

**LAPORAN KINERJA INSTANSI PEMERINTAH
(LKJIP)**

**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MUNTILAN
KABUPATEN MAGELANG
TAHUN 2015**



**Rumah Sakit Umum Daerah Muntlan Kabupaten Magelang
Jl. Kartini No. 13 Muntlan
Februari, 2016**

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah rabbil 'alamiin, puji syukur ke hadirat Allah SWT atas rahmat dan karunia-Nya, kami dapat menyelesaikan penyusunan Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Muntilan Tahun 2015 sebagai salah satu bentuk pertanggungjawaban atas pelaksanaan kinerja yang telah ditetapkan.

Laporan Kinerja Instansi Pemerintah merupakan bentuk komitmen nyata dalam mengimplementasikan Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) yang baik sebagaimana diamanatkan dalam Instruksi Presiden Nomor 29 tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah dan Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah.

Penyusunan LKjIP dimaksudkan untuk memberikan informasi kepada publik terkait capaian kinerja RSUD Muntilan tahun 2015 dalam pelaksanaan tugas pokok dan fungsinya beserta kendala dan hambatan yang dihadapi sebagai bahan evaluasi dan perbaikan perencanaan di tahun berikutnya.

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

Muntilan, Februari 2016
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	iii
Daftar tabel & Gambar	iv
Ikhtisar Eksekutif	vi
BAB I PENDAHULUAN	
1.1. Latar belakang	1.1
1.2. Kedudukan, Tugas Pokok dan Fungsi ...	1.1
1.3. Peran Strategis RSUD Muntilan	1.2
1.4. Struktur Organisasi	1.3
1.5. Sistematisasi Penyusunan LKJIP	1.4
BAB II PERENCANAAN KINERJA	
2.1. Perjanjian Kinerja	II.1
2.2. Indikator Kinerja Utama	II.7
BAB III AKUNTABILITAS KINERJA	
3.1. Pengukuran Kinerja	III.1
3.2. Realisasi Indikator Kinerja Utama	III.2
3.3. Realisasi Indikator Kinerja sasaran	III.3
3.4. Capaian Kinerja Sasaran Strategis	III.8
3.5. Evaluasi Kinerja sasaran Strategis	III.9
3.6. Akuntabilitas Keuangan	III.27
BAB IV PENUTUP	IV.1
LAMPIRAN-LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL DAN GAMBAR

			Halaman
Tabel	2.1	Perjanjian Kinerja RSUD Muntilan Kabupaten Magelang Tahun 2015	II.2
Tabel	2.2	Indikator Kinerja Utama RSUD Muntilan Tahun 2015	II.7
Tabel	3.1	Predikat Nilai Capaian Kinerja	III.2
Tabel	3.2	Realisasi Indikator Kinerja Utama RSUD Muntilan Tahun 2015	III.2
Tabel	3.3	Pengukuran Capaian Kinerja RSUD Muntilan Tahun 2015	III.3
Tabel	3.4	Sasaran dan Indikator Sasaran RSUD Muntilan Tahun 2015	III.8
Tabel	3.5	Capaian Kinerja Sasaran RSUD Muntilan Tahun 2015	III.9
Tabel	3.6	Realisasi Indikator Sasaran-1 Tahun 2015	III.10
Tabel	3.7	Hasil Survei Kepuasan Pelanggan RSUD Muntila Tahun 2015	III.11
Tabel	3.8	Realisasi Indikator Kinerja Utama Sasaran-1 terhadap Target Renstra	III.12
Tabel	3.9	Realisasi Indikator Sasaran-2 Tahun 2015	III.14
Tabel	3.10	Realisasi Indikator Kinerja Utama Sasaran-2 terhadap Target Renstra	III.15
Tabel	3.11	Realisasi Indikator Sasaran-3 Tahun 2015	III.16
Tabel	3.12	Daftar Pelatihan Internal RSUD Muntilan Tahun 2015	III.17
Tabel	3.13	Daftar Pengiriman Peserta Pelatihan Eksternal Tahun 2015	III.18
Tabel	3.14	Realisasi Indikator Kinerja Utama Sasaran-3 Terhadap Target Renstra	III.19

	Halaman	
Tabel 3.15	Realisasi Indikator Sasaran-4 Tahun 2015	III.22
Tabel 3.16	Realisasi Indikator Kinerja Utama Sasaran-4 terhadap Target Akhir Renstra	III.25
Tabel 3.17	Analisa Efisiensi Pencapaian Sasaran Strategis Tahun 2015	III.27
Tabel 3.18	Anggaran dan Realisasi Belanja RSUS Muntilan Tahun 2015	III.29
Gambar 1.1	Bagan Struktur Organisasi RSUD Muntilan Kabupaten Magelang	1.4
Gambar 2.1	Trend Realisasi IKM RSUD Muntilan Tahun 2012-2015	III.11
Gambar 2.2	Trend <i>Cost Recovery</i> RSUD Muntilan Tahun 2011-2015	III.14
Gambar 2.3	Trend Realisasi Rata-rata Kunjungan Rawat Jalan per Hari RSUD Muntilan Tahun 2011-2015	III.22
Gambar 2.4	Trend Realisasi BOR RSUD Muntilan Tahun 2011-2015	III.24

RINGKASAN EKSEKUTIF

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

Penyelenggaraan pemerintahan dan pembangunan daerah di RSUD Muntilan mengacu pada Perjanjian Kinerja tahun 2015 yang memuat sasaran yang ingin dicapai tahun 2015 beserta target kinerjanya. Dalam pencapaian sasaran tersebut telah ditetapkan kebijakan, indikator kinerja sasaran serta program dan kegiatan yang bersifat operasional.

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

Berdasarkan dokumen Perjanjian Kinerja RSUD Muntilan tahun 2015 telah ditetapkan 4 (empat) sasaran dengan 95 (sembilan puluh lima) indikator kinerja, 5 (lima) diantaranya ditetapkan sebagai Indikator Kinerja Utama (IKU). Pengukuran terhadap indikator kinerja dibagi menjadi 4 (empat) kategori dalam skala ordinal yaitu: capaian $\geq 95\%$ kategori Sangat Berhasil; 80 - <95% kategori Berhasil; 50 - <80% kategori Cukup Berhasil; dan < 50% kategori Kurang Berhasil.

Berdasarkan hasil pengukuran realisasi terhadap target kinerja 4 (empat) sasaran disimpulkan bahwa 2 (dua) atau 50% sasaran tercapai dengan predikat "Sangat Berhasil", 1 (satu) atau 25% sasaran "Berhasil" dan 1 (satu) atau 25% sasaran "Kurang Berhasil". Dari 4 (empat) indikator tersebut ditetapkan 95 (sembilan puluh lima) indikator kinerja dengan capaian 89 (delapan puluh sembilan) atau 93,68% indikator kinerja dengan

kategori "Sangat Berhasil", 5 (lima) atau 5,26% indikator kinerja "Berhasil" dan 1 (satu) atau 1,05% indikator kinerja "Kurang Berhasil". Indikator kinerja yang kurang berhasil adalah indikator karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun.

Berdasarkan analisis efisiensi penggunaan sumber daya dalam mencapai sasaran yang dilakukan dengan cara membandingkan antara persentase realisasi penyerapan anggaran dengan rata-rata capaian kinerja sasaran, disimpulkan bahwa dari 4 (empat) sasaran sebagian besar telah menggunakan sumber daya secara efisien.

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Dalam rangka melaksanakan amanat Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah dan Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah dimana sebagai salah satu penyelenggaraan SAKIP, kepala SKPD setiap tahunnya menyampaikan laporan kinerja tahunan kepada Bupati. Rumah Sakit Umum Daerah Muntlan sebagai instansi pemerintah mempunyai kewajiban menyusun Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) yang merupakan bentuk akuntabilitas kepada publik serta menjadi media informasi kepada publik mengenai capaian kinerja yang telah dilakukan RSUD Muntlan selama tahun 2015.

Terkait tugas pokok RSUD Muntlan yaitu menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat, RSUD Muntlan mempunyai peran strategis dalam membangun sumber daya manusia dan kehidupan beragama sejalan dengan RPJMD Kabupaten Magelang tahun 2014 - 2019 di bidang kesehatan. Pembangunan bidang kesehatan dilakukan melalui upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya.

2.2. Kedudukan, Tugas Pokok dan Fungsi

Sebagaimana diatur dalam Bab X pasal 24 dan 25 Peraturan Daerah Kabupaten Magelang Nomor 30 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis

Daerah dan Satuan Polisi Pamong Praja, kedudukan dan tugas pokok RSUD Muntilan adalah:

1. Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan merupakan unsur pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.
2. Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan dipimpin oleh Direktur dan berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.
3. Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan adalah rumah sakit umum kelas C.
4. Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan mempunyai tugas pokok menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.

Berdasarkan Peraturan Bupati Magelang Nomor 14 Tahun 2009 tentang Rincian Tugas Jabatan Struktural pada RSUD Muntilan, disebutkan bahwa RSUD Muntilan menjalankan fungsi:

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

1.3. Peran Strategis RSUD Muntilan

Sesuai amanat Undang Undang nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, RSUD Muntilan sebagai institusi penyelenggaran pelayanan kesehatan memiliki peran yang sangat strategis dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan. Sebagai sarana pelayanan publik di bidang kesehatan, RSUD Muntilan memiliki peran yang sangat

strategis dalam upaya mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat di Kabupaten Magelang. Peran strategis ini diperoleh karena Rumah Sakit dituntut menjalankan multi fungsi pelayanan kesehatan yaitu sebagai pusat rujukan pelayanan medik, Pelayanan non medik, Pelayanan penunjang medik, pelayanan rehabilitasi medik dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

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

1.4. Struktur Organisasi

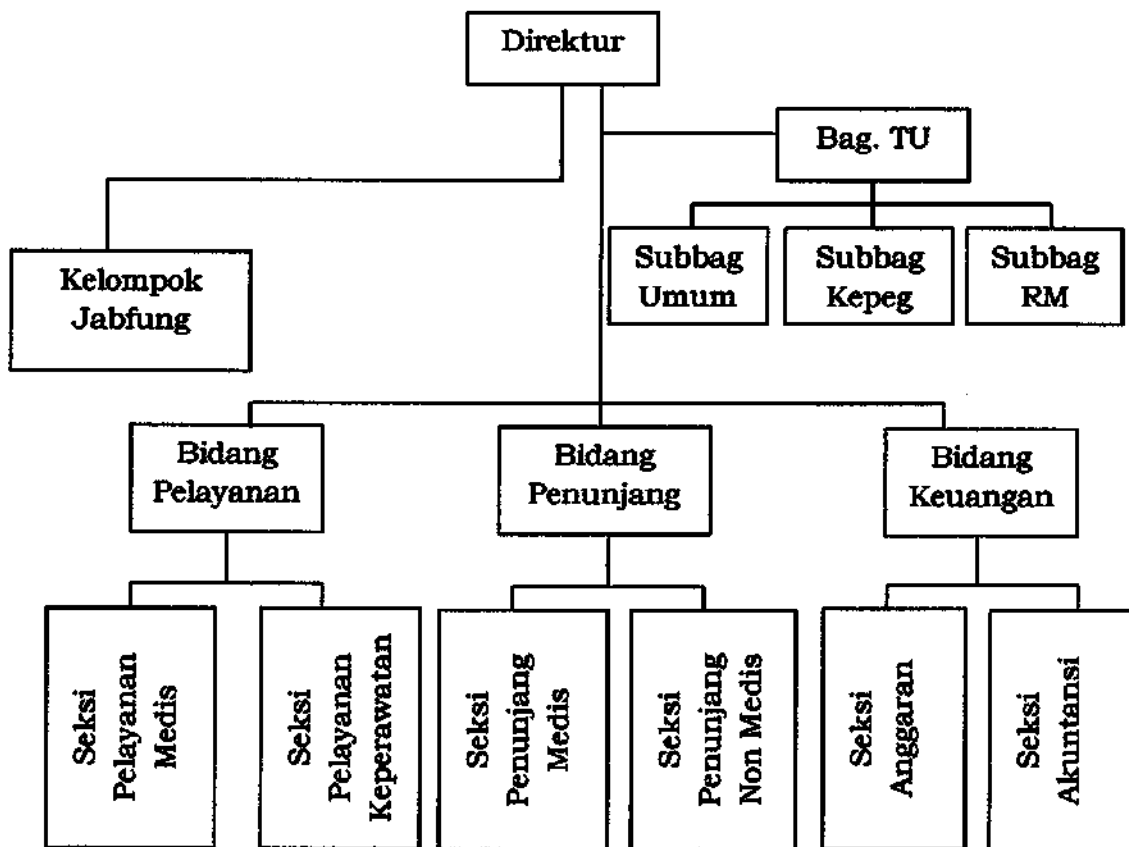
Berdasarkan Peraturan Daerah nomor 30 tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah dan Satuan Polisi Pamong Praja, susunan organisasi RSUD Muntilan terdiri dari:

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

5. Bidang Keuangan, membawahkan:

- a. Seksi Anggaran
- b. Seksi Akuntansi

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



Gambar 1.1. Bagan Struktur Organisasi RSUD Muntilan Kabupaten Magelang

1.5. Sistematika Penyusunan LKjIP

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

BAB I. PENDAHULUAN

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

BAB II. PERENCANAAN KINERJA

Pada bagian ini disajikan uraian ringkasan/ikhtisar perjanjian kinerja RSUD Muntilan tahun 2015.

