



Laporan Kinerja (LKj)

Dibuat oleh
Sub Bagian Perencanaan & Keuangan

Periode

2024

Jl. Trikora No. 115 Guntung Manggis Kota Banjarbaru Kalimantan Selatan



(0511) 6749696



rsdidaman@go.id



rsdidamanbanjarbaru

7.2 STRATEGI PENINGKATAN KINERJA

1. Terus mengembangkan Aplikasi SIMRS untuk memberikan kemudahan dalam pelayanan masyarakat terutama yang akan melakukan kunjungan/berobat ke rumah sakit.
2. Meningkatkan mutu pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
3. Lebih mendorong pengembangan kebijakan Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru berfokus pada perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi serta pengukuran kinerja demi meningkatnya nilai akuntabilitas
4. Untuk meningkatkan implementasi SAKIP perlu adanya komitmen dari pimpinan dan seluruh karyawan Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru, serta membangun sistem Informasi Manajemen pelaksanaan implementasi SAKIP.
5. Pada tahun 2025 akan melaksanakan IHT (In House Training) terkait SAKIP yang akan diikuti oleh seluruh pejabat struktural dan tim SAKIP RSD Idaman Kota Banjarbaru.
6. Untuk tahun 2024 membentuk tim Gugus Akreditasi untuk tetap menjaga menjaga mutu pelayanan rumah sakit dan persiapan untuk pelaksanaan Akreditasi 2025.

Semoga Laporan Kinerja (LKJ) Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru Tahun 2024 ini dapat memenuhi kewajiban akuntabilitas kepada para *stakeholder* khususnya serta sebagai sumber informasi penting dalam pengambilan keputusan guna peningkatan kinerja Pemerintah Kota Banjarbaru pada umumnya.

Banjarbaru, Januari 2025
Direktur RSD Idaman
Kota Banjarbaru

dr. Danny Indrawardhana, MMRS
NIP. 19800621 201001 1 015

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	ii
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR TABEL	iv
DAFTAR GAMBAR.....	vi
B A B I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Dasar Hukum Pembentukan dan Tugas Pokok	2
1.3 Struktur Organisasi	7
1.4 Aspek Strategis Organisasi dan Isu Strategis SKPD	7
1.5 Sistematika Penyajian	9
B A B II PERENCANAAN KINERJA	11
2.1 Perjanjian Kinerja Tahun dan Indikator Kinerja Utama 2024.....	11
B A B III AKUNTABILITAS KINERJA	14
3.1 Capaian Kinerja Eselon II.....	14
3.2 Realisasi Anggaran.....	65
B A B IV PENUTUP	68
4.1 Simpulan	68
4.2 Strategi Peningkatan Kinerja	69
LAMPIRAN	
1. SOP Pengumpulan data kinerja	
2. SK Pengelola SAKIP	

DAFTAR TABEL

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 Stuktur Organisasi Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru.....	7
--	---

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Dalam rangka terselenggaranya *good governance* diperlukan pengembangan dan penerapan sistem pertanggung jawaban yang tepat, jelas, terukur dan sah, sehingga penyelenggaraan pemerintahan dan pembangunan dapat berlangsung secara berdaya guna, berhasil guna, bersih dan bertanggungjawab serta bebas dari korupsi, kolusi dan nepotisme.

Laporan Kinerja (LKj) Instansi Pemerintah dalam hal ini Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru adalah dokumen yang berisi gambaran perwujudan kewajiban Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru untuk mempertanggungjawabkan kinerja, keberhasilan dan kegagalan pelaksanaan misi Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru dalam mencapai sasaran dan tujuan yang telah ditetapkan.

Selain dari tuntutan akuntabilitas kinerja, Laporan Kinerja juga sebagai alat ukur keberhasilan Rumah Sakit dalam mencapai tujuan dan/ atau sasaran atau kegiatan utama yang dapat digunakan sebagai fokus perbaikan kinerja di masa datang, kuncinya adalah penekanan pada tujuan dan sasaran atau program kegiatan yang perlu mendapat perhatian sebagai ukuran keberhasilan.

Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan kegiatan di bidang kesehatan berkelanjutan secara paripurna dengan mengutamakan pengobatan dan pemulihan tanpa mengabaikan peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit yang dilaksanakan melalui penyediaan pelayanan rawat inap, rawat jalan, gawat darurat dan tindakan medik.

Penyusunan Laporan ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu unsur dari rangkaian implementasi Sistem Akuntabilitas Kinerja di lingkungan Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru. Penyusunan Laporan ini dimaksudkan untuk memberikan informasi pelaksanaan program dan kegiatan strategis yang tertuang dalam dokumen Rencana Strategis Tahun 2021-2026.

Adapun tujuan dari penyusunan Laporan Kinerja (LKj) Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru Tahun 2024 ini adalah:

1. Memberikan informasi kinerja yang terukur kepada pemberi mandat atas kinerja yang telah dan seharusnya dicapai.
2. Mempertanggungjawabkan atas semua yang telah diperjanjikan sesuai perjanjian kinerja.
3. Sebagai upaya perbaikan berkesinambungan bagi instansi pemerintah untuk meningkatkan kinerjanya.

1.2 DASAR HUKUM PEMBENTUKAN DAN GAMBARAN UMUM ORGANISASI

1.2.1 Dasar Hukum Pembentukan

Berdasarkan Keputusan Walikota Banjarbaru Nomor 79 tahun 2023 Tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas Pokok dan Fungsi Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru maka kedudukan Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru merupakan unsur pelaksana Pemerintah Kota Banjarbaru dalam bidang Pelayanan Kesehatan yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Walikota Banjarbaru. Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru (sebelumnya Rumah Sakit Umum Daerah Banjarbaru) merupakan rumah sakit milik Pemerintah Kota Banjarbaru yang diserahkan pengelolaannya oleh Pemerintah Provinsi Kalimantan Selatan pada tanggal 14 Agustus 2004. Selanjutnya berdasarkan Keputusan Walikota Banjarbaru Nomor 366 Tahun 2011, Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru ditetapkan menjadi Badan Layanan Umum Daerah (BLUD), dengan menerapkan fleksibilitas pengelolaan keuangan sesuai dengan yang telah diamanatkan oleh Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) dan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (BLUD).

1.2.2 Gambaran Umum Organisasi

Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru mempunyai tugas pokok membantu Kepada Daerah dalam Bidang Pelayanan Kesehatan masyarakat di Wilayah Kota Banjarbaru sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku. Adapun Misi yang berkaitan dengan Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru sebagai berikut:

“Meningkatkan Kualitas Kehidupan Masyarakat yang Sejahtera dan Berakhlak Mulia”

Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru melaksanakan fungsi sebagai berikut:

- a. Penyelenggaraan Pelayanan Medis.
- b. Penyelenggaraan Pelayanan Penunjang Medis dan Non Medis.
- c. Penyelenggaraan Pelayanan Asuhan Keperawatan.
- d. Penyelenggaraan Pelayanan Rujukan
- e. Penyelenggaraan Pendidikan/Pelatihan.
- f. Penyelenggaraan Penelitian dan Pengembangan.
- g. Penyelenggaraan Administrasi Umum, Perlengkapan, Keprotokolan, Hukum, Humas, Penyelenggaraan Barang dan Jasa, Keuangan dan Kepegawaian.

Uraian tugas dan fungsi masing-masing unit kerja di Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru adalah sebagai berikut:

A. Direktur

1. Direktur mempunyai tugas pokok membantu Kepala Daerah (Walikota) untuk memimpin, membina, mengkoordinasikan, menyusun kebijaksanaan, mengawasi dan mengendalikan pelaksanaan tugas rumah sakit sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
2. Untuk menyelenggarakan tugas pada ayat (1), Direktur mempunyai fungsi :
 - a. Perumusan bahan kebijakan kerja Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru
 - b. Pelaksanaan upaya pengembangan Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru secara menyeluruh.

B. Sekretariat

• Tugas Pokok dan Fungsi

Bagian Tata Usaha mempunyai tugas pokok menyelenggarakan urusan penyusunan program/perencanaan dan keuangan, kegiatan umum dan perlengkapan serta urusan:

1. Menyusun program, dibidang perencanaan dan pengelolaan keuangan, umum dan perlengkapan serta kepegawaian dilingkungan Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru.
2. Pelaksanaan urusan surat menyurat, kearsipan, perjalanan dinas, rumah tangga, perlengkapan, keprotokolan dan kehumasan.
3. Pelaksanaan urusan kepegawaian dilingkungan Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru.

• Bagian Tata Usaha Terdiri dari:

1. Sub. Bagian Perencanaan dan Keuangan.

Sub. Bagian Perencanaan dan Keuangan mempunyai tugas melaksanakan kegiatan mempersiapkan penyusunan rencana kerja tahunan, mengendalikan kegiatan tahunan, menyusun rencana anggaran pendapatan dan belanja serta melaksanakan intensifikasi dan ekstensifikasi, mengelola administrasi keuangan dan mengelola laporan keuangan, serta pemantauan retribusi Pendapatan Asli Daerah (PAD) Rumah Sakit serta urusan keuangan lainnya.

2. Sub Bagian Umum Perlengkapan.

Sub Bagian Umum & Perlengkapan mempunyai tugas melaksanakan kegiatan mengadministrasikan surat menyurat, mengelola urusan rumah tangga dan perlengkapan, mengadministrasikan ketatalaksanaan organisasi, dan mengelola keprotokolan dan kehumasan.

3. Sub Bagian Kepegawaian.

Sub Bagian Kepegawaian mempunyai tugas melaksanakan kegiatan administrasi data kepegawaian, mengelola data kepegawaian, mengelola daftar hadir pegawai, mengadministrasi disiplin pegawai, mengelola laporan kepegawaian.

C. Bidang Pelayanan

• Tugas Pokok dan Fungsi.

Bidang pelayanan mempunyai fungsi tugas menyelenggarakan upaya peningkatan mutu pelayanan medik laboratorium kerohanian dan sosiomedik, pelaksanaan akreditasi sarana kesehatan, koordinasi kebutuhan peralatan medis dan penunjang medis, pengendalian, penerimaan dan pemulangan pasien, kehumasan bidang pelayanan serta melaksanakan kegiatan surveilans Rumah Sakit. Bidang Pelayanan mempunyai fungsi:

1. Penyusunan rencana kebutuhan medis dan penunjang medis, kerohanian dan sosiomedik.
2. Pelaksanaan, pengendalian pengembangan mutu pelayanan kesehatan, rujukan, registrasi, akreditasi sarana kesehatan.
3. Pelaksanaan evaluasi hasil pelayanan kesehatan dan rujukan Rumah Sakit.

• Bidang Pelayanan Terdiri dari:

1. Seksi Pelayanan Medik.

Seksi Pelayanan Medik mempunyai tugas merumuskan petunjuk teknis pelayanan kesehatan, menyusun rencana kebutuhan peralatan medis, kerohanian dan sosiomedik, melaksanakan, pembinaan, pengawasan dan pengendalian kegiatan penerimaan dan pemulangan pasien, melakukan kegiatan surveilans Rumah Sakit sesuai standar dan prosedur.

2. Seksi Bina Mutu Pelayanan.

Seksi Bina Mutu Pelayanan mempunyai tugas merencanakan standar mutu pelayanan, melaksanakan pembinaan pelayanan kesehatan medik, penunjang medis dengan bagian terkait, meningkatkan upaya pelayanan kesehatan, pembinaan mutu pelayanan kesehatan dan sumber daya manusia melalui akreditasi Rumah Sakit.

D. Bidang Keperawatan

• Tugas Pokok dan Fungsi.

Bidang keperawatan mempunyai tugas mengatur dan mengendalikan kegiatan pelayanan keperawatan di Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru sesuai dengan petunjuk teknis bidang tugasnya:

1. Menghimpun kebijakan teknis dibidang keperawatan sesuai kebutuhan sebagai pedoman pelaksanaan tugas.
2. Menghimpun data dibidang keperawatan sesuai jenis untuk mengetahui perkembangannya.
3. Menyusun rencana kerja keperawatan sesuai kebutuhan untuk menjadi program bidang.
4. Pelaksanaan pengawasan, pengendalian dan nilai peraturan/ tata tertib pelayanan keperawatan.

5. Perumusan pelayanan tata tertib, falsafah keperawatan dan pengembangan karier tenaga keperawatan.
6. Mengkoordinasikan jumlah dan jenis tenaga serta peralatan keperawatan.
7. Melakukan pengendalian jalannya organisasi dan administrasi bidang keperawatan.
8. Memberikan bimbingan, petunjuk dan penilaian kepada tenaga perawat untuk peningkatan dan terpeliharanya mutu pelayanan keperawatan secara paripurna.
9. Memfasilitasi program pendidikan dan kegiatan lain terutama pendidikan keperawatan.

• **Bidang Keperawatan terdiri dari:**

1. Seksi Asuhan Keperawatan.

Seksi Asuhan Keperawatan mempunyai tugas melaksanakan bimbingan tenaga keperawatan untuk melaksanakan asuhan keperawatan paripurna, melaksanakan pengumpulan, pengolahan dan analisa data tentang prosedur asuhan keperawatan sebagai bahan untuk pengembangan pelayanan keperawatan, melaksanakan program penilaian terhadap upaya peningkatan dan keterampilan serta mutu dibidang keperawatan, melaksanakan koordinasi pengganti/usulan peralatan keperawatan sesuai kebutuhan, melaksanakan sistem pencatatan dan pelaporan asuhan keperawatan yang tepat dan akurat, melaksanakan pengumpulan, pengolahan dan analisa data prosedur asuhan keperawatan sebagai bahan untuk pengembangan pelayanan keperawatan.

2. Seksi Diklat dan Penyuluhan.

Seksi Diklat dan Penyuluhan mempunyai tugas melaksanakan kegiatan penyuluhan kesehatan secara terpadu, menyelenggarakan kegiatan pendidikan dan pelatihan tenaga keperawatan dan teknis medis, non medis Rumah Sakit dengan siswa sekolah dan akademi kesehatan atau akademi lainnya, memproses program pendidikan dan pelatihan pegawai medis dan non medis.

E. Bidang Penunjang

• **Tugas Pokok dan Fungsi**

Bidang penunjang mempunyai tugas pelaksanaan proses pengadaan kebutuhan peralatan medik dan penunjang medik, memantau, memelihara dan perbaikan peralatan medis dan penunjang medis, serta penyelenggaraan rekam medik sesuai dengan petunjuk teknis bidang. Bidang penunjang terdiri dari:

1. Seksi Sarana dan Prasarana Medik

Seksi Sarana dan Prasarana Medik mempunyai tugas melaksanakan proses pengadaan peralatan medik dan penunjang medik, mengkoordinasikan, pemeliharaan, perbaikan peralatan medis dan penunjang medis, menyusun standar kegiatan pelayanan kebersihan

dan sanitasi Rumah Sakit, mengatur dan melaksanakan pembinaan kegiatan pelayanan kebersihan dan sanitasi Rumah Sakit.

2. Seksi Rekam Medik.

Seksi Rekam Medik mempunyai tugas merencanakan administrasi rekam medik sesuai dengan ketentuan dan prosedur, mengkoordinasikan operasional rekam medik dengan bagian lain yang terkait, membuat penyelenggaraan rekam medik dan data statistik.

1.3 STUKTUR ORGANISASI

Struktur Organisasi Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru berdasarkan Peraturan Daerah Kota Banjarbaru Nomor 79 Tahun 2023 tentang Pembentukan Organisasi dan Tata kerja Lembaga Teknis Daerah Kota Banjarbaru. Adapun susunan organisasi Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru adalah sebagai berikut :

1. Direktur Eselon III/a
2. Kepala Bagian Tata Usaha Eselon III/b
3. Kepala Bidang Pelayanan Eselon III/b
4. Kepala Bidang Penunjang Eselon III/b
5. Kepala Bidang Keperawatan Eselon III/b

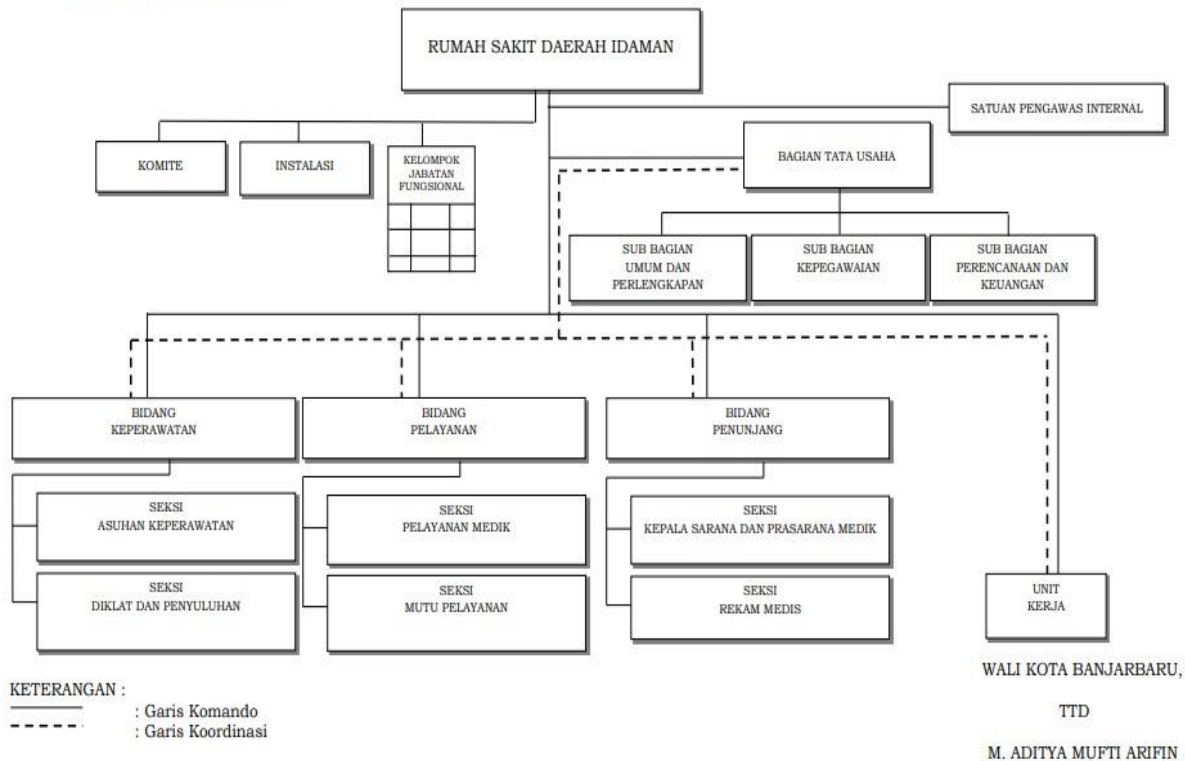
Masing-masing bagian/bidang terdapat sub bagian/sub bidang eselon IV/a, yaitu:

1. Kepala Sub Bagian Kepegawaian
2. Kepala Sub Bagian Umum dan Perlengkapan
3. Kepala Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan
4. Kepala Seksi Pelayanan Medik
5. Kepala Seksi Bina Mutu Pelayanan
6. Kepala Seksi Sarana dan Prasarana Medik
7. Kepala Seksi Rekam Medik
8. Kepala Seksi Asuhan Keperawatan
9. Kepala Seksi Diklat dan Penyuluhan

STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT DAERAH IDAMAN KOTA BANJARBARU

BAGAN : STRUKTUR ORGANISASI
RUMAH SAKIT DAERAH
IDAMAN KOTA BANJARBARU

LAMPIRAN : PERATURAN WALIKOTA BANJARBARU
NOMOR : 79 TAHUN 2023
TANGGAL : 27 Desember 2023



Gambar 1.1 Stuktur Organisasi Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru sesuai Perwali Nomor 79 tahun 2023

1.4 ASPEK STRATEGIS ORGANISASI DAN ISU STRATEGIS ORGANISASI

Seiring dengan perkembangan Kota Banjarbaru yang semakin pesat tingkat pertumbuhan penduduk pun semakin meningkat, untuk itu keberadaan rumah sakit tidak lepas dari berbagai aspek strategis dan hambatan/permasalahan, diantaranya:

1.4.1 Aspek Strategis Organisasi

1. Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru memiliki lokasi yang strategis, berada di jalan protokol dekat dengan pusat pemerintahan Provinsi Kalimantan Selatan, sehingga mudah dijangkau oleh masyarakat,
2. Memiliki bangunan yang menarik dan masih bisa dikembangkan,
3. Memiliki sumber daya manusia (SDM) yang cukup,
4. Memiliki kelengkapan manajemen yang mendukung dalam pengelolaan Rumah Sakit,

5. Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru telah berstatus BLUD sejak tahun 2011,
6. Telah terakreditasi dengan standar akreditasi versi 2012 dengan capaian tingkat utama (bintang empat),
7. Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru memiliki peralatan medis dan non medis yang cukup lengkap,
8. Terdapat berbagai macam pelayanan yang terbagi dalam poli-poli, baik itu untuk anak-anak, dewasa maupun lansia.
9. Telah mengeluarkan layanan baru pendaftaran online yang diresmikan oleh Walikota Banjarbaru pada bulan Oktober 2018
10. Telah mengeluarkan Layanan Anjungan Pendaftaran Mandiri (APM)
11. Layanan Hemodialisa (cuci darah)
12. MCU (Medical Check Up)
13. PICU
14. Poli Geriatri
15. Poli Jantung
16. Rumah Sakit Rujukan Pasien Covid-19 (tahun 2021) sesuai Surat Keputusan Gubernur Kalimantan Selatan Nomor 188.44/0207/KUM/2021 tanggal 24 Maret 2021.
17. Poli Psikologi.
18. Terakreditasi Paripurna dari Lembaga Akreditasi Damar Husada Paripurna tanggal 27 Desember 2022.

1.4.2 Permasalahan utama yang terjadi di Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru

Isu-isu strategis berdasarkan tugas dan fungsi perangkat daerah adalah kondisi atau hal yang harus diperhatikan atau dikedepankan dalam perencanaan pembangunan karena dampaknya yang signifikan bagi perangkat daerah di masa mendatang. Suatu kondisi/kejadian yang menjadi isu strategis adalah keadaan yang apabila tidak diantisipasi, akan menimbulkan kerugian yang lebih besar atau sebaliknya, dalam hal tidak dimanfaatkan, akan menghilangkan peluang untuk meningkatkan layanan kepada masyarakat dalam jangka panjang.

Selama periode 2021-2026, Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru dituntut lebih responsif, kreatif dan inovatif dalam menghadapi perubahan-perubahan baik di tingkat lokal, regional dan nasional, maupun internasional. Perencanaan pembangunan hendaknya selalu memperhatikan isu-isu dan permasalahan yang mungkin dihadapi ke depan oleh masyarakat sehingga arah pelaksanaan pembangunan menjadi lebih tepat sasaran. Untuk itu, perlu diantisipasi dengan perencanaan yang matang dan komprehensif sehingga arah pembangunan sesuai dengan tujuan pembangunan daerah. Memperhatikan isu-isu dan permasalahan pembangunan yang dihadapi diharapkan kualitas penyelenggaraan pemerintahan menuju good

governance and clean government sehingga akan berdampak pada kualitas pembangunan daerah. Berkaitan dengan isu-isu dan masalah pembangunan yang akan dihadapi Kota Banjarbaru pada tahun 2021-2026 tidak bisa dilepaskan dengan permasalahan dan isu pembangunan provinsi dan nasional. Secara umum, isu-isu yang menjadi landasan dalam perumusan strategi dalam penyusunan program dan kegiatan dalam periode 2021-2026 adalah sebagai berikut:

1. Optimalisasi penyelenggaraan pelayanan publik dengan penggunaan teknologi informasi,
2. Peningkatan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit, dan
3. Peningkatan kualitas sumber daya aparatur dan peningkatan kinerja Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru guna mendukung tercapainya visi dan misi Pemerintah Kota Banjarbaru dalam menciptakan tata kelola pemerintahan yang baik (good governance).

Tabel 1.1 Permasalahan Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru

PERMASALAHAN	AKAR PERMASALAHAN
1. Implementasi regulasi mutu pelayanan Rumah Sakit sesuai akreditasi LRAS belum optimal	- Belum optimalnya pencapaian indikator mutu Rumah Sakit
2. Kapasitas dan kompetensi SDM belum memenuhi standar	- Belum optimalnya pendidikan dan pelatihan SDM
3. Biaya operasional Rumah Sakit belum bisa di cover oleh pendapatan BLUD	- Keuangan Rumah Sakit BLUD dituntut untuk mandiri

1.5 SISTEMATIKA PENYAJIAN

Sistematika Penyajian Laporan Kinerja Rumah Sakit Daerah Idaman tahun 2024 adalah sebagai berikut:

Bab I Pendahuluan

Pada Bab Pendahuluan berisi penjelasan singkat tentang latar belakang penyusunan, dasar hukum pembentukan, gambaran umum organisasi, struktur organisasi Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru dan menjabarkan aspek-aspek strategis yang dimiliki hingga isu strategis yang dihadapi.

Bab II Perencanaan Kinerja

Pada Bab ini menguraikan ringkasan atau menyajikan Perjanjian Kinerja para pemegang amanah yaitu eselon II dan disertai rencana kegiatan serta jumlah anggaran.

Bab III Akuntabilitas Kinerja

Pada Bab ini menyajikan capaian kinerja disertai IKU eselon II serta berisi penjelasan upaya yang telah dilakukan, hambatan yang dihadapi, serta rencana tindak lanjut kedepan.

Bab IV Penutup

Pada Bab ini memaparkan kesimpulan atas pencapaian kinerja Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru dan stragtegi kedepan untuk meningkatkan kinerja.

BAB II

PERENCANAAN KINERJA

Perencanaan kinerja merupakan proses penyusunan rencana kinerja sebagai penjabaran dari sasaran dan program yang telah ditetapkan dalam rencana strategis. Di dalam rencana kinerja, ditetapkan rencana capaian kinerja tahunan untuk seluruh indikator kinerja yang ada pada tingkat sasaran dan kegiatan. Penyusunan rencana kinerja dilakukan seiring dengan agenda penyusunan dan kebijakan anggaran, serta merupakan komitmen bagi instansi untuk mencapainya dalam tahun tertentu. Pada Laporan Kinerja Instansi Pemerintah Tahun 2024 ini, mengacu kepada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah.

2.1 Perjanjian Kinerja dan Indikator Kinerja Utama Tahun 2024

2.1.1 Indikator Utama Tahun 2024

Indikator Kinerja Utama (IKU) merupakan ukuran keberhasilan dari suatu tujuan dan sasaran strategis Instansi Pemerintah. Berdasarkan sasaran strategis yang telah ditetapkan pada periode 2021-2026 selanjutnya sesuai dengan Keputusan Direktur Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru Nomor 73 Tahun 2023 tentang Indikator Utama Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru dan sebagaimana tertuang dalam Renstra Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru yaitu sebagai berikut:

Tabel 2.1 Indikator Utama Tahun 2024

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja Utama	Penjelasan/Form Perhitungan	Sumber Data	Penanggung jawab
1	Meningkatnya Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan di Rumah Sakit	Jenis Pelayanan Kesehatan Perorangan di Rumah Sakit	<u>Σ indikator SPM RS yang mencapai target X 100%</u> Seluruh indikator SPM RS Standar pelayanan minimal rumah sakit merupakan indikator pelayanan minimal yang wajib dilaksanakan oleh rumah sakit. Target pencapaiannya disesuaikan dengan kemampuan sumber daya rumah sakit yang tersedia dan harus dicapai secara bertahap sehingga pada periode tertentu harus tercapai sesuai target yang ditetapkan oleh Peraturan Walikota Banjarbaru Nomor 79 Tahun 2017 tentang Standar Pelayanan Minimal RSD Idaman Kota Banjarbaru. Indikator ini menggambarkan kemampuan rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan berkualitas.	Laporan SPM	Bidang Pelayanan

		Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)	<u>Jumlah responden yang menyatakan puas</u> Jumlah seluruh responden IKM merupakan nilai rata-rata hasil penilaian pelanggan RS terhadap pelayanan yang diterimanya baik kualitas pelayanan dan performance petugas dari berbagai jenis pelayanan kesehatan yang dilakukan di rumah sakit. Indikator ini menggambarkan tingkat kepuasan pelanggan terhadap pelayanan rumah sakit yang diterimanya. Semakin tinggi nilai IKM menggambarkan semakin tinggi kepuasan pelanggan terhadap pelayanan rumah sakit.	Laporan Survey Setiap Semester	Bidang Pelayanan
		Pencapaian Akreditasi Rumah Sakit	Penilaian dilakukan oleh Tim Independen dari Lembaga Akreditasi RS Damar Husada Paripurna (LARS DHP) atau Tim Asessor Internal, melalui uji telusur. Tingkatan kelulusan bagi rumah sakit, terbagi menjadi 4 sesuai persentase kelulusan seluruh bab sebagai berikut: 1. Tingkat Dasar, empat bab digolongkan mayor, lulus minimal 80%, dan sebelas bab minor lulus minimal 20% 2. Tingkat Madya, delapan bab digolongkan mayor lulus minimal 80%, tujuh bab minor lulus minimal 20% 3. Tingkat Utama, dua belas bab digolongkan mayor, lulus minimal 80%, tiga bab minor kelulusan minimal 20% 4. Tingkat Paripurna, seluruh bab (16 bab) digolongkan mayor, kelulusan minimal 80%	Sertifikat Kelulusan Akreditasi	Semua Bidang

2.1.2 Perjanjian Kinerja Tahun 2024

A. Perjanjian Kinerja Eselon II

Perjanjian Kinerja merupakan amanat Peraturan Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah. Perjanjian Kinerja pada dasarnya adalah pernyataan komitmen penerima amanah dan kesepakatan antara penerima dan pemberi amanah untuk melaksanakan program/kegiatan yang disertai dengan indikator kinerja.

Penyusunan Perjanjian Kinerja Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru Tahun 2024 mengacu pada dokumen Rencana Strategis (Renstra) Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru Tahun 2021-2026, dokumen Rencana Kerja (Renja) Tahun 2024 dan dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) Tahun 2024. Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru telah menetapkan Perjanjian Kinerja Tahun 2024, dengan uraian sebagai berikut:

Tabel 2.2 Perjanjian Kinerja Eselon II Tahun 2024

NO.	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA	TARGET
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	Meningkatnya Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan di Rumah Sakit	1. Jenis Pelayanan Kesehatan Perorangan di Rumah Sakit	22 Jenis
		2. IKM (Indeks Kepuasan Masyarakat)	84,00 (Baik)
		3. Pencapaian Akreditasi Rumah Sakit	Tingkat 5 (Paripurna)

BAB III

AKUNTABILITAS KINERJA

3.1 CAPAIAN KINERJA ESELON II

Pengukuran capaian kinerja adalah proses sistematis dan berkesinambungan untuk menilai keberhasilan dan kegagalan pelaksanaan kegiatan sesuai dengan program, kebijakan, sasaran dan tujuan yang telah ditetapkan dalam mewujudkan visi, misi dan strategi instansi pemerintah Kota Banjarbaru. Pelaporan disusun dengan melakukan pendekatan terhadap indikator kinerja baik secara kualitatif maupun secara kuantitatif yang diharapkan dapat memberikan gambaran mengenai tingkat pencapaian tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan. Untuk melaksanakan penilaian capaian kinerja Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru tahun 2024 telah ditetapkan penilaian skala ordinal sebagai parameter keberhasilan atau kegagalan dari pelaksanaan kebijakan teknis, program dan kegiatan. Pada tahun 2024 Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru terdapat satu sasaran strategis dan 3 (tiga) indikator kinerja yang telah diperjanjikan

Tabel 3.1 Capaian Kinerja Eselon II Tahun 2024

SASARAN STRATEGIS	INDIKATAOR KINERJA UTAMA	TARGET 2024	REALISASI 2024	CAPAIAN KINERJA	PENANGGUNG JAWAB
1	2	3	4	5	6
Meningkatnya Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan di Rumah Sakit	Jenis Pelayanan Kesehatan Perorangan di Rumah Sakit	22 Jenis	21 Jenis	100%	Bid. Pelayanan
	Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)	Baik (84)	Sangat Baik (89,54)	106,60%	Bid. Pelayanan
	Pencapaian Akreditasi Rumah Sakit	Tingkat 5 (Paripurna)	Tingkat 5 (Paripurna)	100%	Bid. Pelayanan

A. Jenis Pelayanan Kesehatan Perorangan di Rumah Sakit

3.1.1 Perbandingan Target dan Realisasi Kinerja Tahun 2024

Tabel 3.2 Realisasi Jenis Pelayanan Kesehatan Perorangan tahun 2024

SASARAN STRATEGIS	INDIKATAOR KINERJA UTAMA	TARGET 2024	REALISASI 2024	CAPAIAN KINERJA
1	2	3	4	5
Meningkatnya Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan di Rumah Sakit	Jenis Pelayanan Kesehatan Perorangan di Rumah Sakit	22 Jenis	21 Jenis	100%

Dari Tabel diatas Jenis Pelayanan Kesehatan Perorangan di Rumah Sakit yang berpedoman pada Peraturan Walikota Nomor 79 Tahun 2017 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru dengan menetapkan 23 jenis layanan di Rumah Sakit Idaman Kota Banjarbaru. Pada tahun 2023 Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru mentargetkan sebanyak 22 jenis layanan yang ada di Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru sehingga capaian 100% karena sudah terealisasi 22 jenis pelayan. Untuk tahun 2024 yang diperjanjikan 22 jenis layanan, namun sesuai dengan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang standar pelayanan minimal Rumah Sakit ada 21 jenis pelayanan. Sehingga Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru mengacu ke Peraturan tersebut dengan uraian sebagai berikut:

1. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD)

Pelayanan yang menyediakan penanganan awal bagi pasien yang menderita sakit dan cedera, yang dapat mengancam kelangsungan hidupnya. Dalam pengukurannya terdapat indikator yaitu:

Tabel 3.3 Pengukuran Instalasi Gawat Darurat

JUDUL INDIKATOR	TARGET	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGT	SEP	OKT	NOV	DES
1. Kemampuan menangani life saving di gawat darurat	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
2. Jam buka pelayanan gawat darurat	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam
3. Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
5. Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat	≤ 5 Menit	2 Menit	2 Menit	2 Menit	2 Menit	2 Menit	2 Menit	2 Menit	2 Menit	2 Menit	2 Menit	2 Menit	2 Menit
6. Kepuasan pelanggan pada gawat darurat	≥ 70 %	91,92 %	90,98 %	95,88 %	94,57 %	96,19 %	95,27 %	95,60 %	95,08 %	97,56 %	97,75 %	97,60 %	97,50 %
7. Kematian Pasien ≤ 24 jam di gawat darurat	≤ 2 %	2,88 %	4,88 %	2,83 %	1,67 %	3,46 %	4,50 %	2,37 %	3,15 %	3,12 %	2,22 %	4,55 %	1,65 %
8. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

a. Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat

Analisis:

Persentase angka kematian pasien masih belum mencapai standar dikarenakan kondisi pasien yang datang ke IGD sebagian besar sudah kritis dan masuk kategori triage P1.

Rencana Tindak Lanjut:

Meningkatkan kinerja khususnya pada pasien kritis seperti rutin diskusi dan mengevaluasi kinerja serta mengikuti pelatihan kegawatdaruratan

2. Pelayanan Instalasi Rawat Jalan (IRJA)

Merupakan salah satu instalasi di rumah sakit yang memberikan pelayanan rawat jalan kepada pasien, sesuai dengan spesialisasi yang dibutuhkannya, Pelayanan tersebut meliputi pemeriksaan, pengobatan dan tindakan medis sesuai dengan kondisi pasien dan jenis penyakit yang dialaminya. Dalam pengukurannya terdapat indikator yaitu:

Tabel 3.4 Pengukuran Instalasi Rawat Jalan (IRJA)

JUDUL INDIKATOR	TARGET	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGT	SEP	OKT	NOV	DES
1. Pemberi pelayanan di klinik spesialis	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
3. Buka Pelayanan Sesuai Ketentuan	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
4. Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 60 Menit	23,39 Menit	27,03 Menit	27,05 Menit	26,47 Menit	28,9 Menit	28,21 Menit	24,63 Menit	22,28 Menit	24,44 Menit	19,94 Menit	23,02 Menit	24,07 Menit
5. Kepuasan pelanggan pada rawat jalan	≥ 90 %	85,13 %	87,63 %	93,76 %	93,60 %	93,04 %	92,58 %	90,82 %	92,76 %	92,04 %	93,22 %	91,73 %	92,64 %
6. Pasien rawat jalan Tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
7. Keluarga berencana mantap	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
8. Penegakan Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	≥ 60 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

3. Pelayanan Instalasi Rawat Inap (IRNA)

Pelayanan kesehatan perorangan, yang meliputi observasi, diagnosa, pengobatan, keperawatan, rehabilitasi medik, dengan menginap di ruang rawat inap pada sarana kesehatan rumah sakit dimana dengan alasan medik penderita harus menginap. Dalam pengukurannya terdapat indikator:

Tabel 3.5 Pengukuran Instalasi Rawat Inap (IRNA)

JUDUL INDIKATOR	TARGET	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGT	SEP	OKT	NOV	DES
1. Pemberi pelayanan rawat inap	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
2. Dokter penanggung jawab	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
3. Ketersediaan pelayanan rawat inap	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
4. Jam visite dokter spesialis	100 %	90,03 %	88,45 %	86,90 %	88,77 %	96,03 %	95,87 %	94,01 %	94,47 %	94,39 %	93,80 %	92,74 %	92,13 %
5. Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
6. Angka kejadian infeksi nosokomial	≤ 1,5 %	0,81 %	0,45 %	0,27 %	0,24 %	0,19 %	1,06 %	0,99 %	0,48 %	0,82 %	0,48 %	1,44 %	0,48 %
7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecatatan/kematian	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	10 %	100 %	100 %	100 %	100 %
8. Kematian Pasien > 48 Jam	≤ 25 Permil	4,67 %	4,01 %	4,91 %	10,61 %	4,55 %	4,21 %	6,66 %	4,78 %	5,93 %	5,52 %	5,60 %	4,10 %
9. Kejadian pulang paksa	≤ 5 %	0,87 %	1,33 %	1,04 %	0,96 %	0,87 %	1,41 %	0,31 %	0,58 %	0,74 %	0,48 %	0,64 %	0,68 %
10. Kepuasan pelanggan rawat inap	≥ 90 %	92,51 %	93,84 %	93,88 %	93,21 %	95,67 %	96,65 %	96,74 %	98,19 %	97,79 %	96,53 %	96,27 %	96,39 %
11. Pasien Rawat Inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

a. Jam Visite Dokter Spesialis

Analisis:

- Kepatuhan visite DPJP belum tercapai 100% dikarenakan dokter selain visite di rawat inap juga pelayanan di poli.
- Pengumpulan data masih tidak sesuai antara per nama dokter dengan total hasil per bulan di indikator jam visite masih tidak sesuai data hitungan per nama dokter dengan pengisian pada aplikasi sim mutu di indikator jam visite dokter.

Rencana Tindak Lanjut:

- Evaluasi dilakukan setiap bulan untuk pengumpulan data penilaian indikator.
- Berkoordinasi dengan bidang pelayanan terkait dokter yang visite di luar jam standar indikator.

4. Pelayanan Instalasi Bedah Sentral (IBS)

Pelayanan kepada pasien yang memerlukan tindakan bedah/ operasi, baik untuk kasus-kasus bedah terencana (elektif) maupun untuk kasus-kasus bedah darurat (emergency). Dalam pengukurannya terdapat indikator:

Tabel 3.6 Pengukuran Instalasi Rawat Inap (IRNA)

JUDUL INDIKATOR	TARGET	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGT	SEP	OKT	NOV	DES
1. Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 Hari	1 Hari	1 Hari	1 Hari	1 Hari	1 Hari	1 Hari	1 Hari	1 Hari	1 Hari	1 Hari	1 Hari	1 Hari
2. Kejadian kematian dimeja operasi	≤ 1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
6. Tidak adanya kejadian tertinggal benda asing pada tubuh pasien setelah operasi	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
7. Komplikasi anastesi karena over dosis, reaksi anastesi dan salah penempatan endotracheal tube	≤ 6 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0,71 %	0 %	0 %	0 %	0,41 %

Analisis:

- Berdasarkan tabel diatas, semua indikator mutu di Instalasi Bedah Sentral sudah mencapai target yang diharapkan.

Rencana Tindak Lanjut:

- Mempertahankan capaian.

5. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi

Pelayanan Persalinan adalah pelayanan kesehatan yang diberikan bagi ibu dan bayi baru lahir dalam kurun Waktu 6 jam sampai 42 hari setelah melahirkan, sedangkan Perinatologi adalah pelayanan pasien pada Bayi baru Lahir (usia 0-28 hari) baik dengan kondisi sehat (Observasi Pasca Persalinan Sectio Cesaria ataupun Persalinan Spontan) maupun kondisi tidak sehat (bayi BBLR dan Asfiksia ringan-sedang dengan alat Bantu Nafas CPAP dan oksigen). Dalam pengukurannya terdapat indikator:

Tabel 3.7 Pengukuran Pelayanan Persalinan dan Perinatologi

JUDUL INDIKATOR	TARGET	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGT	SEP	OKT	NOV	DES
1. Kejadian kematian ibu karena persalinan	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
2. Pemberi pelayanan persalinan normal	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Terse sedia	Terse sedia	Terse sedia	Terse sedia	Terse sedia	Terse sedia	Terse sedia	Terse sedia	Terse sedia	Terse sedia	Terse sedia	Terse sedia	Terse sedia
4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr - 2500 gr	100 %	92,8 6 %	70 %	94,1 2 %	100 %	84,6 2 %	92,8 6 %	100 %	100 %	95,2 4 %	100 %	100 %	100 %
6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	≤ 20 %	44,3 3 %	50,5 0 %	43,8 6 %	46,8 8 %	65,3 5 %	35,1 1 %	51,2 2 %	38,8 9 %	43,7 5 %	43,1 2 %	51,0 6 %	46,7 4 %
7. Keluarga berencana mantap	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
8. Kepuasan pelanggan persalinan	≥ 80 %	96,2 4 %	94,2 7 %	96,0 2 %	94,3 4 %	97,3 1 %	95,7 2 %	96,8 5 %	95,8 7 %	94,3 5 %	97,3 6 %	94,1 1 %	97,2 2 %

a. Pertolongan Persalinan Melalui Seksio Caesaria

Analisis:

- Oktober : Dari data bulan Oktober 2024 sebanyak 43,12% dimana angka tersebut melebihi dari target pertolongan persalinan melalui sectio caesaria ≤ 20% dikarenakan tindakan sectio caesaria yang dilakukan sudah sesuai komplikasi persalinan yang terjadi dan indikasi SC.
- November : Dari data bulan November 2024 sebanyak 51,06% dimana angka tersebut melebihi dari target pertolongan persalinan melalui sectio caesaria ≤ 20% dikarenakan tindakan sectio caesaria yang dilakukan sudah sesuai dengan komplikasi persalinan yang terjadi dan indikasi SC.
- Desember : Dari data bulan Desember 2024 sebanyak 46,74% dimana angka tersebut melebihi dari target pertolongan persalinan melalui sectio caesaria ≤ 20% dikarenakan tindakan sectio caesaria yang dilakukan sudah sesuai dengan komplikasi persalinan yang terjadi dan indikasi SC.

Rencana Tindak Lanjut:

- Tetap melaksanakan pertolongan persalinan sesuai dengan indikasi dan SPO.

6. Pelayanan Instalasi Rawat Inap Intensif (IRIN)

Pelayanan kepada pasien dalam kondisi kritis atau sakit berat, cedera dengan penyulit yang mengancam jiwa, yang membutuhkan tenaga terlatih dengan didukung oleh peralatan khusus. Dalam pengukurannya terdapat indikator:

Tabel 3.8 Pengukuran Instalasi Rawat Inap Intensif (IRIN)

JUDUL INDIKATOR	TARGET	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGT	SEP	OKT	NOV	DES
1. Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan Intensif dengan kasus yang sama <72 Jam	< 3 %	0 %	0 %	3,77 %	0 %	0 %	1,52 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1,35 %
2. Pemberi pelayanan Unit Intensif	100 %	88 %	92,59 %	88,89 %	88,89 %	92,46 %	92,31 %	92,31 %	92,31 %	92,31 %	92,31 %	92,31 %	92,31 %

a. Pemberi Pelayanan Unit Intensif

Analisis:

- Dari data bulan Oktober-Desember 2024, untuk perawat ICU yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ICU sebanyak 24 orang dari jumlah total perawat 26 orang, dengan demikian masih ada 2 orang perawat ICU yang belum memiliki sertifikat pelatihan ICU. Maka persentase capaiannya 92,31% dari target capaian adalah 100%. Dengan demikian target capaian masih dibawah standar.

Rencana Tindak Lanjut:

- Membuat usulan diklat bagi tenaga yang belum memiliki sertifikat ICU kepada Direktur atau Bidang Keperawatan (diklat RS).

7. Pelayanan Instalasi Radiologi

Memberikan layanan pemeriksaan rontgen dengan hasil pemeriksaan berupa foto/gambar/imaging yang dapat membantu dokter dalam merawat pasien dan menentukan diagnose pasien. Dalam pengukurannya terdapat indikator:

Tabel 3.9 Pengukuran Pelayanan Instalasi Radiologi

JUDUL INDIKATOR	TARGET	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGT	SEP	OKT	NOV	DES
1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 Jam	0,5 Jam	0,5 Jam	0,5 Jam	0,58 Jam	0,83 Jam	0,85 Jam	0,98 Jam	0,87 Jam	0,97 Jam	0,92 Jam	0,95 Jam	1,4 Jam
2. Pelaksana eksperti hasil pemeriksaan	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	≤ 2 %	1,21 %	1,07 %	1,31 %	1,19 %	1,56 %	1,01 %	1,15 %	1,47 %	1,60 %	0,82 %	1,35 %	1,12 %
4. Kepuasan pelanggan Radiologi	≥ 80 %	94,27 %	97,23 %	96,67 %	94,90 %	99,36 %	97,82 %	90,80 %	99,63 %	99,90 %	99,44 %	97,99 %	98,96 %

8. Pelayanan Pathologi Klinik

Merupakan pemeriksaan morfologis, mikroskopis, kimia, mikrobiologis, serologis, hematologis, imunologis, parasitologis, dan pemeriksaan laboratorium lainnya. Dalam pengukurannya terdapat indikator:

Tabel 3.10 Pengukuran Pelayanan Pathologi Klinik

JUDUL INDIKATOR	TARGET	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGT	SEP	OKT	NOV	DES
1. Waktu tunggu hasil pelayanan Laboratorium	≤ 140 Menit	118,8 Menit	117,6 Menit	118,8 Menit	105,4 Menit	127 Menit	130,4 Menit	138 Menit	136,8 Menit	135,6 Menit	135,6 Menit	100,4 Menit	128,8 Menit
2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan Laboratorium	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan Laboratorium	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
4. Kepuasan pelanggan Laboratorium	≥ 80 %	86,59 %	87,46 %	89,36 %	89,91 %	89,94 %	90,04 %	89,35 %	89,61 %	89,53 %	88,96 %	92,62 %	92,10 %

Analisis:

- Berdasarkan tabel diatas, semua indikator mutu di Instalasi Laboratorium pada triwulan 4 sudah mencapai target yang diharapkan.

Rencana Tindak Lanjut:

- Mempertahankan capaian.

9. Pelayanan Instalasi Rehabilitasi Medik

adalah pelayanan kesehatan terhadap gangguan fisik dan fungsi yang diakibatkan oleh keadaan kondisi sakit, penyakit, atau cedera melalui paduan intervensi medik, keterampilan fisik dan atau rehabilitatif untuk mencapai kemampuan fungsi yang optimal. Dalam pengukurannya terdapat indikator:

Tabel 3.11 Pengukuran Pelayanan Instalasi Rehabilitasi Medik

JUDUL INDIKATOR	TARGET	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGT	SEP	OKT	NOV	DES
1. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan	≤ 50 %	2,97 %			2,44 %			0,99 %			1,4 %		
2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
3. Kepuasan pelanggan rehabilitasi medik	≥ 80 %	92,28 %	94,46 %	93,04 %	92,39 %	93,59 %	96,96 %	95,20 %	96,03 %	95,44 %	96,74 %	97,10 %	94,79 %

Analisis :

- Berdasarkan table diatas, indikator mutu di Instalasi Rehabilitasi Medik sudah mencapai target yang diharapkan.

Rencana Tindak Lanjut : Mempertahankan capaian

10. Pelayanan Instalasi Farmasi

Melayani permintaan obat melalui resep dokter bagi pasien rawat jalan, IGD maupun rawat inap. Pelayanan farmasi juga mencakup proses pemilihan, perencanaan, pengadaan, produksi, penerimaan, penyimpanan, pendistribusian, pengendalian mutu dan farmasi klinis. Dalam pengukurannya terdapat indikator:

Tabel 1.12 Pengukuran Pelayanan Instalasi Farmasi

JUDUL INDIKATOR	TARGET	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGT	SEP	OKT	NOV	DES
1. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	99,99 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
2. Penulisan resep sesuai formularium	100 %	99,45 %	99,72 %	99,48 %	99,79 %	99,52 %	99,48 %	99,62 %	99,43 %	99,25 %	98,11 %	97,74 %	99,24 %
3. Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 Menit	28,01 Menit	29,81 Menit	27,80 Menit	30,39 Menit	34,69 Menit	45,9 Menit	37,17 Menit	37,29 Menit	43,55 Menit	52,47 Menit	57,07 Menit	63,88 Menit
4. Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 Menit	46,57 Menit	48,32 Menit	40,79 Menit	46,42 Menit	53,07 Menit	66,56 Menit	54,71 Menit	56,92 Menit	60,15 Menit	69,93 Menit	62,37 Menit	72,54 Menit
5. Kepuasan pelanggan Farmasi	≥ 80 %	88,73 %	89,51 %	90,67 %	92,16 %	90,62 %	89,15 %	91,61 %	92,58 %	93,15 %	91,72 %	94,06 %	87,50 %

a. Penulisan Resep Sesuai Formularium

Analisis:

- Pada bulan Oktober-Desember, ada revisi Formularium RS dan ada beberapa obat yang dikeluarkan.

Rencana Tindak Lanjut:

- Sosialisasi Formularium RS revisi.

b. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi

Analisis:

- Pada bulan Oktober-Desember, antrian pasien menumpuk di jam 11.00- 13.00 wita.

Rencana Tindak Lanjut:

- Menggunakan aplikasi e-resep.

c. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan

Analisis:

- Pada bulan Oktober-November, antrian pasien menumpuk di jam 11.00 - 13.00 wita.

Rencana Tindak Lanjut:

- Menggunakan aplikasi e-resep.

11. Pelayanan Instalasi Gizi

Penyelenggaraan makanan di rumah sakit adalah suatu rangkaian mulai dari perencanaan sampai dengan pendistribusian makanan kepada pasien. Penyelenggaraan makanan di rumah sakit dilaksanakan dengan tujuan untuk menyediakan makanan yang kualitasnya baik, jumlah sesuai kebutuhan serta pelayanan yang baik, dan layak sehingga memadai bagi klien atau konsumen yang membutuhkan. Dalam pengukurannya terdapat indikator:

Tabel 1.13 Pengukuran Pelayanan Instalasi Gizi

JUDUL INDIKATOR	TARGET	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGT	SEP	OKT	NOV	DES
1. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
2. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
3. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20 %	4 %	6 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	12 %	14 %	14 %	16 %	16 %

Analisis:

- Berdasarkan tabel diatas, semua indikator mutu di Instalasi Gizi pada bulan Oktober-Desember sudah mencapai target yang diharapkan.

Rencana Tindak Lanjut:

- Mempertahankan capaian

12. Pelayanan Instalasi Unit Transfusi Darah (UTDRS)

Pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan donor darah, penyediaan darah dan pendistribusian darah. Dalam pengukurannya terdapat indikator:

Tabel 3.14 Pengukuran Pelayanan Instalasi Unit Transfusi Darah (UTDRS)

JUDUL INDIKATOR	TARGET	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGT	SEP	OKT	NOV	DES
1. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100 %	100 %	100 %	100 %	99,03 %	98,77 %	98,04 %	98,76 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
2. Kejadian reaksi transfusi	≤ 1 %	0,23 %	0,26 %	0,29 %	0,24 %	0,35 %	0,27 %	0,54 %	0,23 %	0,29 %	0,60 %	0,32 %	0,24 %

Analisis:

- Berdasarkan tabel diatas, semua indikator mutu di Instalasi Transfusi Darah pada bulan Oktober-Desember sudah mencapai target yang diharapkan.

Rencana Tindak Lanjut:

- Mempertahankan capaian.

13. Pelayanan Pasien Keluarga Miskin

Pelayanan yang ditujukan khusus bagi masyarakat tidak mampu/keluarga miskin (gakin) untuk mendapatkan sarana pelayanan kesehatan di RS Daerah Idaman Banjarbaru. Dalam pengukurannya terdapat indikator:

Tabel 3.15 Pengukuran Pelayanan Pasien Keluarga Miskin

JUDUL INDIKATOR	TARGET	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGT	SEP	OKT	NOV	DES
1. Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Analisis:

- Berdasarkan tabel diatas, indikator mutu di Pelayanan Pasien Keluarga Miskin sudah mencapai target yang diharapkan.

Rencana Tindak Lanjut: Mempertahankan capaian.

14. Pelayanan Instalasi Rekam Medik

Layanan mulai pendaftaran pasien rawat jalan, pencarian berkas rekam medis, pendistribusian berkas rekam medis ke poli hingga penyimpanan kembali berkas. Untuk pasien BPJS, pembuatan SEP juga dilakukan di instalasi Rekam Medik. Dalam pengukurannya terdapat indikator:

Tabel 3.16 Pengukuran Pelayanan Instalasi Rekam Medik

JUDUL INDIKATOR	TARGET	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGT	SEP	OKT	NOV	DES
1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100 %	51,13 %	49,09 %	51,49 %	51,36 %	48,83 %	54,95 %	55,77 %	51,61 %	50,04 %	56,34 %	50,88 %	50,55 %
2. Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100 %	46,64 %	67,23 %	70,09 %	55,94 %	92,12 %	41,67 %	84,98 %	67,76 %	59,45 %	62,73 %	55,91 %	63 %
3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 Menit	3,6 Menit	3,8 Menit	3,2 Menit	2,6 Menit	-	-	-	-	-	-	-	-
4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 Menit	4,22 Menit	5,55 Menit	5,06 Menit	5,06 Menit	5,23 Menit	6,88 Menit	6,4 Menit	6,22 Menit	5,86 Menit	6,64 Menit	8,77 Menit	5,3 Menit

a. Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan

Analisis:

Indikator kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan bulan Oktober-Desember belum mencapai target dikarenakan:

- Kurangnya Kepatuhan Tenaga Kesehatan: Tidak semua tenaga medis disiplin mengisi dokumen rekam medis tepat waktu.
- Beban Kerja Tinggi: Jumlah pasien yang tinggi dapat mengakibatkan keterlambatan pengisian rekam medis.
- Kurangnya Pelatihan: Beberapa tenaga kesehatan mungkin kurang memahami pentingnya dokumen rekam medis.
- Pengisian : Pengisian Dokumen Rekam Medis ada di manual dan elektronik sehingga menambah beban kerja petugas.

Dampak Ketidaklengkapan:

- Legal: Dokumen yang tidak lengkap dapat menjadi potensi masalah hukum jika terjadi sengketa medis.
- Pelayanan Pasien: Informasi yang tidak lengkap dapat mengganggu kesinambungan pelayanan pasien, terutama jika pasien kembali untuk kontrol atau rujukan.
- Akreditasi Rumah Sakit: Ketidaklengkapan rekam medis dapat memengaruhi nilai akreditasi rumah sakit.
- Keuangan: Klaim BPJS atau asuransi lain dapat ditolak jika dokumen tidak lengkap.Reputasi: Kepercayaan masyarakat terhadap fasilitas kesehatan dapat menurun.
- Menyusun dan mensosialisasikan SOP yang jelas mengenai batas waktu pengisian rekam medis.

Rencana Tindak Lanjut:

- Melakukan audit rekam medis secara berkala untuk mengidentifikasi unit atau individu dengan tingkat kepatuhan rendah
- Mensosialisasikan SPO tentang batas waktu pengisian Rekam Medis
- Memberikan pelatihan kepada tenaga kesehatan tentang pentingnya kelengkapan rekam medis dan dampaknya terhadap pasien dan institusi.
- Menetapkan salah satu pilihan pencatatan Rekam medis yang akan di gunakan manual atau RME
- Memberikan sanksi administratif sesuai dengan regulasi jika terjadi pelanggaran pengisian rekam medis.

b. Kelengkapan Informed Consent Setelah Mendapatkan Informasi yang Jelas

Analisis:

Indikator kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas bulan Oktober-Desember belum mencapai target dikarenakan :

- Kurangnya pemahaman tentang pentingnya informed consent sebagai dokumen hukum.
- Waktu yang terbatas untuk memberikan penjelasan kepada pasien atau keluarga.
- Ketidaktertiban dalam administrasi dan dokumentasi.
- Petugas tidak memastikan bahwa semua bagian dokumen diisi dengan benar sebelum ditandatangani.
- Kurangnya pemahaman atau kebingungan Pasien/keluarga pasien atas informasi yang diberikan.
- Pasien/keluarga pasien Tidak merasa perlu membaca atau melengkapi dokumen secara detail.
- Kondisi psikologis (stres, cemas) pasien/keluarga pasien yang memengaruhi kemampuan untuk memahami dan melengkapi dokumen.

Dampak Ketidaklengkapan:

- Aspek Hukum: Ketidaklengkapan dapat menyebabkan konflik hukum jika terjadi sengketa medis. Dokumen informed consent yang tidak lengkap dianggap tidak sah secara hukum.
- Aspek Etika: Melanggar prinsip otonomi pasien karena pasien tidak diberi kesempatan untuk memberikan persetujuan yang benar-benar berdasarkan informasi yang jelas.
- Aspek Administrasi: Menghambat kelancaran proses administrasi di rumah sakit, termasuk saat audit medis.
- Aspek Kepercayaan: Mengurangi tingkat kepercayaan pasien terhadap fasilitas pelayanan kesehatan.

Rencana Tindak Lanjut:

- Melakukan audit rutin terhadap kelengkapan informed consent.
- Memberikan sanksi atau teguran kepada petugas yang lalai, disertai program pembinaan.
- Memberikan sosialisasi berkala tentang prosedur informed consent dan pentingnya pengisian yang lengkap.
- Menyusun panduan langkah-langkah pengisian yang jelas bagi tenaga medis.
- Jika memungkinkan, gunakan media visual atau alat bantu untuk menjelaskan prosedur
- Mengintegrasikan pengisian informed consent ke dalam sistem Rekam Medis Elektronik (RME) untuk meminimalkan kesalahan manual.

c. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan

- Data pada setelah bulan April tidak ada (-) dikarenakan rawat jalan sudah menggunakan elektronik rekam medik sehingga indikator ini tidak bisa diukur.

15. Pelayanan Pengelolaan Limbah

Pengelolaan sampah RS dapat sesuai dengan aturan yang berlaku, Melindungi pasien, petugas kesehatan, pengunjung dan masyarakat sekitar rumah sakit dari penyebaran infeksi dan cedera, Membuang bahan-bahan berbahaya (sitotoksik, radioaktif, gas, limbah infeksius, limbah kimiawi dan farmasi) dengan aman, Mencegah pencemaran lingkungan di sekitar. Dalam pengukurannya terdapat 5 indikator:

Tabel 3.18 Pengukuran Pelayanan Pengelolaan Limbah

JUDUL INDIKATOR	TARGET	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGT	SEP	OKT	NOV	DES
1. Baku mutu limbah cair	100 %	92,59 %	96,30 %	92 %	100 %	96,30 %	96,30 %	92,59 %	96,30 %	96,30 %	100 %	100 %	100%
2. Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

a. Baku Mutu Limbah Cair

- Indikator baku mutu limbah cair pada bulan Desember 2024 belum terbit dari Balai Teknik Kesehatan Lingkungan (BTKL)

16. Pelayanan Administrasi Manajemen

Melaksanakan administrasi umum dan keuangan yang di ukur dalam indicator yang meliputi :

Tabel 3.19 Pengukuran Pelayanan Administrasi Manajemen

JUDUL INDIKATOR	TARGET	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGT	SEP	OKT	NOV	DES
1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100 %	100 %											
3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100 %	100 %											
4. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala	100 %	100 %											
5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun	≥ 60 %	60,44 %											
6. Cost recovery	≥ 40 %	129,86 %	160,12 %	81,89 %	90,69 %	104,28 %	26,43 %	170,87 %	100,74 %	99,34 %	90,58 %	10,78 %	128,57 %
7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 120 Menit	22,53 Menit	22,40 Menit	22,13 Menit	22,13 Menit	21,87 Menit	22 Menit	21,87 Menit	22,13 Menit	21,87 Menit	20,53 Menit	21,73 Menit	21,47 Menit
9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

a. Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Tingkat Direksi

- Indikator tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi pada bulan Oktober 0% dikarenakan pada bulan tersebut tidak ada rapat.

b. *Cost Recovery*

Analisis:

- Indikator *cost recovery* pada bulan November tidak mencapai target dikarenakan pembayaran klaim BPJS dibayar dibulan berikutnya.

Rencana Tindak Lanjut:

- Melakukan pengajuan klaim BPJS tepat waktu, sehingga pembayarannya lebih cepat.

17. Pelayanan Ambulance

Merupakan pelayanan transportasi pasien rujukan dengan kondisi tertentu antar fasilitas Kesehatan yang disertai dengan upaya atau kegiatan untuk menjaga kestabilan kondisi pasien untuk kepentingan keselamatan pasien. Dalam pengukurannya terdapat indikator:

Tabel 3.20 Pengukuran Pelayanan Ambulance

JUDUL INDIKATOR	TARGET	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGT	SEP	OKT	NOV	DES
1. Waktu pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam
2. Kecepatan memberikan pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah di Rumah Sakit	≤ 30 Menit	29,6 Menit	29,55 Menit	30 Menit	28,27 Menit	30 Menit	29 Menit	30 Menit	28 Menit	29 Menit	29 Menit	30 Menit	30 Menit
3. Response Time pelayanan Ambulance kepada masyarakat yang membutuhkan	≤ 30 Menit	30 Menit	30 Menit	29 Menit	30 Menit	29,41 Menit	28,5 Menit	29,29 Menit	30 Menit	29,29 Menit	30 Menit	29 Menit	28 Menit

Analisis:

- Berdasarkan tabel diatas, indikator mutu di Pelayanan Ambulance sudah mencapai target yang diharapkan.

Rencana Tindak Lanjut: Mempertahankan capaian.

18. Pelayanan Unit Perawatan Jenazah

Pelayanan perawatan jenazah sehingga jenazah layak dan aman untuk dibawa keluarga. Dalam pengukurannya terdapat indikator:

Tabel 3.21 Pengukuran Pelayanan Unit Perawatan Jenazah

JUDUL INDIKATOR	TARGET	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGT	SEP	OKT	NOV	DES
1. Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah	120 Menit	20,15 Menit	20,56 Menit	7 Menit	25,67 Menit	23,78 Menit	8,33 Menit	1 Menit	39,88 Menit	26,79 Menit	21,93 Menit	20,92 Menit	32,40 Menit

Analisis:

- Berdasarkan tabel diatas, indikator mutu di Instalasi Pemulasaraan Jenazah sudah mencapai target yang diharapkan.

Rencana Tindak Lanjut:

- Mempertahankan capaian.

19. Pelayanan Laundry

Berperan dalam pengelolaan linen di Rumah Sakit, adapun kegiatan di Instalasi Laundry dimulai dari: Perencanaan kebutuhan linen, Pencucian linen, pengeringan linen dan penyetrikaan linen, Penyimpanan linen, Pendistribusian linen, Inventarisasi linen dan Pengendalian mutu pelayanan linen. Dalam pengukurannya terdapat indikator:

Tabel 3.22 Pengukuran Pelayanan Laundry

JUDUL INDIKATOR	TARGET	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGT	SEP	OKT	NOV	DES
1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100 %	98,19 %	98,19 %	88,72 %	88,72 %	88,72 %	88,72 %	88,72 %	88,72 %	85,77 %	85,77 %	85,77 %	85,77 %
2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

a. Tidak Adanya Kejadian Linen yang Hilang**Analisis:**

- Dari penyajian data laporan Indikator Mutu Tidak Adanya Kejadian Linen Yang Hilang bulan Oktober-Desember 2024, tampak bahwa terdapat linen hilang sehingga persentase tidak 100% / hanya 86% hal tersebut dapat terjadi karena pada saat dilakukan pengecekan kembali dan dibandingkan dengan keseluruhan linen hasil yang didapatkan menurun, kemungkinan terjadinya penurunan persentase dikarenakan linen terbawa pasien, terbawa pada saat membungkus mayit di ambulan, selain itu juga banyak linen yang sudah aus dan tidak dapat digunakan lagi (sobek/kain yang japuk) sehingga diperlukan pergantian selain itu untuk kejadian linen di ruangan tidak bisa ditanggulangi oleh inst. cssd, linen dan laundry secara mandiri, karena diperlukan kerjasama dari ruangan dalam melakukan pengawasan terhadap pasien.

Rencana Tindak Lanjut:

- Melakukan sosialisasi dan monitoring secara rutin untuk mengingatkan ruangan agar kejadian linen hilang dapat diminimalisir dan melakukan pengamprahan linen yang aus pada pihak logistik.

20. Pelayanan Instalasi Pemeliharaan Sarana

Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit yang meliputi: Instalasi listrik, instalasi air, jaringan komunikasi, peralatan elektronika, peralatan laundry, peralatan dapur, peralatan kedokteran, peralatan kesehatan, sertifikasi dan kalibrasi sarana Rumah Sakit. Dalam pengukurannya terdapat indikator:

Tabel Pengukuran 3.23 Pelayanan Instalasi Pemeliharaan Sarana

JUDUL INDIKATOR	TARGET	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGT	SEP	OKT	NOV	DES
1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≥ 80 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
3. Peralatan laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100 %	100 %											

Analisis:

- Berdasarkan tabel diatas, semua indikator mutu di Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit sudah mencapai target yang diharapkan.

Rencana Tindak Lanjut: Mempertahankan capaian

21. Pelayanan Komite PPI

Pelayanan kesehatan dalam upaya untuk meminimalkan atau mencegah terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung dan masyarakat sekitar rumah sakit. Dalam pengukurannya terdapat indikator:

Tabel 3.24 Pengukuran Pelayanan Instalasi Komite PPI

JUDUL INDIKATOR	TARGET	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGT	SEP	OKT	NOV	DES
1. Tersedianya anggota Tim PPI yang terpilih	75 %	88,89 %	91,11 %	91,11 %	91,11 %	91,11 %	88,89 %	88,89 %	86,89 %	86,89 %	78,57 %	76,92 %	76,92 %
2. Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)	75 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	95,45 %	95,45 %	90,91 %	95,45 %	95,24 %	100 %	100 %
3. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit	75 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Analisis:

- Berdasarkan tabel diatas, semua indikator mutu di Komite Pencegahan Pengendalian Infeksi (PPI) pada triwulan IV 2024 sudah mencapai target yang diharapkan.

Rencana Tindak Lanjut: Mempertahankan capaian

3.1.2 Perbandingan Realisasi dan Capaian Kinerja Tahun ini dengan 2 Tahun Terakhir

Tabel 3.25 Perbandingan Realisasi Kinerja Tahun 2024, 2023, dan 2022

No	Indikator Kinerja	Realisasi Kinerja 2 tahun sebelumnya		Uraian Kinerja Tahun 2024		
		Realisasi Tahun 2022	Realisasi Tahun 2023	Target	Realisasi	% Capaian
1	Jenis Pelayanan Kesehatan Perorangan di Rumah Sakit	22 Jenis	22 Jenis	22 Jenis	21 Jenis	100%

Berdasarkan tabel diatas bahwa realisasi 2 (dua) tahun sebelumnya nilainya 22 jenis layanan tapi pada tahun 2024 realisasi sebanyak 21 jenis layanan, meskipun sebenarnya realisasi 22 jenis layanan. Namun apabila dibandingkan dengan Standar Pelayanan Minimal yang tertuang dalam Peraturan Walikota nomor 79 Tahun 2017 yang sebesar 21 Jenis layanan maka capaian kinerja tahun 2024 sebesar 100%.

3.1.3 Perbandingan Realisasi Kinerja tahun 2024 dengan Target RPJMD/Renstra dan Nasional

Tabel 3.24 Perbandingan Realisasi Tahun 2024 dengan RPJMD/Renstra, dan Nasional

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Realisasi 2024	Target Renstra	Target Nasional
Meningkatnya Pemenuhan Upaya Kesehatan	Jenis Pelayanan Kesehatan Perorangan di Rumah Sakit	21 Jenis	22 Jenis	Tidak ada

Bila dilihat dari tabel diatas bahwa realisasi kinerja indikator jenis pelayanan kesehatan perorangan di rumah sakit tahun 2024 realisasinya 21 jenis layanan karena menyesuaikan dengan peraturan yang berlaku bila dibandingkan dengan target Renstra tahun 2021-2026 sebesar 22 jenis layanan dan terealisasi 100%. Sedangkan perbandingan realisasi kinerja tahun 2024 antara Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru dengan target Nasional tidak ada perbandingan.

3.1.4 Perbandingan Capaian Kinerja dengan Kinerja Kabupaten/Kota/Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2024

Tabel 3.27 Perbandingan Kinerja dengan Kinerja Kabupaten/Kota/Provinsi Kalimantan Selatan

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	RSD Idaman	RSUD RAZA (MTP)	RSUD H. Boejasin Tanah Laut	RSUD ULIN	RSUD ANSAL
Meningkatnya Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan di Rumah Sakit	Jenis Pelayanan Kesehatan Perorangan di Rumah Sakit	21 jenis	26 Jenis	14 Jenis	29 Jenis	19 Jenis

Untuk perbandingan realisasi indikator kinerja Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru tahun 2024 dengan Kinerja Rumah Sakit di Kabupaten Banjar dengan 26 jenis layanan dan RSUD H. Boejasin Kabupaten Tanah laut dengan 14 jenis layanan. Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2024 dengan mengambil perbandingan capaian indikator pada RSUD Ulin Banjarmasin sebanyak 29 jenis pelayanan dan RSUD H. Muhammad Ansari Saleh Banjarmasin sebanyak 19 jenis layanan.

3.1.5 Analisis Penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja serta alternatif solusi yang telah dilakukan.

1. Penyebab Keberhasilan Kinerja

Pada nilai realisasi Jenis Pelayanan Kesehatan Perorangan di Rumah Sakit sebesar 21 jenis pelayanan, sesuai dengan Peraturan Walikota Nomor 79 Tahun 2017 standar pelayanan untuk Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru sebanyak 23 jenis layanan, namun realisasi sampai dengan tahun 2024 sebanyak 21 jenis layanan. Namun demikian masih terdapat indikator-indikator yang belum terealisasi 100% di tahun 2024.

Pada kegiatan ini juga sama sasarannya adalah penambahan alat kedokteran yang dibutuhkan dengan tujuan untuk melengkapi sarana dan prasarana pelayanan serta lebih banyak menambah pelayanan-pelayanan baru, maka peralatan yang dibutuhkan juga bertambah sehingga diharapkan Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru betul-betul menjadi rumah sakit rujukan yang lengkap tanpa harus merujuk lagi ke rumah sakit yang lebih lengkap fasilitasnya khususnya untuk masyarakat Banjarbaru beserta wilayah disekitarnya. Kegiatan lain yang menunjang tercapainya indikator yaitu Pemeliharaan Rutin Berkala Gedung Kantor yang berupa rehab ruang parkir, rehab ruang CSSD, rehab ruang rawat inap, pengecatan dan pemeliharaan gedung tempat kerja yang dibiayai dari sumber dana BLUD dengan anggaran

sebesar Rp. 2.644.607.660,00 dengan realisasi sebesar Rp. 2.638.469.450,00 (99,77%). Salah satu kendala yang dihadapi Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru pada saat pelaksanaan kegiatan tersebut di akhir tahun dilaksanakan tergesa-gesa supaya selesai pengerjaannya.

Rencana tindak lanjut yang sudah dilaksanakan untuk mencapai indikator-indikator yang belum terealisasi 100% dalam Standar Pelayanan Minimal sebagai berikut:

- a) Meningkatkan kinerja khususnya pada pasien kritis seperti rutin diskusi dan mengevaluasi kinerja serta mengikuti pelatihan kegawatdaruratan.
- b) Evaluasi dilakukan setiap bulan untuk pengumpulan data penilaian indikator.
- c) Berkoordinasi dengan bidang pelayanan terkait dokter yang visite di luar jam standar indikator.
- d) Tetap melaksanakan pertolongan persalinan sesuai dengan indikasi dan SPO
- e) Rapat Indikator Nasional Mutu RS (Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi dan Penundaan Operasi Elektif dengan tujuan:
 1. Meningkatkan pemahaman terhadap indikator mutu Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi dan Penundaan Operasi Elektif
 2. Membuat kesepakatan dan strategi terhadap pemenuhan indikator mutu Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi dan Penundaan Operasi Elektif
 3. Mengevaluasi indikator mutu Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi dan Penundaan Operasi Elektif.
- f) Membuat usulan diklat bagi tenaga yang belum memiliki sertifikat ICU kepada Direktur atau Bidang Keperawatan (diklat RS)
- g) Sosialisasi Formularium RS revisi.
- h) Menggunakan e-resep
- i) Melakukan audit rekam medis secara berkala untuk mengidentifikasi unit atau individu dengan tingkat kepatuhan rendah
- j) Mensosialisasikan SPO tentang batas waktu pengisian Rekam Medis
- k) Memberikan pelatihan kepada tenaga kesehatan tentang pentingnya kelengkapan rekam medis dan dampaknya terhadap pasien dan institusi.
- l) Menetapkan salah satu pilihan pencatatan Rekam medis yang akan di gunakan manual atau RME
- m) Memberikan sanksi administratif sesuai dengan regulasi jika terjadi pelanggaran pengisian rekam medis
- n) Melakukan audit rutin terhadap kelengkapan informed consent.
- o) Memberikan sanksi atau teguran kepada petugas yang lalai, disertai program pembinaan.
- p) Memberikan sosialisasi berkala tentang prosedur informed consent dan pentingnya pengisian yang lengkap.

- q) Menyusun panduan langkah-langkah pengisian yang jelas bagi tenaga medis.
- r) