaten Magelang, Dana Alokasi Khusus (DAK) maupun APBN melalui alokasi dana tugas Pembantuan serta kerjasama dengan pihak ketiga (KSO).

Namun demikian pencapaian kinerja **sasaran-1** Tahun 2013 sesungguhnya mengalami peningkatan apabila di bandingkan dengan tahun 2012. Terjadinya peningkatan tersebut disebabkan antara lain :

- a. Adanya komitmen segenap jajaran RSUD Muntilan untuk meningkatkan mutu pelayanan.
- b. Adanya pembaharuan SOP pelayanan sesuai dengan standar terkini serta perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.
- c. Pengembangan kapasitas SDM secara komprehensif dan berkelanjutan.

Oleh karena itu ke depan dalam rangka meningkatkan capaian kinerja tahun mendatang maka akan ditempuh strategi sebagai berikut:

- a. Peningkatan mutu dan jangkauan pelayanan rumah sakit melalui penerapan standar pelayanan serta pemenuhan dan pengembangan jenis pelayanan untuk merespon kebutuhan pelayanan kesehatan.
- b. Peningkatan profesionalisme melalui peningkatan ilmu dan ketrampilan serta pemberdayaan tenaga rumah sakit sesuai bidang tugasnya.
- c. Peningkatan pelayanan rumah sakit yang berorientasi pada kepuasan pelanggan internal maupun eksternal.

Adapun realisasi capaian target Renstra Bisnis RSUD Muntilan 2011-2015 sampai dengan tahun 2013, pada sasaran-1 telah mencapai 101,36%. Hal ini berarti bahwa capaian sasaran-1 melebihi dari target yang telah ditetapkan. Bahkan capaian tersebut meningkat apabila dibandingkan dengan tahun 2012 yang baru mencapai 94,86%.

2. Sasaran 2: "Terwujudnya pengelolaan sumber daya rumah sakit yang profesional".

Berdasarkan hasil pengukuran kinerja **sasaran-2**, dari 10 (sepuluh) indikator kinerja secara umum capaian kinerjanya sesuai bahkan melebihi target yang telah ditetapkan yaitu pada 8 (sembilan) indikator, namun 2 (dua) indikator tidak mencapai target yang ditetapkan. Berikut adalah analisis keberhasilan dan kegagalan capaian indikator penting pada sasaran-2.

Analisis keberhasilan capaian indikator trend pendapatan RS minimal naik 10% per tahun. Pendapatan RSUD Muntilan naik 30 % yaitu dari Rp. 26.530.299.791,- tahun 2012 menjadi Rp. 33.219.572.936,- di tahun 2013. Kenaikan pendapatan rumah sakit ini seiring dengan adanya kebijakan regionalisasi tarif INACBG's pada program Jamkesmas dimana tarif paket pelayanan Jamkesmas menjadi lebih tinggi dari tarif sebelumnya. Disamping itu adanya pemberlakuan Peraturan Bupati tentang tarif pelayanan rumah sakit untuk pasien umum, adanya pelayanan baru seperti klinik spesialis Rehabilitasi Medis, Laboratorium Patologi Anatomi, serta adanya intensifikasi pendapatan selain pelayanan pasien.

Analisis kegagalan capaian indikator kinerja trend kenaikan biaya RS maksimal 6% per tahun. Seiring dengan kenaikan pendapatan rumah sakit maka biaya operasional rumah sakit juga meningkat. Hal ini dikarenakan sumber utama pendapatan rumah sakit adalah dari pelayanan pasien

sehingga pendapatan yang kembali untuk operasional pelayanan dan biaya jasa pelayanan akan meningkat pula. Disamping itu pada tahun 2013 terdapat beberapa kewajiban yang harus dipenuhi diantaranya penyelesaian kekurangan biaya obat dan jasa pelayanan tahun 2012 serta pengembalian over klaim jamkesmas.

Permasalahan yang dihadapi dalam pencapaian sasaran -2, diantaranya adalah:

- a. Belum terintegrasinya Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM RS) pada semua unit pelayanan.
- b. Belum diterapkannya *billing system* pada semua unit pelayanan rumah sakit.
- c. Belum adanya penghitungan *unit cost* pada semua unit pelayanan rumah sakit.

Strategi pemecahan masalah tersebut dilakukan melalui upaya berikut:

- a. Optimalisasi pemanfaatan sistem informasi pada unit pelayanan yang telah dilengkapi dengan perangkat sistem informasi.
- b. Peningkatan kecermatan pengelolaan pendapatan di setiap unit pelayanan, monitoring dan evaluasi serta optimalisasi kinerja Instalasi Pendapatan dan Piutang.
- c. Pencermatan biaya operasional setiap unit pelayanan, peningkatan kepatuhan pada *clinical path way*, formularium obat, INACBGs serta penerapan prinsip efisiensi dan efektifitas biaya dalam pelaksanaan kegiatan.

Namun demikian apabila dibandingkan dengan tahun 2012 pencapaian kinerja **sasaran-2** Tahun 2013 mengalami penurunan. Faktor utama yang menyebabkan terjadinya penurunan capaian kinerja adalah tidak tercapainya indikator peningkatan biaya operasional maksimal 6% pertahun sebagaimana telah diuraikan di atas.

Oleh karena itu ke depan dalam rangka meningkatkan capaian kinerja tahun mendatang maka akan ditempuh strategi sebagai berikut:

- a. Peningkatan fungsi dan proses manajemen yang didukung oleh sistem informasi manajemen dalam pengelolaan rumah sakit.
- b. Peningkatan pelayanan rumah sakit yang berorientasi pada kepuasan pelanggan internal maupun eksternal.
- c. Peningkatan kerjasama dengan seluruh mitra kerja rumah sakit baik lintas sektor, organisasi profesi kesehatan, institusi pendidikan maupun mitra kerja lainnya yang saling mendukung dan memberikan manfaat.

Adapaun realisasi capaian target Renstra Bisnis RSUD Muntilan 2011-2015 sampai dengan tahun 2013, pada sasaran-2 telah mencapai 110,20%. Hal ini berarti bahwa secara umum capaian sasaran-1 melebihi dari target yang telah ditetapkan, walaupun mengalami penurunan apabila dibandingkan dengan tahun 2012 yang telah mencapai 146,93%

3. Sasaran 3: "Meningkatnya profesionalisme sumber daya manusia sesuai bidang tugasnya".

Dari 4 (empat) indikator kinerja sebagai tolak ukurnya tergambar bahwa capaian kinerja dari indikator kinerja dicapai sesuai target yang telah ditetapkan. Mengacu pada hasil pengukuran di atas terlihat bahwa, penyelenggaraan pengelolaan sumber daya manusia di RSUD Muntilan telah sesuai standar yang ditetapkan.

Permasalahan yang dihadapi dalam pencapaian sasaran-3, diantaranya adalah:

- a. Keterbatasan sumber dana untuk pelaksanaan pendidikan pelatihan bagi SDM rumah sakit.
- b. Adanya pengurangan tenaga karena pensiun, meninggal, pindah atau mengundurkan diri.

Strategi pemecahan masalah tersebut dilakukan kegiatan berikut: Dalam rangka meningkatkan capaian kinerja, upaya yang telah dilakukan adalah sebagai berikut :

- a. Penyelenggaraan kegiatan *Hearth Intelligent Training* bagi seluruh SDM rumah sakit.
- b. Diterapkannya *reward and punishment* bagi SDM rumah sakit.
- c. Penyelenggaraan bimbingan teknis sesuai kebutuhan pada unit pelayanan rumah sakit.
- d. Pengiriman peserta Pendidikan dan pelatihan bagi tenaga medis maupun keperawatan secara bertahap sesuai dengan kebutuhan prioritas.

Oleh karena itu ke depan dalam rangka meningkatkan capaian kinerja tahun mendatang maka akan ditempuh strategi sebagai berikut:

- a. Peningkatan profesionalisme melalui peningkatan ilmu dan ketrampilan serta pemberdayaan tenaga rumah sakit sesuai bidang tugasnya.
- b. Peningkatan pelayanan rumah sakit yang berorientasi pada kepuasan pelanggan internal maupun eksternal.
- c. Peningkatan kerjasama dengan seluruh mitra kerja rumah sakit baik lintas sektor, organisasi profesi kesehatan, institusi pendidikan maupun mitra kerja lainnya yang saling mendukung dan memberikan manfaat.

Adapun realisasi capaian target Renstra Bisnis RSUD Muntilan 2011-2015 sampai dengan tahun 2013, pada sasaran-3 telah mencapai 103,75%. Hal ini berarti bahwa capaian sasaran-2 sesuai dengan target yang telah ditetapkan, bahkan melebihi target pada tahun 2012 sebesar 100%.

4. Sasaran 4: "Meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan rumah sakit",

Berdasarkan hasil pengukuran kinerja **sasaran-4**, dari 4 (empat) indikator kinerja sebagai tolak ukurnya tergambar bahwa capaian kinerja dari 3 (tiga) indikator kinerja dicapai sesuai target, namun 1 (satu) indikator kinerja tidak

mencapai target yang ditetapkan. Berikut analisis kegagalan pencapaian indikator kinerja sasaran-4.

Analisis kegagalan pencapaian indikator peningkatan jumlah kunjungan rawat inap, rawat jalan dan penunjang 10% per tahun. Tahun 2013 secara umum tidak ada peningkatan kunjungan rawat inap, rawat jalan dan penunjang bahkan terjadi penurunan 7,8% dari tahun 2012. Hal ini dikarenakan mulai tahun 2013 jaminan kesehatan pasca KLB erupsi Merapi pada 11 kecamatan *total coverage* sudah tidak diberlakukan lagi. Pada tahun-tahun sebelumnya kunjungan pasien dengan jaminan kesehatan pasca KLB erupsi Merapi jumlahnya menduduki peringkat atas. Selain itu adanya penonaktifan Bangsal Aster yang mempunyai kapasitas 22 tempat tidur kelas III karena direnovasi menyebabkan pengurangan kapasitas tempat tidur kelas III yang berdampak pada penurunan jumlah pasien karena tidak seluruhnya pasien rawat inap kelas III dapat dirawat inapkan di RSUD Muntilan.

Permasalahan yang dihadapi dalam pencapaian sasaran -4, diantaranya adalah:

- a. Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) pasca bencana erupsi Merapi sudah tidak diberlakukan lagi sehingga jumlah pasien mengalami banyak penurunan.
- b. Adanya renovasi gedung rawat inap maupun tempat pelayanan lainnya sehingga mengurangi kapasitas tempat tidur dan pelayanan rumah sakit.
- c. Keterbatasan sumber dana operasional BLUD RS untuk pengembangan sarana prasarana pendukung pelayanan rumah sakit.

Pemecahan masalah tersebut dilakukan dengan upaya berikut:

- a. Penggalangan lintas sektor, Puskesmas dan organisasi profesi kesehatan untuk mengoptimal jejaring rujukan.
- b. Menjalani kerjasama melalui jejaring institusi pendidikan bidang kesehatan maupun rumah sakit.

- c. Pengembangan sarana prasarana pendukung pelayanan rumah sakit bersumber dana APBD kabupaten Magelang, Dana Alokasi Khusus (DAK) bidang kesehatan dan APBN Tugas Pembantuan.

Oleh karena itu ke depan dalam rangka meningkatkan capaian kinerja tahun mendatang maka akan ditempuh strategi sebagai berikut:

- a. Penyelenggaraan sosial marketing melalui berbagai media
- b. Pengembangan jaringan pelayanan rujukan dengan sarana pelayanan kesehatan dasar di wilayah Kabupaten Magelang dan sekitarnya
- c. Pengembangan kerjasama dengan berbagai pihak untuk ekstensifikasi pelayanan rumah sakit.

Adapun realisasi capaian target Renstra Bisnis RSUD Muntilan 2011-2015 sampai dengan tahun 2013, pada sasaran-4 baru mencapai 75%. Hal ini berarti bahwa capaian sasaran-4 kurang dari target yang telah ditetapkan.

Secara keseluruhan capaian kinerja sasaran rata-rata sebesar 97,58%. Secara rinci tingkat capaian seluruh sasaran adalah sebagai berikut (tabel 3.2).

Tabel 3.2. Tingkat Capaian Sasaran Strategis RSUD Muntilan Tahun 2013

No	Sasaran	Nilai Capaian Kinerja
1	2	3
1	Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit melalui penerapan standar operating procedure dan akreditasi	101,36 %
2	Terwujudnya pengelolaan sumber daya rumah sakit yang profesional	110,20 %
3	Meningkatnya profesionalisme sumber daya manusia sesuai bidang tugasnya	103,75 %
4	Meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan rumah sakit	75 %
Rata - rata :		97,58%

Berdasarkan penilaian sendiri (*self assessment*) atas realisasi pelaksanaan Penetapan Kinerja Tahun 2013, menunjukkan bahwa dalam mencapai 4 Sasaran melalui pelaksanaan 6 program dengan 14 kegiatan yang telah ditetapkan, capaian kinerja RSUD Muntilan sebesar 97,58% atau dikategorikan "Baik". Kategori capaian sasaran secara rinci sebagaimana tabel 3.3 berikut.

Tabel 3.3. Kategori Capaian Kinerja Sasaran RSUD Muntilan Tahun 2013

No.	Rentang capaian	Kategori Capaian	Jumlah Sasaran
1.	>101	Amat Baik	3
2.	80 – 100	Baik	-
3.	50 s/d79	Cukup	1
4.	< 49	Kurang	-
		Jumlah Sasaran	4

C. Akuntabilitas Keuangan

1. Target Pendapatan

Pada tahun 2013 Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan ditargetkan untuk menghasilkan pendapatan sebanyak Rp. 32.586.794.250,-, namun ternyata pendapatan yang diperoleh adalah sebesar Rp. 33.219.572.936,- atau dicapai sebesar 101,94%. Rincian target dan realisasi pendapatan dapat dilihat pada tabel 3.4 berikut ini.

Tabel. 3.4
Target dan Realisasi Pendapatan Tahun 2013

No	Jenis Pendapatan	Target (Rp)	Realisasi (Rp)	Selisih	%
1	2	3	4	5	6
1.	Lain-Lain Pendapatan Asli Daerah 1. Pendapatan Badan Layanan Umum Daerah	32.586.794.250	33.219.572.936	632.778.686	101.94
	Jumlah	32.586.794.250	33.219.572.936	632.778.686	101.94
	Capaian Tahun 2012	25.600.000.000	26.530.299.791	930.299.791	103.63
	Selisih	6.986.794.250	6.689.273.145		

2. Pelaksanaan Anggaran Tahun 2013

Pada tahun 2013 RSUD Muntilan mempunyai Anggaran sebanyak Rp. 62.021.690.550,- yang terdiri dari anggaran dalam APBD sebesar Rp 55.021.690.550 dan dari APBN Tugas Pembantuan sebanyak Rp. 7.000.000.000,-.

Anggaran dalam APBD tersebut terdiri dari dana pendapatan BLUD sebanyak Rp. 32.586.794.250 untuk pembiayaan operasional pelayanan rumah sakit, Belanja Langsung sebanyak Rp. 4.598.293.300,- dan Belanja Tidak Langsung sebanyak Rp. 17.836.603.000,-. Apabila dilihat dari jenis anggaran, maka realisasi dari anggaran operasional BLUD sebanyak Rp. 32.586.794.250,- direalisasikan sebesar Rp. 32.041.607.302,- (98,33%), belanja langsung dari anggaran Rp. 4.598.293.300,- direalisasikan sebesar Rp. 4.330.628.855,- (94,18%), sedangkan belanja tidak langsung dari anggaran Rp. 17.836.603.000,- direalisasikan sebesar Rp. 16.571.749.833,- (97,07%).

Selanjutnya dilihat total realisasi belanja dalam APBD yang terdiri dari belanja operasional BLUD, belanja langsung dan belanja tidak langsung pada RSUD Muntilan sebesar 96,22%, sedangkan dari alokasi APBN Tugas Pembantuan dari anggaran Rp 7.000.000.000,- direalisasikan sebesar Rp. 6.997.501.000 (99,96%).

Pelaksanaan anggaran RSUD Muntilan tahun 2013 secara rinci disajikan dalam tabel 3.5 dan tabel 3.6 berikut.

Tabel. 3.5.
 Anggaran dan Realisasi Belanja dalam APBD
 Tahun 2013

No	Program/Kegiatan	Jumlah Anggaran (Rp)	Realisasi (Rp)	%
A	BELANJA OPERASIONAL BLUD			
	Program:			
	1. Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan RS BLUD	32.586.794.250	32041607302	98,33
	Kegiatan:			
	1. Pelayanan dan Pendukung Pelayanan	32.586.794.250	32.041.607.302	98,33
	Jumlah A	32.586.794.250	32.041.607.302	
	Rata-Rata % A			98,33
B	BELANJA LANGSUNG			
	Program:			
	1. Upaya Kesehatan Masyarakat	10.000.000	1.795.600	17,96
	Kegiatan:			
	1. Pelayanan Kesehatan Korban KDRT	10.000.000	1.795.600	17,96
	2 Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat	10.000.000	9.977.860	99,78
	Kegiatan:			
	1. Penggalangan Peran Lintas Sektor, Puskesmas dan Organisasi Profesi Kesehatan	10.000.000	9.977.860	99,78
	3. Pengadaan, Peningkatan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit	4.537.239.000	4.279.987.435	94,33
	Kegiatan:			
	1. Penambahan Ruang Rawat Inap Rumah Sakit (VVIP, VIP, Kelas I, II, III)	400.000.000	344.007.000	86,00
	2. Renovasi Bangunan Rumah Sakit (Instalasi Laundry, Gizi, Gudang)	750.000.000	686.900.200	91,59
	3. Peningkatan Sarana Prasarana Pendukung Pelayanan Akibat Rokok (DBHCHT)	500.000.000	465.958.135	93,19
	4. Perluasan Tempat Parkir	254.000.000	231.699.600	91,22
	5. Pembangunan Gedung Rawat Inap	1.375.360.000	1.337.424.500	97,24

Kelas III (DAK)				
No	Program/Kegiatan	Jumlah Anggaran (Rp)	Realisasi (Rp)	%
	6. Pengadaan Peralatan Kesehatan Pendukung Pelayanan Kelas III	472.879.000	455.257.000	96,27
	7. Pengadaan Peralatan Kesehatan Patologi Anatomi	550.000.000	534.050.000	97,10
	8. Pengadaan Mesin Antrian Pasien Rawat Jalan	85.000.000	82.565.000	97,14
	9. Pengadaan Peralatan/Media Informasi dan Promosi Kesehatan RS	150.000.000	142.126.000	94,75
	4. Peningkatan Keselamatan Ibu Melahirkan dan Anak Kegiatan:	34.000.000	33.284.000	97,89
	1. Peningkatan Pelayanan Obstetric Neonatal Emergency Komprehensif (PONEK)	34.000.000	33.284.000	97,89
	5 Peningkatan dan Pengembangan Pengelolaan Keuangan Daerah Kegiatan:	7.054.300	5.583.960	79,16
	1. Inventarisasi Aset SKPD	7.054.300	5.583.960	79,16
Jumlah B		4.598.293.300	4.330.628.855	94,18
Rata-Rata % B				87,64
C	BELANJA TIDAK LANGSUNG			
	1. Belanja Pegawai	17.836.603.000	16.571.749.833	92,91
	1. Gaji dan Tunjangan Pegawai	17.836.603.000	16.571.749.833	92,91
Jumlah C		17.836.603.000	16.571.749.833	92,91
Rata-Rata % C				92,91
Jumlah (A + B + C)		55.021.690.550	52.943.985.990	96,22
Rata-Rata % (A+B+C)				94,06

Tabel. 3.6.
 Anggaran dan Realisasi Belanja APBN
 Tahun 2013

Program/Kegiatan	Jumlah Anggaran (Rp)	Realisasi (Rp)	%
Program: 1. Pembinaan Upaya Kesehatan	7.000.000.000	6.997.501.000	99,96
Kegiatan: 1. Pengadaan Peralatan Kedokteran, Kesehatan dan KB	7.000.000.000	6.997.501.000	99,96
Jumlah	7.000.000.000	6.997.501.000	99,96

BAB IV

PENUTUP

A. Tinjauan Umum Keberhasilan

Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan Kabupaten Magelang sebagai SKPD teknis yang mempunyai tugas pokok menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat dan mempunyai fungsi sebagai:

- a). Perumusan kebijakan teknis penyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat;
- b). Pemberian dukungan atas penyelenggaraan pemerintahan daerah dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat;
- c). Pembinaan dan pelaksanaan tugas penyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat;
- d). Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Bupati sesuai dengan tugas dan fungsi rumah sakit.

Agar pelaksanaan tugas dan fungsi tersebut berjalan secara optimal maka diperlukan pengelolaan sumber daya yang dimiliki baik SDM, sumber dana maupun sarana prasarana secara efektif dan efisien mungkin.

Dengan memperhatikan uraian dan beberapa data yang diuraikan pada bab-bab sebelumnya, maka dapat dikatakan bahwa Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan dalam melaksanakan tugasnya dapat dikatakan berhasil, karena semua target sasaran yang telah ditetapkan dicapai dengan kategori "Baik". Hal tersebut didukung dengan data sebagai berikut :

1. Hasil Pengukuran Pencapaian Kinerja 2013 dicapai 97,58%, dengan rincian per sasaran yaitu: a). Sasaran 1 "Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit melalui

penerapan standar operating procedure dan akreditasi" (101,36%); b). Sasaran 2 "Terwujudnya pengelolaan sumber daya rumah sakit yang profesional" (110,20%); c). Sasaran 3 "Meningkatnya profesionalisme sumber daya manusia sesuai bidang tugasnya" (103,75%) dan d). Sasaran 4 "Meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan rumah sakit" (75%).

2. Pendapatan melebihi dari target yang telah ditetapkan yaitu sebanyak Rp. ,-32.586.794.250 namun dapat dicapai Rp. 33.219.572.936,- atau dicapai sebesar 101,94%.
3. Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan menggunakan dana kurang dari dana yang dianggarkan. Hal ini berarti terjadi efisiensi dari anggaran yang ditetapkan.

B. Permasalahan atau Kendala Yang berkaitan dengan Pencapaian Kinerja

Permasalahan atau kendala yang ditemui dalam pelaksanaan kegiatan guna mencapai kinerja yang telah ditargetkan, diantaranya:

1. Terbatasnya sumber daya manusia dari segi kualitas maupun kuantitasnya.
2. Sarana Prasarana pendukung pelayanan RS belum sepenuhnya sesuai standar.
3. Sistem Informasi Manajemen Rumah sakit (SIMRS) belum terintegrasi dan dimanfaatkan secara optimal.
4. Terbatasnya anggaran BLUD untuk pengembangan sarana prasarana pendukung pelayanan rumah sakit
5. Peran dan fungsi lintas sektor dalam jejaring rujukan pelayanan kesehatan belum optimal.

C. Strategi Pemecahan Masalah

Strategi yang dilaksanakan dalam menghadapi permasalahan tersebut adalah:

1. Penyelenggaraan pendidikan dan latihan (Diklat) serta bimbingan teknis sesuai kebutuhan pelayanan.

2. Menjalin kerjasama dengan tenaga ahli sesuai kebutuhan pelayanan dari rumah sakit lain atau institusi pendidikan
3. Advokasi pada pemerintah pusat, provinsi maupun Kabupaten untuk mendapatkan alokasi dana pengembangan sarana prasarana rumah sakit dari APBN, APBD provinsi dan APBD Kabupaten.
4. Penyelenggaraan sosial marketing dan penguatan jejaring rujukan pelayanan kesehatan dengan lintas sektor dan profesi kesehatan.

Demikian Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Tahun 2013 pada RSUD Muntilan, semoga dapat menjadi bahan pertimbangan dan evaluasi untuk kegiatan dan penetapan kinerja yang akan datang. Sekian dan terima kasih

Muntilan, 30 Januari 2014

Plt. Direktur RSUD Muntilan
Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Magelang



dr. HENDARTO, MKes
Pembina Utama Muda
NIP. 19580523 198511 1 001