BAB III. AKUNTABILITAS KINERJA

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

BAB IV. PENUTUP

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

LAMPIRAN-LAMPIRAN

1. Perjanjian Kinerja RSUD Muntilan Tahun 2015
2. Pengukuran Indikator Kinerja Sasaran RSUD Muntilan Tahun 2015

BAB II

PERENCANAAN KINERJA

2.1. Perjanjian Kinerja

Dalam rangka mewujudkan visi RSUD Muntilan yaitu “Menjadi Rumah Sakit Rujukan Terpercaya di Kabupaten Magelang dan Sekitarnya”, di dalam Rencana Strategis (Renstra) RSUD Muntilan tahun 2014-2019 telah ditetapkan misi, tujuan dan sasaran strategis yang akan dicapai dalam kurun waktu 5 (lima) tahun. 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 RSUD Muntilan disusun mengacu pada dokumen Renstra tahun 2014-2019, Renja tahun 2015, Kebijakan Umum Anggaran dan Prioritas dan Plafon Anggaran (KUA PPAS) tahun 2015 serta dokumen Anggaran Pendapatan, Belanja Daerah (APBD) tahun 2015. Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan telah menetapkan Perjanjian Kinerja Tahun 2015 sebagaimana tabel berikut (tabel 2.1).

Tabel. 2.1. Perjanjian Kinerja RSUD Muntilan Kabupaten Magelang Tahun 2015

No.	Sasaran Strategis	Indikator	Target
1.	Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit	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. Kepuasan pelanggan (IKU)	80%
		7. Kematian pasien \leq 24 jam	2%
		8. Tidak ada pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%
		Pelayanan Rawat Jalan	
		1. Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis 100% dokter spesialis	100%
		2. Ketersediaan minimal pelayanan spesialis 4 (empat) besar: klinik anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah	100%
		3. Jam buka pelayanan 08.00-13.00 setiap hari kerja, kecuali Jum'at jam 08.00-11.00	100%
		4. Waktu tunggu di rawat jalan	60 menit
		5. Kepuasan pelanggan (IKU)	90%
		6. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	100%
		7. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	100%
		Pelayanan Rawat Inap	
		1. Pemberi pelayanan rawat inap:	
		a. Dr. Spesialis	100%
		b. Perawat Minimal D3	100%
		2. Adanya dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%

No.	Sasaran Strategis	Indikator	Target
		3. Ketersediaan pelayanan rawat inap minimal 4 spesialis besar (Anak, Penyakit dalam, Kebidanan, Bedah)	100%
		4. Jam visite dokter spesialis (08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja)	100%
		5. Kejadian infeksi pasca operasi	1,5%
		6. Kejadian infeksi nosokomial (INOS)	1,5%
		7. Tidak ada kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%
		8. Kematian pasien > 48 jam	0,22%
		9. Kejadian pulang paksa	3,7%
		10. Kepuasan pelanggan (IKU)	90%
		11. Rawat Inap TB	
		a. Penegakan diagnosis TB pasien rawat inap melalui pemeriksaan mikroskopis TB	100%
		b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB pasien rawat inap di Rumah Sakit	100%
		Pelayanan Bedah Sentral	
		1. Waktu tunggu operasi elektif	1,6 hari
		2. Kejadian kematian di meja operasi	1%
		3. Tidak ada kejadian operasi salah sisi	100%
		4. Tidak ada kejadian operasi salah orang	100%
		5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%
		6. 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	
		1.. Kejadian kematian ibu karena persalinan:	
		a. Perdarahan maksimal	1%
		b. Pre-eklamsi maksimal	10%
		c. Sepsis maksimal	0,2%
		2. Pemberi pelayanan persalinan normal (Dr. SPOG, Dr. Umum terlatih APN, Bidan)	100%

No.	Sasaran Strategis	Indikator	Target
		3. Pemberi pelayanan persalinan normal dengan penyulit (Tim PONEK yg terlatih	100%
		4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi (Dr. SPOG, Dr. Sp.A terlatih APN, Dr. Sp. A)	100%
		5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr	100%
		6. Pertolongan persalinan dengan <i>secsio cesaria</i>	20%
		7. % KB (vasektomi & tubektomi) yg dilakukan oleh tenaga kompeten Dr.SpOG, Dr. SpB, Dr.Sp.U, Dr Umum terlatih	100%
		8. % peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih	100%
		9. Kepuasan pelanggan (IKU)	80%
		Pelayanan Intensif	
		1. Rata-rata pasien yg kembali ke perawatan intensif dengan kasus yg sama < 72 jam	0,8%
		2. Dokter Pemberi pelayanan unit intensive Dr. Sp.An & Dr. Sp sesuai dg kasus)	100%
		3. Perawat di unit pelayanan intensive minimal D3 dg sertifikat perawat mahir ICU/setara D4	75%
		Pelayanan Radiologi	
		1. Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax	47 menit
		2. Pelaksana ekspertisi Dr. Sp. Rad	100%
		3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen (Kerusakan foto)	2%
		4. Kepuasan pelanggan (IKU)	80%
		Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik	
		1. Waktu tunggu hasil pelayanan Lab kimia darah & darah rutin	100 menit
		2. Pelaksana ekspertisi Dr. Sp. PK	100%
		3. Tidak ada kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%
		4. Kepuasan pelanggan (IKU)	80%
		Pelayanan Rehabilitasi Medik	
		1. Kejadian DO pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan	25%

No.	Sasaran Strategis	Indikator	Target
		2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%
		3. Kepuasan pelanggan (IKU)	80%
		Pelayanan Farmasi	
		1. Waktu tunggu pelayanan:	
		a. Obat jadi	16 menit
		b. Obat Racikan	30 menit
		2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%
		3. Penulisan resep sesuai formularium	100%
		4. Kepuasan Pelanggan (IKU)	80%
		Pelayanan Gizi	
		1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	100%
		2. Sisa Makanan yg tidak termakan oleh pasien	20%
		3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%
		Pelayanan Transfusi Darah	
		1. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100%
		2. Kejadian reaksi transfusi	0,01%
		Pelayanan keluarga miskin	
		1. Pelayanan terhadap pasien Gakin yg dating ke RS pada setiap unit pelayanan	100%
		Pelayanan Rekam Medik	
		1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	95%
		2. Kelengkapan informed concent setelah mendapat informasi yg jelas	95%
		3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	7 menit
		4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	7 menit
		Pengelolaan Limbah	
		1. Baku mutu limbah cair:	
		a. BOD	20 mg/l
		b. COD	70 mg/l
		c. TSS	8 mg/l
		d. PH	6-9
		2. Pengelolaan limbah padat sesuai dengan aturan	100%

No.	Sasaran Strategis	Indikator	Target
3.	Meningkatnya profesionalisme sumber daya manusia sesuai bidang tugasnya	1. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun (IKU)	60%
4.	Meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan rumah sakit	1. Rata-rata kunjungan rawat jalan per hari (IKU)	325 kunjungan
		2. Rata-rata kunjungan rawat darurat per hari	53 kunjungan
		3. Hari perawatan	50.000 hari
		4 Bed Occupancy Rate/BOR (IKU)	77%
		5. Rata-rata operasi per hari	10 org

Perjanjian Kinerja Tahun 2015 dapat dilihat pada lampiran 1.

2.2. Indikator Kinerja Utama

Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan telah menetapkan Indikator Kinerja Utama (IKU) yang merupakan sejumlah indikator terpilih dari indikator kinerja RSUD Muntilan. Penetapan target IKU RSUD Muntilan tahun 2015 sebagaimana tabel berikut (tabel 2.2).

Tabel. 2.2. Indikator Kinerja Utama RSUD Muntilan Tahun 2015

No.	Indikator Kinerja Utama	Satuan	Target
1.	Kepuasan pelanggan RS	Persen	80
2.	<i>Cost recovery</i>	Persen	100
3.	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	Persen	60
4.	Rata-rata kunjungan rawat jalan per hari	Kunjungan	325
5.	<i>Bed Occupancy Rate (BOR)</i>	Persen	77

No.	Sasaran Strategis	Indikator	Target
		Pelayanan Ambulans dan Kereta Jenazah	
		1. Waktu pelayanan ambulance/ kereta jenazah	24 jam
		2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di RS	27 menit
		3. Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	78 menit
		Pemeliharaan Alat	
		1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat maksimal dalam waktu 15 menit	80%
		2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai ketentuan yg berlaku	89%
		3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yg digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%
		Pelayanan Laundry	
		1. Tidak adanya kejadian linen yg hilang	100%
		2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%
		Pengendalian Infeksi	
		1. Anggota Tim PPI yg terlatih	75%
		2. Tersedia APD di setiap instalasi	95%
2.	Terwujudnya pengelolaan sumber daya rumah sakit yang profesional	1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%
		2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	10%
		3. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	6%
		4. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	56 %
		5. Cost Recovery (IKU)	100%
		6. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%
		7. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	100%
		8. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%

BAB III

AKUNTABILITAS KINERJA

Akuntabilitas kinerja Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan adalah wujud pertanggungjawaban secara transparan tentang pelaksanaan kinerja RSUD Muntilan berdasarkan Penetapan Kinerja tahun 2015 kepada pihak-pihak yang berwenang menerima pelaporan akuntabilitas sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah.

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

3.1. Pengukuran Kinerja

Pengukuran kinerja digunakan untuk menilai keberhasilan dan kegagalan pelaksanaan kegiatan sesuai dengan program dan sasaran yang telah ditetapkan dalam rangka mewujudkan misi dan visi Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan. Capaian Indikator Kinerja Utama (IKU) diperoleh berdasarkan pengukuran atas indikator kinerja sasaran strategis yang ditetapkan menjadi Indikator Kinerja Utama RSUD Muntilan.

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

Tabel. 3.1. Predikat Nilai Capaian Kinerja

No.	Skala	Predikat
1.	95 s/d \geq 100	Sangat Berhasil
2.	80 s/d < 95	Berhasil
3.	50 s/d < 80	Cukup Berhasil
4.	\leq 0 s/d < 50	Kurang Berhasil

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

3.2. Realisasi Indikator Kinerja Utama

Hasil pengukuran atas Indikator Kinerja Utama RSUD Muntilan tahun 2015 menunjukkan hasil sebagaimana tabel berikut.

Tabel. 3.2. Realisasi Indikator Kinerja Utama RSUD Muntilan Tahun 2015

No.	Indikator Kinerja Utama	Satuan	Target	Realisasi	Capaian (%)
1.	Kepuasan Pelanggan RS	Persen	80	80,77	100,96
2.	Cost Recovery	Persen	100	111	105,50
3.	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	Persen	60	6,12	10,20
4.	Rata-rata kunjungan rawat jalan per hari	Kunjungan	325	308	95
5.	Bed Occupancy Rate (BOR)	Persen	77	66,75	86,69
Rata-rata Capaian Indikator Kinerja Utama					79,67

Realisasi rata-rata capaian Indikator Kinerja Utama pada tahun 2015 sebesar 79,67% dengan predikat kinerja "Cukup Berhasil". Hal ini menunjukkan bahwa RSUD Muntilan dalam melaksanakan urusan pemerintah yaitu urusan kesehatan sesuai dengan tugas dan kewenangan RSUD Muntilan dinilai cukup berhasil.

3.3. Realisasi Indikator Kinerja Sasaran

Hasil pengukuran indikator kinerja sasaran sebagaimana tercantum dalam Perjanjian Kinerja RSUD Muntian tahun 2015 sebagaimana tabel berikut.

Tabel 3.3. Pengukuran Capaian Kinerja RSUD Muntian Tahun 2015

No	Indikator Kinerja	Target	Realisasi	%
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	Pelayanan Instalasi Gawat Darurat			
1.	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100%	100%	100
2.	Jam buka pelayanan gawat darurat	24 jam	24 jam	100
3.	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat yang masih berlaku (BLS / PPGD / OGLS / ALS)	100%	100%	100
4.	Ketersediaan tim penanggulangan bencana minimal 1 tim	1 tim	1 tim	100
5.	Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat setelah pasien datang	4 menit	3,87 menit	103
6.	Kepuasan pelanggan (IKU)	80%	73,87%	92
7.	Kematian pasien < 24 jam	2%	2,13%	93
8.	Tidak ada pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	100%	100
	Pelayanan Rawat Jalan			
9.	Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis 100% dokter spesialis	100%	100%	100
10.	Ketersediaan minimal pelayanan spesialis 4 (empat) besar: klinik anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah	100%	100%	100
11.	Jam buka pelayanan 08.00-13.00 setiap hari kerja, kecuali Jumat jam 08.00-11.00	100%	100%	100
12.	Waktu tunggu di rawat jalan	60 menit	137,26 Menit	-29
13.	Kepuasan Petanggan (IKU)	90%	80,05%	89
14.	Pencegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	100%	90%	90
15.	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	100%	80%	80
	Pelayanan Rawat Inap			
16.	Pemberi pelayanan rawat inap:			100
	a. Dr. Spesialis	100%	100%	100
	b. Perawat Minimal D3	100%	100%	100
17.	Adanya dokter penanggung jawab pasien rawat inap (100%)	100%	100%	100
18.	Ketersediaan pelayanan rawat	100%	100%	100

No	Indikator Kinerja	Target	Realisasi	%
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	Inap minimal 4 spesialis besar (Anak, Penyakit dalam, Kebidanan, Bedah)			
19.	Jam visite dokter spesialis (08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja)	100%	82,1%	82,1
20.	Kejadian infeksi pasca operasi	1,5%	0,14%	191
21.	Kejadian infeksi nosokomial (INOS)	1,5%	0,01%	199
22.	Tidak ada kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%	99,9%	99,9
23.	Kematian pasien > 48 jam	0,22 %	0,39%	23
24.	Kejadian palang palca	3,7%	2,68%	128
25.	Kepuasan pelanggan (IKU)	90%	80,21%	89,12
26.	Rawat Inap TB:			100
	a. Penegakan diagnosis TB pasien rawat inap melalui pemeriksaan mikroskopis TB	100%	100%	100
	b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB pasien rawat inap di Rumah Sakit	100%	100%	100
	Pelayanan Bedah Sentral			
27.	Waktu tunggu operasi elektif	1,6 hari	1,56 hari	103
28.	Kejadian kematian di meja operasi	1%	0%	200
29.	Tidak ada kejadian operasi salah sisi	100%	100%	100
30.	Tidak ada kejadian operasi salah orang	100%	100%	100
31.	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100%	100
32.	Tidak adanya kejadian ketinggalan benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100%	100
33.	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, salah penempatan endotracheal tube	1%	0%	200
	Pelayanan Persalinan			
34.	Kejadian kematian ibu karena persalinan:			196,67
	a. Perdarahan maksimal	1%	0%	200
	b. Pre-eklamsi maksimal	10%	2,8%	172
	c. Sepsis maksimal	0,2%	0%	200
35.	Pemberi pelayanan persalinan normal (Dr. SPOG, Dr. Umum terlatih APN, Bidan)	100%	100%	100
36.	Pemberi pelayanan persalinan normal dengan penyulit (Tim PONEK yg terlatih)	100%	100%	100
37.	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi (Dr. SPOG, Dr. Sp.A terlatih APN, Dr. Sp. A)	100%	100%	100

No	Indikator Kinerja	Target	Realisasi	%
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
38.	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr - 2500 gr	100%	95,20%	95,20
39.	Pertolongan persalinan melalui <i>septo cesaria</i>	20%	14,75%	126
40.	Keluarga Berencana:			100
	a. % KB (vasektomi & tubektomi) yg dilakukan oleh tenaga kompeten Dr.SpOC, Dr. SpB, Dr.Sp.U, Dr Umum terlatih	100%	100%	100
	b. % peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih	100%	100%	100
41.	Kepuasan Pelanggan (IKU)	80%	82,22%	103
	Pelayanan Intensif			
42.	Rata-rata pasien yg kembali ke perawatan intensif dengan kasus yg sama < 72 jam	0,8%	0%	200
43.	Dokter Pemberi pelayanan unit intensive			110
	a. Dr. Sp.An & Dr. Sp sesuai dg kasus	100%	100%	100
	b. Perawat di unit pelayanan intensive minimal D3 dg sertifikat perawat mahir ICU/setara D4	75%	90%	120
	Pelayanan Radiologi			
44.	Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax	47 menit	67,75 menit	55,9
45.	Pelaksana ekspertisi Dr. Sp. Rad	100%	100%	100
46.	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen (Kerusakan foto)	2%	1,76%	212
47.	Kepuasan pelanggan (IKU)	80%	80,59%	101
	Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik			
48.	Waktu tunggu hasil pelayanan Lab kimia darah & darah rutin	100 menit	74,21 menit	126
49.	Pelaksana ekspertisi Dr. Sp. PK	100%	100%	100
50.	Tidak ada kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100%	100
51.	Kepuasan Pasien (IKU)	80%	76%	94,88
	Pelayanan Rehabilitasi Medik			
52.	Kejadian DO pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan	25%	0%	200
53.	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	100%	100
54.	Kepuasan pelanggan (IKU)	80%	78,23%	98
	Pelayanan Farmasi			
55.	Waktu tunggu pelayanan:			58
	a. Obat jadi	16 menit	24,9 menit	44
	b. Obat Racikan	30 menit	38,53 menit	72

No	Indikator Kinerja	Target	Realisasi	%
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
56.	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%	100
57.	Penulisan resep sesuai Formularium	100%	99,92%	99,92
58.	Kepuasan pelanggan (IKU)	80%	77,46%	96,83
	Pelayanan Gizi			
59.	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	100%	100%	100
60.	Sisa Makanan yg tidak termakan oleh pasien	20%	19,2%	102
61.	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%	100%	100
	Pelayanan Transfusi Darah			
62.	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100%	100%	100
63.	Kejadian reaksi transfusi	0,01%	0%	200
	Pelayanan Keluarga Miskin			
64.	Pelayanan terhadap pasien Gakin yg datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100%	100%	100
	Pelayanan rekam Medik			
65.	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	85,5%	85,5
66.	Kelengkapan <i>informed consent</i> setelah mendapat informasi yg jelas	100%	89,5%	95
67.	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	7 menit	7,75 menit	89
68.	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	7 menit	8,2 menit	83
	Pengelolaan Limbah			
69.	Baku mutu limbah cair;			143,78
	a. BOD	20 mg/l	12,46 mg/l	150
	b. COD	70 mg/l	43,66 mg/l	139
	c. TSS	8 mg/l	3,5 mg/l	186
	d. PH	6-9	7	100
70.	Pengelolaan limbah padat sesuai dengan aturan	100%	78%	78
	Pelayanan Ambulans dan Kereta Jenazah			
71.	Waktu pelayanan ambulance/ kereta jenazah	24 jam	24 jam	100
72.	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di RS	27 menit	25 menit	107
73.	Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	30 menit	60 menit	0
	Pemeliharaan Alat			
74.	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat maksimal dalam waktu 15 menit	60%	85%	106

No	Indikator Kinerja	Target	Realisasi	%
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
75.	Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai ketentuan yg berlaku	100%	89,5%	90
76.	Peralatan laboratorium dan alat ukur yg digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%	100%	100
Pelayanan Laundry				
77.	Tidak adanya kejadian linen yg hilang	100%	100%	100
78.	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%	100%	100
Pengendalian Infeksi				
79.	Anggota Tim PPI yg berlatih	75%	41%	55
80.	Tersedia APD di setiap instalasi	60%	75%	125
81.	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/HAI (Health Care Associated Infection) di RS (min 1 parameter)	75%	75%	100
82.	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%	100%	100
83.	Kelengkapan laporan akuntabilitas	100%	100%	100
84.	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%	100
85.	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%	100%	100
86.	Cost recovery (IKU)	100%	111%	111
87.	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	91,75%	91,7
88.	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	1,5 jam	1,75 jam	83
89.	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	100%	100
90.	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun (IKU)	60%	6,12%	10,20
91.	Rata-rata kunjungan rawat jalan per hari (IKU)	325 kunj.	308 kunj.	95
92.	Rata-rata kunjungan rawat darurat per hari	53 kunj.	46 kunj.	87
93.	Hari perawatan	50.000 hari	46.535 hari	93,07
94.	Bed Occupancy Rate/ BOR (IKU)	77%	66,75%	86,69
95.	Rata-rata operasi per hari	10 orang	5 orang	50
Rata-rata Capaian Kinerja Standar				102,76

Realisasi rata-rata capaian Indikator Kinerja Sasaran pada tahun 2015 sebesar 102,76% dengan predikat kinerja "Sangat Berhasil". Hal ini menunjukkan bahwa RSUD Muntilan pada umumnya telah berhasil dalam melaksanakan urusan pemerintah yaitu urusan kesehatan sesuai dengan tugas dan kewenangan RSUD Muntilan.

3.4. Capaian Kinerja Sasaran Strategis

Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan telah dapat melaksanakan tugas dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam Renstra tahun 2014-2019. Jumlah sasaran yang ditetapkan untuk mencapai visi dan misi RSUD Muntilan pada Renstra tahun 2014-2019 sebanyak 4 (empat) sasaran.

Dari 4 (empat) sasaran dengan 95 (Sembilan puluh lima) indikator kinerja, pencapaian kinerja sasaran RSUD Muntilan sebagaimana tabel berikut.

Tabel.3.4. Sasaran dan Indikator Sasaran RSUD Muntilan Tahun 2015

No.	Predikat	Jumlah Sasaran	Jumlah Indikator Kinerja
1.	Sangat Berhasil	2	89
2.	Berhasil	1	5
3.	Cukup Berhasil	-	-
4.	Kurang Berhasil	1	1
	Jumlah	4	95

Adapun pencapaian kinerja sasaran dirinci dalam tabel sebagai berikut (tabel 3.5).

Tabel. 3.5. Capaian Kinerja Sasaran RSUD Muntilan Tahun 2015

No.	Sasaran	Jumlah Indikator	Rata-rata capaian	<0 s/d <50	50 s/d < 80	80 s/d < 95	96 s/d ≥ 100
1.	Meningkatnya mutu pelayanan di setiap unit pelayanan RS	81	105,80				Sangat berhasil
2.	Terwujudnya pengelolaan sumber daya RS yang profesional dan akuntabel	8	99,29				Sangat Berhasil
3.	Meningkatnya profesionalisme SDM di setiap unit pelayanan RS sesuai bidang tugasnya	1	10,20	Kurang berhasil			
4.	Meningkatnya cakupan pelayanan rawat jalan, rawat inap dan penunjang	5	82,26			Berhasil	

Pengukuran terhadap indikator kinerja sasaran secara rinci sebagaimana terlampir (lampiran 2).

3.5. Evaluasi Kinerja Sasaran Strategis

Sasaran-1:

“Meningkatnya Mutu Pelayanan di Setiap Unit Pelayanan Rumah Sakit”

Hasil evaluasi capaian kinerja sasaran Meningkatkan Mutu Pelayanan di Setiap Unit Pelayanan Rumah Sakit dengan 81 (delapan puluh satu) indikator kinerja mendapatkan angka capaian kinerja sasaran sebesar 105,80% dengan predikat **“Sangat Berhasil”**. Salah satu diantara 81 indikator tersebut ditetapkan sebagai Indikator Kinerja Utama pada sasaran Meningkatkan Mutu Pelayanan di Setiap Unit Pelayanan Rumah Sakit yaitu “Kepuasan Pelanggan Rumah Sakit”. Capaian kinerja kepuasan pelanggan rumah sakit sebesar 100,96% dengan predikat **“Sangat Berhasil”**.

Hasil pengukuran capaian kinerja sasaran Meningkatkan Mutu Pelayanan di Setiap Unit Pelayanan Rumah Sakit pada

Indikator Kinerja Utama adalah sebagaimana tabel 3.6 berikut.

Tabel. 3.6. Realisasi Indikator Sasaran-1 Tahun 2015

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2015		
	Target	Realisasi	Capaian
Kepuasan Pelanggan Rumah Sakit	80	80,77	100,96%

Kepuasan pelanggan RSUD Muntilan diukur melalui survei Indeks Kepuasan Masyarakat sesuai dengan KepMenPan nomor 25 Tahun 2004 tentang Pedoman Umum Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Pelayanan Instansi Pemerintah. Hasil survey IKM dibedakan dalam 4 (empat) kategori yaitu:

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

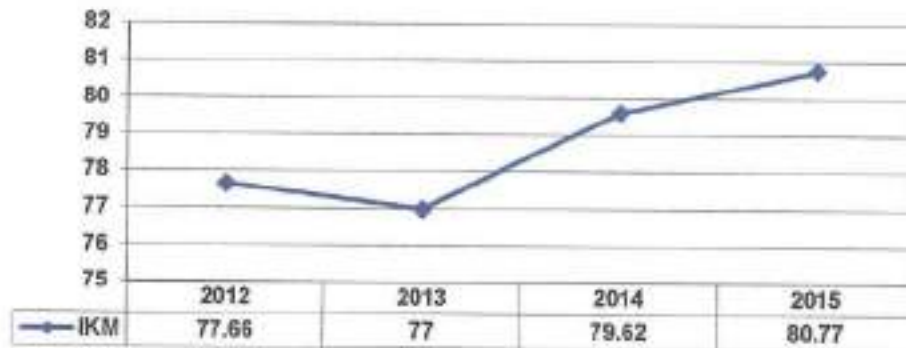
Survei IKM ini dilaksanakan secara rutin setiap 3 (tiga) bulan sekali dengan metode sampling.

Pada tahun 2015, nilai IKM RSUD Muntilan adalah 80,77 dari nilai yang ditargetkan 80 sehingga capaiannya 100,96%. Nilai IKM yang dicapai RSUD Muntilan termasuk dalam kategori "**BAIK**". Survei dilaksanakan di 8 (delapan) instalasi/unit pelayanan RS sebagaimana dipersyaratkan dalam Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit (SPMRS) yaitu: 1). Instalasi Gawat Darurat; 2). Instalasi Rawat Jalan; 3). Instalasi Rawat Inap; 4). Instalasi Perinatologi; 5). Instalasi Radiologi; 6). Instalasi Laboratorium; 7). Instalasi Rehabilitasi Medik; dan 8). Instalasi Farmasi. Hasil survei kepuasan pelanggan RSUD Muntilan tahun 2015 sebagaimana tabel 3.7 berikut.

Tabel. 3.7. Hasil Survei Kepuasan Pelanggan RSUD Muntilan Tahun 2015

No.	Instalasi	Nilai IKM	Predikat
1.	Instalasi Gawat Darurat (IGD)	72,52	Baik
2.	Rawat Jalan	89	Baik
3.	Rawat Inap	89,12	Baik
4.	Perinatologi	82,22	Baik
5.	Radiologi	80,59	Baik
6.	Laboratorium	76	Baik
7.	Rehabilitasi Medik	78,23	Baik
8.	Farmasi	77,46	Baik
IKM Rata-rata		80,77	Baik

Realisasi IKM RSUD Muntilan dalam 4 (empat) tahun terakhir adalah sebagai berikut (gambar 1).



Gambar 1. Trend Realisasi IKM RSUD Muntilan Tahun 2012-2015

Grafik di atas menunjukkan bahwa IKM RSUD Muntilan dari tahun ketahun kecenderungannya meningkat. Hal ini menunjukkan bahwa semakin banyak pelanggan RSUD Muntilan yang merasa puas terhadap layanan yang diberikan oleh RSUD Muntilan. Kondisi ini didukung oleh upaya untuk terus membangun dan meningkatkan kualitas pelayanan menuju pelayanan prima. Upaya yang dilakukan di tahun 2015 antara lain dengan:

1. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan serta capaian Standar Pelayanan Minimal RSUD Muntilan yang ditetapkan melalui Peraturan Bupati nomor 16 tahun 2014 tentang Rencana Penerapan dan Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan Kabupaten Magelang.

2. Akreditasi Rumah Sakit, di tahun 2015 RSUD Muntilan dalam taraf persiapan Akreditasi Rumah Sakit standar nasional.
3. Menyediakan sarana pengaduan masyarakat melalui:
 - a. Pelayanan langsung melalui Instalasi Humas dan Infokom
 - b. Kotak saran di semua unit pelayanan rumah sakit
 - c. SMS keluhan dan saran pelanggan dengan nomor 081229791 dan 081548220198
 - d. e_mail dengan alamat rsudkabmgk@gmail.com

Realisasi Indikator Kinerja Utama pada sasaran-1 terhadap target kinerja Renstra RSUD Muntilan pada tahun 2019 sebagaimana tabel 3.8 berikut.

Tabel. 3.8. Realisasi Indikator Kinerja Utama Sasaran-1 terhadap Target Renstra

Indikator Kinerja Utama	Realisasi 2014	Realisasi 2015	Target 2019
Kepuasan Pelanggan Rumah Sakit	78,23	80,77	80

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

Realisasi dana yang digunakan untuk mencapai sasaran tersebut sebesar Rp. 39.627.895.443,- dari anggaran Rp. 42.118.771.000,- atau 94,09%. Realisasi output yaitu pelayanan RS dalam 1 (satu) tahun adalah 100%. Realisasi keuangan sebesar 94,09% dibandingkan dengan capaian kinerja sasaran sebesar 100,96%, menunjukkan adanya efisiensi penggunaan sumber daya dalam mencapai sasaran tersebut.

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

Prestasi-prestasi yang diraih RSUD Muntilan di tahun 2015 adalah:

1. Peringkat Terbaik IV kategori SKPD dalam penyelenggaraan Gelar Pelayanan Publik Kabupaten Magelang tahun 2015.
2. Juara I Lomba Lingkungan Pra Adipura Tingkat Kabupaten Magelang Tahun 2015.

Sasaran 2:

"Terwujudnya Pengelolaan Sumber Daya RS yang Profesional dan Akuntabel"

Hasil evaluasi capaian kinerja sasaran Terwujudnya Pengelolaan Sumber Daya Rumah Sakit yang Profesional dan Akuntabel dengan 8 (delapan) indikator kinerja mendapatkan angka capaian kinerja sasaran sebesar 99,29% dengan predikat **"Sangat Berhasil"**. Salah satu diantara 8 (delapan) indikator kinerja ditetapkan sebagai Indikator Kinerja Utama sasaran Terwujudnya Pengelolaan Sumber Daya Rumah Sakit yang Profesional dan Akuntabel yaitu **"Cost Recovery"**. Capaian kinerja **Cost Recovery** RSUD Muntilan tahun 2015 sebesar 111% dengan predikat **"Sangat Berhasil"**.

Hasil pengukuran capaian kinerja sasaran Terwujudnya Pengelolaan Sumber Daya Rumah Sakit yang Profesional dan Akuntabel pada Indikator Kinerja Utama adalah sebagai berikut (table 3.9).

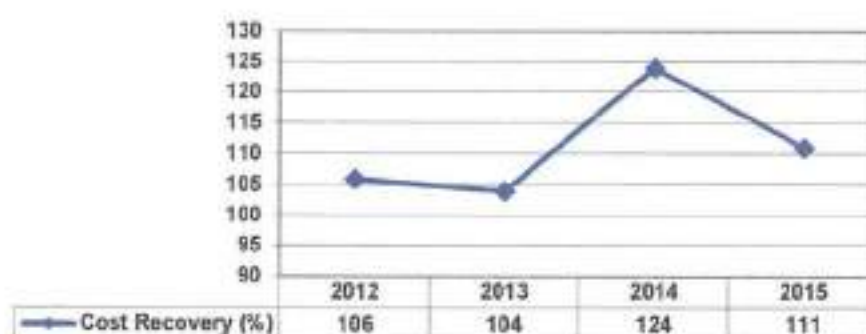
Tabel. 3.9. Realisasi Indikator Sasaran-2 Tahun 2015

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2015		
	Target	Realisasi	Capaian
<i>Cost Recovery</i>	100%	111%	111%

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

Pada tahun 2015 *Cost Recovery* RSUD Muntilan mencapai 111%. Hal ini menunjukkan bahwa pendapatan fungsional rumah sakit tahun 2015 telah mampu membiayai seluruh biaya operasional RSUD Muntilan tahun 2015 bahkan terdapat selisih lebih atau surplus yang menjadi Silpa tahun 2015.

Trend realisasi *Cost Recovery* 4 (empat) tahun terakhir adalah sebagai berikut (gambar 2).



Gambar.2. Trend *Cost Recovery* RSUD Muntilan Tahun 2011-2015

Realisasi *Cost Recovery* RSUD Muntilan dari tahun 2012-2015 fluktuatif, namun setiap tahunnya sudah di atas 100%. Hal ini berarti bahwa setiap tahunnya pendapatan fungsional RSUD Muntilan mampu membiayai biaya operasional rumah sakit pada tahun berjalan bahkan terdapat selisih lebih pendapatan fungsional yang menjadi Silpa BLUD tahun yang bersangkutan.

Realisasi Indikator Kinerja Utama pada sasaran-1 terhadap target kinerja Renstra RSUD Muntilan pada tahun 2019 sebagaimana tabel 3.10 berikut.

Tabel. 3.10. Realisasi Indikator Kinerja Utama Sasaran-2 terhadap Target Renstra

Indikator Kinerja Utama	Realisasi 2014	Realisasi 2015	Target 2019
<i>Cost Recovery</i>	124%	111%	100%

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

1. Program Pengadaan, Peningkatan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit/Jiwa/Paru-Paru dan RS Mata pada kegiatan Pemeliharaan dan Pengembangan SIMRS
2. Program Manajemen Pelayanan Kesehatan Masyarakat, dengan kegiatan Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan BLUD, dalam Rencana Anggaran Belanja (RAB) BLUD RSUD Muntilan kegiatan Biaya Operasional pada Biaya Umum dan Administrasi .

Realisasi dana yang digunakan untuk mencapai sasaran tersebut adalah Rp. 2.884.247.451,- dari anggaran Rp.3.793.437.000,- atau 76,03%. Realisasi output rata-rata sebesar 100%. Realisasi keuangan sebesar 76,03% dibandingkan dengan capaian kinerja sasaran sebesar 111% menunjukkan adanya efisiensi penggunaan sumber daya dalam mencapai sasaran tersebut.

Faktor yang mempengaruhi keberhasilan pencapaian sasaran tersebut adalah sebagai berikut:

1. Adanya optimalisasi pendapatan dari unit pelayanan rumah sakit maupun peningkatan potensi pendapatan dari sumber lain seperti parkir, kantin, *tea corner*, kerjasama dengan bank untuk Anjungan Tunai Mandiri (ATM) dan sejenisnya.

2. Adanya monitoring dan evaluasi pada unit-unit pelayanan rumah sakit untuk mencegah terjadinya kehilangan pendapatan karena ketidakcermatan petugas.
3. Diterapkannya asas efektif dan efisien serta skala prioritas dalam penyelenggaraan kegiatan belanja operasional rumah sakit bersumber pendapatan BLUD.

Sasaran-3:

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

Hasil evaluasi capaian kinerja sasaran Meningkatkan Profesionalisme Sumber Daya Manusia di Setiap Unit Pelayanan Rumah Sakit Sesuai Bidang Tugasnya dengan 1 (satu) indikator kinerja mendapatkan angka capaian kinerja sasaran sebesar 10,20% dengan predikat **“Kurang Berhasil”**. Indikator kinerja tersebut ditetapkan sebagai Indikator Kinerja Utama sasaran Meningkatkan Profesionalisme Sumber Daya manusia di Setiap Unit Pelayanan Rumah Sakit Sesuai Bidang Tugasnya.

Hasil pengukuran capaian kinerja sasaran meningkatnya profesionalisme sumber daya manusia di setiap unit pelayanan Rumah Sakit sesuai bidang tugasnya (sasaran-3) sebagaimana tabel 3.11 berikut.

Tabel. 3.11. Realisasi Indikator Sasaran-3 Tahun 2015

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2015		
	Target	Realisasi	Capaian
Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	60%	6,12%	10,20%

Indikator karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun merupakan salah satu indikator Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit (SPM RS) sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan nomor 129/Menkes/II/2008 tentang Standar Minimal Rumah Sakit. Indikator ini bertujuan untuk menggambarkan kepedulian rumah sakit

terhadap kualitas sumber daya manusia. Pelatihan dalam hal ini adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal.

Realisasi karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun di tahun 2015 baru mencapai 6,12%. Pada hakekatnya sebagian besar karyawan rumah sakit telah mengikuti pelatihan terutama pelatihan yang diadakan di dalam rumah sakit, namun apabila diakumulasi belum mencapai 20 jam per tahun untuk setiap individu.

Pelatihan yang dilaksanakan di tahun 2015 baik internal maupun eksternal sebagaimana tabel 3.12 dan tabel 3.13 berikut.

Tabel 3.12. Daftar Pelatihan Internal RSUD Muntilan Tahun 2015

No.	Nama Pelatihan	Jumlah Peserta (Jam)	Penyelenggara
1.	Pelatihan PPGD Tahap I	35 orang (2,5 jam)	RSUD Muntilan
2.	Pelatihan PPGD Tahap II	35 orang (2,5 jam)	RSUD Muntilan
3.	Pelatihan PPGD Tahap III	35 orang (2,5 jam)	RSUD Muntilan
4.	Pelatihan PPGD Tahap IV	35 orang (2,5 jam)	RSUD Muntilan
5.	Pelatihan PPGD Tahap V	35 orang (2,5 jam)	RSUD Muntilan
6.	Pelatihan ICU Tahap I	35 orang (3,5 jam)	RSUD Muntilan
7.	Pelatihan ICU Tahap II	35 orang (3,5 jam)	RSUD Muntilan
8.	Pelatihan ICU Tahap III	35 orang (3,5 jam)	RSUD Muntilan
9.	Pelatihan Supervisi Keperawatan	35 orang (3,5 jam)	RSUD Muntilan
10.	Pelatihan Dokumentasi Keperawatan	35 orang (3 jam)	RSUD Muntilan
11.	Pelatihan Supervisi Kegiatan Ruang Keperawatan	35 orang (3,5 jam)	RSUD Muntilan
12.	Pelatihan INA CBG's bagi Dokter	35 orang (4 jam)	RSUD Muntilan

Tabel 3.13. Daftar Pengiriman Peserta Pelatihan Eksternal
Tahun 2015

No.	Nama Pelatihan	Jumlah Peserta (Jam)	Penyelenggara
1.	Seminar dan workshop Nasional Analysis Unit Cost Berdasarkan Clinical Pahway	2 orang (8 jam)	STIKES Bethesda Yakkum Yogyakarta
2.	Bintek Pengadaan barang dan Jasa	4 orang (7 jam)	Arsada Provinsi Jawa Tengah
3.	Diklat Satpam	1 orang (144 jam)	Polda Jawa Tengah
4.	Gelar Budaya Kerja Konvensi gugus Kendali Mutu	1 orang (8 jam)	RSUD dr. Moewardi Surakarta
5.	Seminar Nasional Perkam Medis 2015	13 orang (4 jam)	Poltekes BSI & DPD PORMIKI DIY
6.	Seminas Leadership dalam Penerapan Sistem Remunerasi	2 orang (6,5 jam)	FK UGM Yogyakarta
7.	Pelatihan PICU	2 orang (482 jam)	RSUP dr. Sardjito
8.	Bintek Standar Mutu Pengelolaan dan Penanganan Limbah	1 orang (18 jam)	CV. Satindo
9.	Simposium dan Workshop PMR Manajemen in Musculoskeletal Pain	1 orang (12 jam)	PERDOSRI Cabang Jateng-DIY
10.	Bimbingan Teknis Optimalisasi Peran Komite Keperawatan di RS	4 orang (16 jam)	ARSADA Provinsi Jawa Tengah
11.	Pelatihan Nasional Penanganan Critical Ill Secara Komprehensif Ditinjau dari Medis, Nutrisi, Psikologi pada Anak	2 orang (20 jam)	Asosiasi Dietisien Indonesia DPC Surakarta
12.	7 th Indonesia PICU NICU Update	1 orang (14 jam)	IPCC Foundation & PCC Working Group DIY
13.	Pelatihan Bedah Dasar Bagi Perawat Kamar Bedah/Basic Skill Course for the Opening Room Nurse (BSCORN)	1 orang (40 jam)	PD HIPKABI Jawa Tengah
14.	Pelatihan Implementasi Keselamatan Pasien di RS Sesuai Standar Akreditasi	1 orang (21 jam)	RSUP dr Kariyadi Semarang
15.	Pelatihan ACLS	1 orang (21 jam)	RS Bethesda Yogyakarta
16.	Pelatihan Microbiologi	1 orang (40 orang)	RSUP dr Sardjito Yogyakarta
17.	Seminar Nasional PERSI	1 orang (30 jam)	PERSI
18.	PIT dan Workshop Evaluasi Implementasi Komite	4 orang (10 jam)	ARSADA Provinsi Jawa Tengah

No.	Nama Pelatihan	Jumlah Peserta (Jam)	Penyelenggara
	Keperawatan RS se-Jateng		
19.	Pelatihan PPI Dasar	1 orang (15 jam)	HIPPI Cabang Kota Semarang
20.	Pelatihan jabatan Fungsional Perkam Medis Berdasarkan Permenpan No. 30 Tahun 2013	1 orang (23 jam)	DPD PORMIKI Jawa Tengah
21.	National Symposium & Workshop Clinical Practice and Drugs Update for Emergency Cases	1 orang (6 jam)	FK UNISSULA Semarang
22.	Pelatihan Food Service	1 orang (34 jam)	RSUP dr Sardjito Yogyakarta
23.	Studi Tata Ruang Rumah Sakit	10 orang (5 jam)	RS Ken Saras Ungaran

Jumlah karyawan RSUD Muntilan per 31 Desember 2015 sebanyak 519 orang. Dari jumlah tersebut sebanyak 160 orang (30,82%) telah mengikuti pelatihan baik yang diselenggarakan oleh RSUD Muntilan maupun Institusi lain. Pada tahun 2015 dari 160 orang yang telah mengikutu pelatihan baru 32 orang (6,12%) yang memenuhi kriteria karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun.

Realisasi Indikator Kinerja Utama pada sasaran-3 terhadap target kinerja Renstra RSUD Muntilan pada tahun 2019 sebagaimana tabel 3.14 berikut.

Tabel. 3.14. Realisasi Indikator Kinerja Utama Sasaran-3 Terhadap Target Renstra

Indikator Kinerja Utama	Realisasi 2014	Realisasi 2015	Target 2019
Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	25%	6,12%	60%

Sasaran Meningkatnya Profesionalisme Sumber Daya manusia di Setiap Unit Pelayanan Rumah Sakit Sesuai Bidang Tugasnya tersebut dicapai melalui program Manajemen Pelayanan Kesehatan Masyarakat dengan kegiatan Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan BLUD, dalam Rencana Anggaran Belanja (RAB) BLUD RSUD

Muntlan kegiatan Biaya Operasional pada Biaya Umum dan Administrasi pada rekening Biaya Kursus, Pelatihan dan Sosialisasi.

Realisasi dana yang digunakan untuk mencapai sasaran tersebut adalah Rp. 93.980.200,- dari anggaran Rp. 327.000.000,- atau 28,74%. Realisasi output tidak dapat diukur tersendiri namun menjadi satu keatuan dalam kegiatan peningkatan mutu pelayanan kesehatan BLUD yaitu 100%. Realisasi keuangan sebesar 28,74%. Dibandingkan dengan capaian kinerja sasaran sebesar 60% menunjukkan adanya efisiensi penggunaan sumber daya dalam mencapai sasaran tersebut, walaupun capaian kinerja belum mencapai target.

Faktor yang mempengaruhi pencapaian sasaran tersebut adalah:

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

Hambatan/masalah yang dihadapi dalam pencapaian sasaran adalah:

1. Keterbatasan jumlah karyawan RS sehingga peserta yang dikirim untuk mengikuti pelatihan disesuaikan dengan kebutuhan prioritas rumah sakit.
2. Keterbatasan jenis pelatihan yang diselenggarakan khususnya untuk pelatihan eksternal yang sesuai dengan kebutuhan pelatihan rumah sakit.
3. Belum semua bidang membuat perencanaan kebutuhan pelatihan untuk karyawan yang ada di bawah koordinasinya.

Solusi atas hambatan/masalah di atas adalah sebagai berikut:

1. Membuat rencana kebutuhan, skala prioritas dan pendanaan pelatihan karyawan setiap tahunnya pada semua bidang/bagian RSUD Muntilan.
2. Mencari informasi terkait pelatihan khususnya pelatihan eksternal sesuai kebutuhan rumah sakit.
3. Diseminasi informasi melalui *in house training* oleh peserta pelatihan kepada karyawan lainnya di RSUD Muntilan.
4. Penyelenggaraan pelatihan mandiri di RSUD Muntilan dengan mengundang nara sumber dari luar ataupun memanfaatkan nara sumber dari RSUD Muntilan sehingga lebih banyak karyawan yang dapat mengikuti.

Sasaran-4:

"Meningkatnya Cakupan Pelayanan Rawat Jalan, Rawat Inap dan Penunjang"

Hasil evaluasi capaian kinerja sasaran Meningkatkan Cakupan Pelayanan Rawat Jalan, Rawat Inap dan Penunjang dengan 5 (lima) indikator kinerja mendapatkan angka capaian kinerja sasaran sebesar 82,26% dengan predikat **"Berhasil"**. Dua dari 5 (lima) indikator kinerja tersebut ditetapkan sebagai Indikator Kinerja Utama sasaran Meningkatkan Cakupan Pelayanan Rawat Jalan, Rawat Inap dan Penunjang, yaitu: 1). Rata-rata kunjungan rawat jalan; dan 2). *Bed Occupancy Rate* (BOR). Rata-rata capaian IKU sasaran-4 adalah 90,84% dengan predikat **"Sangat Berhasil"**.

Hasil pengukuran capaian kinerja sasaran Meningkatkan Cakupan Pelayanan Rawat Jalan, Rawat Inap dan Penunjang adalah sebagai berikut (table 3.13).

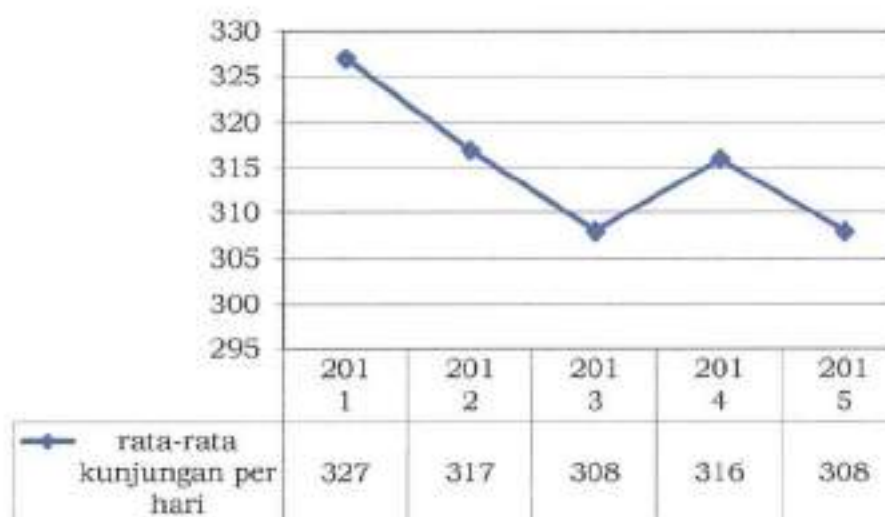
Tabel. 3.15. Realisasi Indikator Sasaran-4 Tahun 2015

No.	Indikator Kinerja Utama	Tahun 2015		
		Target	Realisasi	Capaian
1.	Rata-rata kunjungan rawat jalan per hari	325 kunjungan	308 kunjungan	95%
2.	<i>Bed Occupancy Rate</i> (BOR)	77%	66,75%	86,69%
Rata-rata Capaian				90,84%

1. Rata-rata Kunjungan Rawat Jalan per Hari

Rata-rata kunjungan rawat jalan perhari tahun 2015 terealisasi 308 kunjungan perhari dari taget 325 kunjungan perhari, sehingga capaian kinerjanya 95% dengan predikat **"Sangat Berhasil"**. Rata-rata kunjungan rawat jalan perhari diperoleh dari jumlah kunjungan rawat jalan setahun dibagi jumlah hari buka pelayanan rawat jalan setahun. Jumlah kunjungan rawat inap tahun 2015 sebanyak 92.118 kunjungan, sedangkan jumlah hari buka pelayanan sebanyak 300 hari, sehingga didapatkan rata-rata rawat jalan perhari sejumlah 308 kunjungan.

Data trend rata-rata kunjungan rawat jalan perhari 5 (lima) tahun terakhir sebagai berikut (gambar 3).



Gambar. 3. Trend Realisasi Rata-rata Kunjungan Rawat Jalan per Hari RSUD Muntilan Tahun 2011-2015

Kunjungan rawat jalan tahun 2011-2013 cenderung menurun, namun di tahun 2014 meningkat dan di tahun

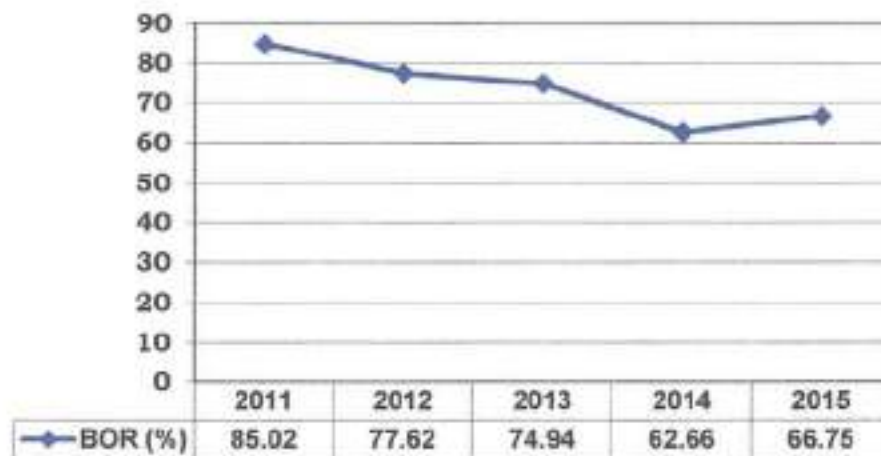
2015 menurun lagi. Kecenderungan penurunan kunjungan rawat jalan RSUD Muntilan diantaranya disebabkan karena mulai tahun 2012 kuota Jamkesmas Pasca KLB Bencana Merapi sudah tidak diberlakukan lagi. Selain itu dengan adanya kerjasama PT Askes yang saat ini BPJS dengan rumah sakit swasta memberi peluang bagi peserta Askes/BPJS untuk memilih pelayanan rawat jalan tingkat lanjut di rumah sakit.

Pada tahun 2014 peserta Askes dan Jamkesmas menjadi peserta BPJS kesehatan pada saat ini kunjungan rawat inap meningkat namun di tahun 2015 menurun. Penurunan disebabkan karena adanya pembatasan-pembatasan pasien peserta BPJS yang dapat dirujuk ke rumah sakit sebagai pemberi pelayanan kesehatan tingkat lanjut (PPKTL). Pasien yang tidak memenuhi kriteria tersebut dilayani di Puskesmas sebagai pemberi pelayanan kesehatan dasar (PPKD).

2. *Bed Occupancy Rate (BOR)*

Bed Occupancy Rate (BOR) adalah persentase pemakaian tempat tidur rumah sakit dalam satuan waktu tertentu. Indikator ini memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit. Nilai parameter BOR yang ideal adalah 60-85% (Depkes RI, 2005), sedangkan nilai ideal BOR yang disarankan adalah 75%. Realisasi BOR tahun 2015 sebesar 66,75% dari target yang ditetapkan 77%. Walaupun realisasi BOR masih di bawah target yang ditetapkan namun angka tersebut masih dalam taraf "Ideal" (65-80%). Namun demikian apabila dibandingkan dengan standar internasional (Barber Johnson) BOR RSUD Muntilan tahun 2015 belum ideal karena masih di bawah standar (75-85%).

Realisasi BOR RSUD Muntilan 5 (lima) tahun terakhir sebagaimana gambar 4 berikut.



Gambar 4. Trend Realisasi BOR RSUD Muntilan Tahun 2011-2015

Realisasi BOR RSUD Muntilan apabila dilihat dari tahun 2011-2014 cenderung menurun, namun di tahun 2015 meningkat kembali. Hal ini disebabkan karena mulai tahun 2012 kuota Jamkesmas Pasca KLB Bencana Merapi sudah tidak diberlakukan lagi. Selain itu dengan adanya kerjasama PT Askes yang saat ini BPJS dengan rumah sakit swasta memberi peluang bagi peserta Askes/BPJS untuk memilih pelayanan rawat inapnya.

Realisasi BOR tahun 2015 meningkat dibandingkan dengan tahun 2014. Hal ini diantaranya disebabkan meningkatnya jumlah pasien rawat inap dari pasien umum bukan peserta jaminan kesehatan. Kondisi ini dimungkinkan karena adanya peningkatan sarana prasarana rawat inap RSUD Muntilan seperti adanya penambahan ruang rawat inap VIP dan peningkatan pelayanan dari petugas RSUD Muntilan.

Realisasi Indikator Kinerja Utama pada sasaran-4 terhadap target kinerja Renstra RSUD Muntilan pada tahun 2019 sebagaimana tabel 3.15 berikut.

Tabel. 3.16. Realisasi Indikator Kinerja Utama Sasaran-4 Terhadap Target Akhir Renstra

No.	Indikator Kinerja Utama	Realisasi 2014	Realisasi 2015	Target 2019
1.	Rata-rata kunjungan rawat jalan per hari	316 kunjungan	308 kunjungan	325 kunjungan
2.	<i>Bed Occupancy Rate</i> (BOR)	62,66%	66,75%	77%

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

1. Program Pengadaan, Peningkatan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit/Jiwa/Paru-Paru dan RS Mata, dengan kegiatan:
 - a. Pengembangan Ruang Rawat Inap dan Sarpras Pendukung Pelayanan Pasien Dampak Rokok (DBHCHT).
 - b. Pengadaan Sarpras Pendukung Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit
 - c. Pengadaan Peralatan Kesehatan Pendukung Pelayanan (Silpa DAK 2010-2014)
 - d. Pengadaan Peralatan Kesehatan Bantuan Gubernur (Bangub)
2. Program Manajemen Pelayanan Kesehatan Masyarakat dengan kegiatan Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan BLUD, dalam Rencana Anggaran Belanja (RAB) BLUD RSUD Muntilan kegiatan Biaya Operasional pada Biaya Umum dan Administrasi pada rekening Biaya Promosi.

Realisasi dana yang digunakan untuk mencapai sasaran tersebut adalah Rp. 13.287.591.952,- dari anggaran Rp. 13.516.794.740,- atau 98,30%. Realisasi output rata-rata sebesar 90%. Realisasi keuangan sebesar 98,30% dibandingkan dengan rata-rata capaian kinerja sasaran sebesar 90,84% menunjukkan belum adanya

efisiensi penggunaan sumber daya dalam mencapai sasaran tersebut.

Faktor yang mempengaruhi pencapaian sasaran tersebut adalah sebagai berikut:

1. Adanya jejaring rujukan antara pelayanan kesehatan dasar Puskesmas dan praktek perorangan dengan pelayanan kesehatan rujukan dalam hal ini RSUD Muntilan.
2. Adanya kegiatan penggalangan lintas sektor kesehatan dan organisasi profesi dalam rangka promosi pelayanan rumah sakit.

Hambatan/masalah yang dihadapi dalam pencapaian sasaran adalah:

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

Solusi atas hambatan/masalah di atas adalah sebagai berikut:

1. Peningkatan mutu pelayanan rumah sakit mulai dari penerapan standar pelayanan, peningkatan ketrampilan SDM, serta keramahan petugas di semua unit pelayanan.
2. Menciptakan kenyamanan dan keamanan di lingkungan rumah sakit.
3. Kegiatan promosi kesehatan untuk *social marketing* rumah sakit melalui media elektronik (siaran radio)

maupun media cetak (leaflet, kalender) serta pemberian souvenir pada pasien secara berkala.

4. Penggalangan lintas sektor Puskesmas, Organisasi Profesi maupun kelompok masyarakat (Paguyuban Diabetisi).

3.6. Akuntabilitas Keuangan

a. Analisis Efisiensi dalam Pencapaian Sasaran

Biaya yang dialokasikan untuk mencapai 4 (empat) sasaran strategis RSUD Muntilan sesuai dengan Perjanjian Kinerja tahun 2015 sebesar Rp. 68.953.857.667,- dengan realisasi sebesar Rp. 55.415.261.658,- atau 80,37%. Adapun rincian anggaran dan penggunaan dana untuk masing-masing sasaran strategis sebagaimana tabel 3.17 berikut.

Tabel 3.17. Analisis Efisiensi Pencapaian Sasaran Strategis Tahun 2015

No	Sasaran	Anggaran (Rp)	Realisasi		% Capaian kinerja sasaran	Keterangan
			Keuangan (Rp)	%		
1.	Meningkatnya Mutu Pelayanan di Setiap Unit Pelayanan Rumah Sakit	42.118.771.000	39.627.895.443	94,09	100,96	Efisien
2.	Terwujudnya Pengelolaan Sumber Daya RS yang Profesional dan Akuntabel	3.793.437.000	2.884.247.451	76,03	111	Efisien
3.	Meningkatnya Profesionalisme SDM di Setiap Unit Pelayanan RS Sesuai Bidang tugasnya	327.000.000	93.980.200	28,74	60	Efisien
4.	Meningkatnya Cakupan Pelayanan Rawat Jalan, Rawat Inap dan Penunjang	13.526.794.740	13.287.591.952	93,30	90,84	Tidak Efisien

b. Realisasi Anggaran Program dan Kegiatan

Pada tahun 2015 RSUD Muntilan mempunyai Anggaran dalam APBD sebanyak Rp. 91.981.604.667,- yang terdiri dari pendapatan fungsional BLUD Rp. 55.468.062.927,-, alokasi program dan kegiatan dari APBD Rp. 13.485.785.740,- serta gaji dan tunjangan pegawai Rp. 23.027.756.000,-. Keseluruhan anggaran tersebut digunakan untuk Belanja Tidak Langsung sebanyak Rp. 23.027.756.000,- dan Belanja Langsung sebanyak Rp. 68.953.848.667,-.

Apabila dilihat dari jenis alokasi anggaran, maka realisasi belanja langsung operasional BLUD sebanyak Rp. 42.158.023.258,- dari Rp. 55.468.062.927,- atau 76%. Realisasi anggaran bersumber APBD pada belanja tidak langsung sebesar Rp. 18.611.820.769,- dari anggaran Rp. 23.027.756.000,- atau 80,82%, sedangkan belanja langsung dari anggaran Rp. 13.485.785.740,- direalisasikan sebesar Rp. 13.257.238.400,- (98,31%).

Realisasi anggaran program dan kegiatan RSUD Muntilan tahun 2015 secara rinci sebagaimana tabel 3.18 berikut.

Tabel. 3.18. Anggaran dan Realisasi Belanja RSUS Muntilan Tahun 2015

No	Program/Kegiatan	Jumlah		%
		Anggaran (Rp)	Realisasi (Rp)	
A	BELANJA LANGSUNG			
	1. Program Pengadaan, Peningkatan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit/Rumah Sakit Jiwa/Rumah Sakit Paru-paru/Rumah Sakit Mata Kegiatan:	13.485.794.740	13.257.238.400	98,31
	1. Pengembangan Ruang Rawat Inap dan Sarpras Pendukung Pelayanan Dampak Rokok (DBHCHT)	6.393.844.920	6.289.005.900	98,36
	2. Pengadaan Sarpras Pendukung Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit	1.660.599.000	1.641.275.250	98,84
	3. Pengembangan dan Pemeliharaan SIMRS	400.000.000	393.075.500	98,27
	4. Pengadaan Peralatan Kesehatan Pendukung Pelayanan (Silpa DAK 2010-2014)	13.178.820	0	0
	5. Pengadaan Peralatan Kesehatan Bantuan Gubernur (Bangub)	5.018.172.000	4.933.881.750	98,32
	2. Program Manajemen Pelayanan Kesehatan Masyarakat Kegiatan:	55.468.062.927	42.158.023.258	76
	1. Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan RS BLUD	55.468.062.927	42.158.023.258	76
Jumlah A		68.953.857.667	55.415.261.658	80,36
Rata-Rata Realisasi Program A (%)				87,15
B	BELANJA TIDAK LANGSUNG			
	1. Belanja Pegawai			
	1. Gaji dan Tunjangan Pegawai	23.027.756.000	18.611.820.769	80,82
Jumlah B		23.027.756.000	18.611.820.769	80,82
Rata-Rata % Realisasi B				
Jumlah (A + B)		91.981.604.667	74.027.082.427	80,48
Rata-Rata Realisasi % (A+B+C)				

Dari tabel 3.19 di atas diketahui bahwa rata-rata realisasi anggaran program/kegiatan dalam APBD 2015 mencapai 80,48%. Program/kegiatan bersumber APBD tahun 2015 untuk belanja langsung rata-rata realisasi

anggarannya 87,15% dan belanja tidak langsung terealisasi 80,82%. Adapun program/kegiatan yang realisasi anggarannya di bawah rata-rata adalah:

1. Program Pengadaan, Peningkatan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit/Rumah Sakit Jiwa/Rumah Sakit Paru-paru/Rumah Sakit Mata pada kegiatan Pengadaan Peralatan Kesehatan Pendukung Pelayanan (Silpa DAK 2010-2014) dengan realisasi anggaran 0%.

Rendahnya realisasi anggaran dikarenakan kegiatan ini merupakan kegiatan bersumber Silpa Dana Alokasi Khusus (DAK) tahun 2010-2014 pada Perubahan APBD 2015. Kegiatan ini dimaksudkan untuk memenuhi kebutuhan alat kesehatan berupa *tutup suction pump*, namun tidak dapat direalisasikan karena alat kesehatan tersebut tidak tersedia/*ready stock* pada distributor dan distributor tidak dapat menyediakan alat tersebut karena harus impor sedangkan waktu yang tersedia tidak mencukupi.

2. Program Manajemen Pelayanan Kesehatan Masyarakat pada kegiatan peningkatan mutu pelayanan BLUD yang merupakan kegiatan belanja operasional RSUD Muntilan dalam 1 (satu) tahun dengan realisasi anggaran 76%.

Rendahnya realisasi anggaran dikarenakan adanya penambahan alokasi dana sebesar Rp. 13.468.062.927,- pada Perubahan APBD yang berasal dari peningkatan pendapatan RS sebesar Rp. 2.000.000.000,-, Silpa BLUD tahun 2012-2013 sebesar Rp. 11.453.920.273,- dan pendapatan yang ditanggihkan sebesar Rp. 14.142.654,-. Alokasi anggaran bersumber Silpa BLUD dalam Perubahan Rencana Anggaran Biaya (RAB) BLUD digunakan untuk kegiatan belanja modal pengadaan alat kesehatan, konstruksi bangunan dan pengadaan tanah tidak dapat terealisasi karena tidak cukup waktu untuk pelaksanaan pekerjaan tersebut.

BAB IV PENUTUP

Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) merupakan bentuk akuntabilitas dari pelaksanaan tugas dan fungsi RSUD Muntilan atas penggunaan anggaran selama tahun 2015 yang diawali dengan perencanaan kinerja yang meliputi sasaran strategis beserta indikatornya dan realisasi capaian terhadap sasaran strategis dimaksud. Penyusunan LKjIP bertujuan untuk memberikan gambaran tingkat pencapaian sasaran maupun tujuan RSUD Muntilan sebagai penjabaran visi misi dan strategi instansi pemerintah sesuai dengan program dan kebijakan yang ditetapkan.

Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan Tahun 2015 secara umum telah memperlihatkan kinerja yang baik atas sasaran-sasaran strateginya. Sasaran yang berjumlah 4 (empat) sebagaimana tertuang dalam Dokumen Perjanjian Kinerja tahun 2015 sebagian besar telah direalisasikan dengan "Sangat Berhasil".

Berdasarkan hasil pengukuran realisasi terhadap target kinerja 4 (empat) sasaran disimpulkan bahwa 2 (dua) atau 50% sasaran tercapai dengan predikat "Sangat Berhasil", 1 (satu) atau 25% sasaran "Berhasil" dan 1 (satu) atau 25% sasaran "Kurang Berhasil". Dari 4 (empat) indikator tersebut ditetapkan 95 (sembilan puluh lima) indikator kinerja dengan capaian 89 (delapan puluh sembilan) atau 93,68% indikator kinerja dengan kategori "Sangat Berhasil", 5 (lima) atau 5,26% indikator kinerja "Berhasil" dan 1 (satu) atau 1,05% indikator kinerja "Kurang Berhasil". Indikator kinerja yang kurang berhasil adalah indikator karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun.

Berdasarkan analisis efisiensi penggunaan sumber daya dalam mencapai sasaran yang dilakukan dengan cara membandingkan antara persentase realisasi penyerapan anggaran dengan rata-rata capaian kinerja sasaran, disimpulkan bahwa dari

4 (empat) sasaran sebagian besar telah menggunakan sumber daya secara efisien.

Akhirnya secara umum dapat disimpulkan bahwa pencapaian target indikator kinerja yang tercantum dalam Renstra RSUD Muntilan tahun 2014-2019 khususnya untuk tahun 2015 yang dituangkan dalam Perjanjian Kinerja RSUD Muntilan tahun 2015 dapat dipenuhi sesuai dengan harapan. Terhadap indikator kinerja yang belum dapat memenuhi target menjadi cambuk untuk memperbaiki kinerja agar lebih baik lagi di tahun-tahun mendatang.

LAMPIRAN:

- 1. Perjanjian Kinerja RSUD Muntilan
Tahun 2015**
- 2. Pengukuran Kinerja Indikator Sasaran
RSUD Muntilan Tahun 2015**



PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2015

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

Nama : dr. HENDARTO, MKes.
Jabatan : Plt. Direktur RSUD Muntilan

selanjutnya disebut pihak pertama

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

selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua.

Pihak pertama berjanji akan mewujudkan target kinerja yang seharusnya sesuai dengan lampiran perjanjian ini dalam rangka mencapai target kinerja jangka menengah seperti yang telah ditetapkan dalam dokumen perencanaan.

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

Kota Mungkid, Januari 2015


PihakKedua,
BUPATI MAGELANG
ZAENAL ARIFIN, S.IP


PihakPertama,
Plt. DIREKTUR RSUD MUNTILAN
dr. HENDARTO, MKes
Pembina Utama Muda
NIP.19580523 198511 1 001

LAMPIRAN PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2015
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MUNTILAN KABUPATEN MAGELANG

No	Sasaran Strategis	Indikator	Target		
(1)	(2)	(3)	(4)		
1	Meningkatnya mutu pelayanan di setiap unit pelayanan RS	PELAYANAN GAWAT DARURAT			
		1	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100%	
		2	Jam buka pelayanan gawat darurat	24 jam	
		3	Pemberian pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat yang masih berlaku (BLS/PPGD/GELS/ALS)	100%	
		4	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 tim	
		5	Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat setelah pasien datang	3 menit	
		6	Kepuasan pelanggan (IKU)	80%	
		7	Kematian pasien < 24 jam	2%	
		8	Tidak ada pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	
		PELAYANAN RAWAT JALAN			
		1	Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	100%	
		2	Ketersediaan pelayanan spesialis 4 tempat besar: Klinik anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah	100%	
		3	Jam buka pelayanan 08.00-13.00 setiap hari kerja, kecuali Jam'at jam 08.00-11.00	100%	
		4	Waktu tunggu di rawat jalan	60 menit	
		5	Kepuasan pelanggan (IKU)	90%	
		6	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	100%	
		7	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	100%	
		PELAYANAN RAWAT INAP			
		1	Pemberi pelayanan rawat inap:		
		a.	Dr. Spesialis	100%	
		b.	Perawat Minimal D3/S1	100%	
		2	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	
		3	Ketersediaan pelayanan rawat inap 4 spesialis besar (Anak, Penyakit dalam, Kebidanan, Bedah)	100%	
		4	Jam visite dokter spesialis (08.00 a/d 14.00 setiap hari kerja)	100%	
		5	Kejadian infeksi pasca operasi	1,5%	
		6	Kejadian infeksi nosokomial (INOS)	1,5%	
		7	Tidak ada kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%	
		8	Kematian pasien > 48 jam	0,22%	
		9	Kejadian pulang paksa	3,7%	
		10	Kepuasan pelanggan (IKU)	90%	
		11	Rawat inap TB :		
		a.	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	100%	
		b.	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	100%	

No	Sasaran Strategis	Indikator	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
		PELAYANAN BEDAH	
		1 Waktu tunggu operasi elektif	1,6 hari
		2 Kejadian kematian di meja operasi	1%
		3 Tidak ada kejadian operasi salah sisi	100%
		4 Tidak ada kejadian operasi salah orang	100%
		5 Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%
		6 Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%
		7 Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan endotracheal tube	1%
		PELAYANAN PERALIHAN DAN PERINATOLOGI	
		1 Kejadian kematian ibu krn persalinan:	
		a. Perdarahan	1%
		b. Pre-eclampsia/Eclampsia	10%
		c. Sepsis	0,2%
		2 Pemberi pelayanan persalinan normal	100%
		3 Pemberi pelayanan persalinan dengan penyakit (Tim PONER yg terlatih)	100%
		4 Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi (Dr. SpOG, Dr. Sp.A, Dr. Sp. An)	100%
		5 Kemampuan menangani BBLR 1500 gr - 2500 gr	100%
		6 Pertolongan persalinan melalui seksio caesaria	20%
		7 Keluarga Berencana:	
		a. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yg dilakukan oleh tenaga kompeten Dr.SpOG, Dr. SpB, Dr.Sp.U, Dr Umum terlatih	100%
		b. Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih	100%
		8 Kepuasan pelanggan (IKU)	80%
		PELAYANAN INTENSIF	
		1 Rata-rata pasien yg kembali ke perawatan intensif dengan kasus yg sama < 72 jam	0,8%
		2 Pemberi pelayanan unit intensif:	
		a. Dr. Sp.An & Dr. Sp sesuai dg kasus	100%
		b. Perawat D3 dg sertifikat perawat mahir ICU/etara D4	75%
		PELAYANAN RADIOLOGI	
		1 Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax	47 menit
		2 Pelaksanaan ekspertisi Dr. Sp. Rad	100%
		3 Kejadian kegagalan pelayanan roentgen (Kerusakan foto)	2%
		4 Kepuasan pelanggan (IKU)	80%

No	Sasaran Strategis	Indikator	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
		PELAYANAN LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK	
		1 Waktu tunggu hasil pelayanan Lab kimia darah & darah rutin	100 menit
		2 Pelaksana ekspertisi Dr. Sp. PK	100%
		3 Tidak ada kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%
		4 Kepuasan pelanggan (IKU)	80%
		PELAYANAN REHABILITASI MEDIK	
		1 Kejadian DO pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan	25%
		2 Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%
		3 Kepuasan pelanggan (IKU)	80%
		PELAYANAN FARMASI	
		1 Waktu tunggu pelayanan:	
		a. Obat jadi	16 menit
		b. Obat Racikan	30 menit
		2 Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%
		3 Penulisan resep sesuai formularium	100%
		4 Kepuasan pelanggan (IKU)	80%
		PELAYANAN GIZI	
		1 Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	100%
		2 Sisa Makanan yg tidak termakan oleh pasien	20%
		3 Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%
		PELAYANAN TRANSFUSI DARAH	
		1 Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100%
		2 Kejadian reaksi transfusi	0,01%
		PELAYANAN KELUARGA MISKIN	
		1 Pelayanan terhadap pasien Gakin yg datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100%
		PELAYANAN REKAM MEDIS	
		1 Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%
		2 Kelengkapan informed concent setelah mendapat informasi yg jelas	100%
		3 Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	7 menit
		4 Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	7 menit
		PENGELOLAAN LIMBAH	
		1 Baku mutu limbah cair:	
		a. BOD	25 mg/l
		b. COD	75 mg/l
		c. TSS	25 mg/l
		d. PH	6-7

No	Sasaran Strategis	Indikator	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
		2 Pengelolaan limbah padat sesuai dengan aturan	100%
		PELAYANAN AMBULANS/KERETA JENAZAH	
		1 Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah	24 jam
		2 Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di RS	27 menit
		3 Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	30 menit
		PELAYANAN PEMULASARAAN JENAZAH	
		1 Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah	1 jam
		PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT	
		1 Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat maksimal dalam waktu 15 menit	80%
		2 Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai ketentuan yg berlaku	100%
		3 Peralatan laboratorium dan alat ukur yg digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%
		PELAYANAN LAUNDRY	
		1 Tidak adanya kejadian linen yg hilang	100%
		2 Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%
		PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)	
		Anggota Tim PPI yg terlatih	75%
		Tersedia APD di setiap instalasi	60%
		Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAI (Health Care Associated Infection) di RS (min 1 parameter)	75%
2	Terwujudnya pengelolaan sumber daya RS yang professional dan akuntabel	1 Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%
		2 Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%
		3 Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%
		4 Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%
		5 Cost recovery (REU)	100%
		6 Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%
		7 Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	1,5 jam
		8 Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%
		9 Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%
3	Meningkatnya Profesionalisme SDM di setiap unit pelayanan RS sesuai bidang tugasnya	1 Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun (REU)	60%

No	Sasaran Strategis	Indikator	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
4	Meningkatnya cakupan pelayanan rawat jalan, rawat inap dan penunjang	1 Rata-rata kunjungan rawat jalan per hari (IKU)	325 kunj.
		2 Rata-rata kunjungan rawat darurat per hari	53 kunj.
		3 Hari perawatan	50.000 hari
		4 Bed Occupancy Rate/BOR (IKU)	77%
		5 Rata-rata operasi per hari	10 org

Program	Anggaran	Keterangan
1. Program Peningkatan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit/Jiwa/Paru paru dan RS Mata	Rp. 2.360.590.000,-	
2. Program Manajemen Pelayanan Kesehatan	Rp. 42.000.000.000,-	Merupakan program yg mewadahi kegiatan belanja operasional BLUD RS

Kota Mungkid, Januari 2015



 BUPATI MAGELANG



 ZAENAL ARIFIN, S.I.P

Plt. Direktur RSUD Muntilan

 Kepala Dinas Kesehatan

 Kabupaten Magelang



 dr. HENDARTO, MKes.

 Peribina Utama Muda

 NIP. 19580523 198511 1 001

PENGUKURAN INDIKATOR KINERJA SASARAN STRATEGIS
RSUD MUNTILAN KABUPATEN MAGELANG
TAHUN 2015

Sasaran Strategis (1)	Indikator (2)	Target (3)	Capaian (4)	% (5)	Predikat (6)
Meningkatnya mutu pelayanan di setiap unit pelayanan RS	PELAYANAN GAWAT DARURAT				
	1 Kemampuan menangani <i>life saving</i> anak dan dewasa	100%	100%	100%	Sangat berhasil
	2 Jam buka pelayanan gawat darurat	24 jam	24 jam	100%	Sangat berhasil
	3 Pemberian pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat yang masih berlaku (BLS/PPGD/GELS/ALS)	100%	100%	100%	Sangat berhasil
	4 Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 tim	1 tim	100%	Sangat berhasil
	5 Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat setelah pasien datang	4 menit	3.87 menit	103%	Sangat berhasil
	6 Kepuasan pelanggan (IKU)	80%	73.52%	92%	Berhasil
	7 Kematian pasien ≤ 24 jam	2%	2.15%	93%	Berhasil
8 Tidak ada pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	100%	100%	Sangat berhasil	
	PELAYANAN RAWAT JALAN				
9 Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	100%	100%	100%	100%	Sangat berhasil
10 Ketersediaan pelayanan spesialis 4 (empat) besar: klinik anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah	100%	100%	100%	100%	Sangat berhasil
11 Jam buka pelayanan 08.00-13.00 setiap hari kerja, kecuali Jum'at jam 08.00-11.00	100%	100%	100%	100%	Sangat berhasil
12 Waktu tunggu di rawat jalan	60 menit	137.26 menit	-29%	-29%	Kurang berhasil
13 Kepuasan pelanggan (IKU)	90%	80.05%	89%	89%	Berhasil

Sasaran Strategis	Indikator	Target	Capaian	%	Predikat
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	14 Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	100%	90%	1%	Berhasil
	15 Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	100%	80%	80%	Berhasil
PELAYANAN RAWAT INAP					
	16 Pemberi pelayanan rawat inap:			100%	Sangat Berhasil
	a. Dr. Spesialis	100%	100%	100%	Sangat berhasil
	b. Perawat Minimal D3/S1	100%	100%	100%	Sangat berhasil
	17 Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	100%	100%	Sangat berhasil
	18 Ketersediaan pelayanan rawat inap 4 spesialis besar (Anak, Penyakit dalam, Kebidanan, Bedah)	100%	100%	100%	Sangat berhasil
	19 Jam visite dokter spesialis (08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja)	100%	82.1%	82%	Berhasil
	20 Kejadian infeksi pasca operasi	1,5%	0.14%	191%	Sangat berhasil
	21 Kejadian infeksi nosokomial (INOS)	1,5%	0.01%	199%	Sangat berhasil
	22 Tidak ada kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%	99.74%	99.74%	Sangat berhasil
	23 Kematian pasien > 48 jam	0.22%	0.39%	23%	Kurang berhasil
	24 Kejadian pulang paksa	3,7%	2.68%	128%	Sangat berhasil
	25 Kepuasan pelanggan (IKU)	90%	80.21%	89.12%	Berhasil
	26 Rawat inap TB :			100%	Sangat berhasil
	a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	100%	100%	100%	Sangat berhasil
	b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	100%	100%	100%	Sangat berhasil
PELAYANAN BEDAH					
	27 Waktu tunggu operasi elektif	1,6 hari	1.56 hari	103%	Sangat berhasil
	28 Kejadian kematian di meja operasi	1%	0%	200%	Sangat berhasil
	29 Tidak ada kejadian operasi salah sisi	100%	100%	100%	Sangat berhasil
	30 Tidak ada kejadian operasi salah orang	100%	100%	100%	Sangat berhasil

Sasaran Strategis	(1)				
Indikator	(2)	(3)	(4)	(5)	
Indikator	Target	Capaian	%	Predikat	
31	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100%	100%	Sangat berhasil
32	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100%	100%	Sangat berhasil
33	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>	1%	0%	200%	Sangat berhasil
PELAYANAN PERSALINAN DAN PERINATOLOGI					
34	Kejadian kematian ibu krm persalinan:		0%	190,67%	Sangat berhasil
a.	Perdarahan	1%	0%	200%	Sangat berhasil
b.	Pre-eklampsia/Eklampsia	10%	2,8%	172%	Sangat berhasil
c.	Sepsis	0,2%	0%	200%	Sangat berhasil
35	Pemberi pelayanan persalinan normal (dr. SPOG, dr umum terlatih APN, Bidan)	100%	100%	100%	Sangat berhasil
36	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit (Tim PONEK yg terlatih)	100%	100%	100%	Sangat berhasil
37	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi (Dr. SPOG, Dr. Sp.A, Dr. Sp. An)	100%	100%	100%	Sangat berhasil
38	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr - 2500 gr	100%	95,20%	95,20%	Sangat berhasil
39	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	20%	14,75%	126%	Sangat berhasil
40	Keluarga Berencana:			100%	Sangat berhasil
a.	Prosentase KB (vasektomi & tubektomi) yg dilakukan oleh tenaga kompeten Dr.SPOG, Dr. SpB, Dr.Sp.U, Dr Umum terlatih	100%	100%	100%	Sangat berhasil
b.	Prosentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih	100%	100%	100%	Sangat berhasil
41	Kepuasan pelanggan (IKU)	80%	82,22%	103%	Sangat berhasil

Bagian/Instansi	Indikator	Target	Capaian	%	Penilaian
01	02	03	04	05	06
PELAYANAN INTENSIF					
	42 Rata-rata pasien yg kembali ke perawatan intensif dengan kasus yg sama < 72 jam	0.80%	0.24%	170%	Sangat berhasil
	43 Pemberi pelayanan unit intensif:			110%	Sangat berhasil
	a. Dr. Sp.An & Dr. Sp sesuai dg kasus	100%	100%	100%	Sangat berhasil
	b. Perawat D3 dg sertifikat perawat mahir ICU/setara D4	75%	90%	120%	Sangat berhasil
PELAYANAN RADIOLOGI					
	44 Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax	47 menit	67.75 menit	55.9%	Cukup berhasil
	45 Pelaksana ekspertisi Dr. Sp. Rad	100%	97.72%	97.72%	Sangat berhasil
	46 Kejadian kegagalan pelayanan rontgen (Kerusakan foto)	2%	1.76%	212%	Sangat berhasil
	47 Kepuasan pelanggan (IKU)	80%	80.59%	101%	Sangat berhasil
PELAYANAN LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK					
	48 Waktu tunggu hasil pelayanan Lab kimia darah & darah rutin	100 menit	74.21 menit	126%	Sangat berhasil
	49 Pelaksana ekspertisi Dr. Sp. PK	100%	100%	100%	Sangat berhasil
	50 Tidak ada kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100%	100%	Sangat berhasil
	51 Kepuasan pelanggan (IKU)	80%	76%	94.88%	Berhasil
PELAYANAN REHABILITASI MEDIK					
	52 Kejadian DO pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan	25%	0%	200%	Sangat berhasil
	53 Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	100%	100%	Sangat berhasil
	54 Kepuasan pelanggan (IKU)	80%	78.23%	98%	Sangat berhasil
PELAYANAN FARMASI					
	55 Waktu tunggu pelayanan:			57.97%	Cukup berhasil
	a. Obat jadi	16 menit	24.9 menit	44%	Kurang berhasil
	b. Obat Racikan	30 menit	38.53 menit	72%	Cukup berhasil

Sasaran Strategis (1)	Indikator (2)	Target (3)	Capaian (4)	% (5)	Predikat (6)
	56 Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%	100%	Sangat berhasil
	57 Penulisan resep sesuai formularium	100%	99.92%	99.92%	Sangat berhasil
	58 Kepuasan pelanggan (IKU)	80%	77.46%	96.83%	
	PELAYANAN GIZI				
	59 Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	100%	100%	100%	Sangat berhasil
	60 Sisa Makanan yg tidak termakan oleh pasien	20%	19.62%	102%	Sangat berhasil
	61 Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%	100%	100%	Sangat berhasil
	PELAYANAN TRANSFUSI DARAH				
	62 Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100%	100%	100%	Sangat berhasil
	63 Kejadian reaksi transfusi	0,01%	0%	200%	Sangat berhasil
	PELAYANAN KELUARGA MISKIN				
	64 Pelayanan terhadap pasien Gakin yg datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100%	100%	100%	Sangat berhasil
	PELAYANAN REKAM MEDIS				
	65 Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	85.5%	86%	Berhasil
	66 Kelengkapan <i>informed consent</i> setelah mendapat informasi yg jelas	100%	89.5%	90%	Berhasil
	67 Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	7 menit	7.75 menit	89%	Cukup berhasil
	68 Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	7 menit	8.2 menit	83%	Cukup berhasil
	PENGELOLAAN LIMBAH				
	69 Baku mutu limbah cair:			143.82%	Sangat berhasil
	a. BOD	25 mg/l	12.46 mg/l	150%	Sangat berhasil

Sasaran	Indikator	Target	Tercapai	Kategori	
b. COD		75 mg/l	45.66 mg/l	139%	Sangat berhasil
	c. TSS	25 mg/l	3.5 mg/l	180%	Sangat berhasil
	d. PH	6-7	7	100%	Sangat berhasil
	2	Pengelolaan limbah padat sesuai dengan aturan	100%	78.00%	Cukup berhasil
PELAYANAN AMBULANS/KERETA JENAZAH					
70	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah	24 jam	24 jam	100%	Sangat berhasil
71	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di RS	27 menit	25 menit	107%	Sangat berhasil
72	Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	30 menit	60 menit	0%	Kurang berhasil
PELAYANAN PEMULASARAN JENAZAH					
73	Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaran jenazah	1 jam	1,5 jam	50%	Cukup berhasil
PELAYANAN PEMELIHARAAN BARANG RUMAH SAKIT					
74	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat maksimal dalam waktu 15 menit	80%	85%	106%	Sangat berhasil
75	Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai ketentuan yg berlaku	100%	89.5%	90%	Berhasil
76	Peralatan laboratorium dan alat ukur yg digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%	100%	100%	Sangat berhasil
PELAYANAN LAUNDRY					
77	Tidak adanya kejadian linen yg hilang	100%	100%	100%	Sangat berhasil
78	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%	100%	100%	Sangat berhasil
PENCEGAHAN PENGEDELIAN INFESI (PPI)					
79	Anggota Tim PPI yg terlatih	75%	41%	55%	Cukup berhasil
80	Tersedia APD di setiap instalasi	60%	75%	125%	Sangat berhasil

Strategi	Indikator	Target	Capaian	%	Predikat
ID	IN	RI	RI	RI	RI
	81 Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAI (Health Care Associated Infection) di RS (min 1 parameter)	75%	75%	100%	Sangat berhasil
Rata-rata Capaian Sasaran-1				104.70%	Sangat berhasil
Terwujudnya pengelolaan sumber daya RS yang professional dan akuntabel	1 Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%	100%	100%	Sangat berhasil
	2 Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100%	100%	Sangat berhasil
	3 Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%	100%	Sangat berhasil
	4 Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%	100%	100%	Sangat berhasil
	5 Cost recovery (IKU)	100%	111%	111%	Sangat berhasil
	6 Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	91.75%	100%	Sangat berhasil
	7 Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	1.5 jam	1.75 jam	83%	Berhasil
	8 Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	100%	100%	Sangat berhasil
Rata-rata Capaian Sasaran-2				99.29%	Sangat berhasil
Meningkatnya Profesionalisme SDM di setiap unit pelayanan RS sesuai bidang tugasnya	1 Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun (IKU)	60%	6.12%	10.20%	Kurang berhasil
	Rata-rata Capaian Sasaran-3				10.20%
Meningkatnya cakupan pelayanan rawat jalan, rawat inap dan penunjang	1 Rata-rata kunjungan rawat jalan per hari (IKU)	325 kunj.	308 kunj.	95%	Berhasil
	2 Rata-rata kunjungan rawat darurat per hari	53 kunj.	46 kunj.	87%	Berhasil

Sasaran Strategis (1)	Indikator (2)	Target (3)	Capaian (4)	% (5)	Predikat (6)
	3 Hari perawatan	50.000 hari	46.535 hari	93.07%	Berhasil
	4 Bed Occupancy Rate/ BOR (IKU)	77%	66.75%	86.69%	Berhasil
	5 Rata-rata operasi per hari	10 org	5 orang	50.00%	Cukup berhasil
	Rata-rata Capaian Sasaran-4			82.26%	Berhasil
	Rata-rata Capaian Sasaran (1,2,3,4)			74.11%	Cukup berhasil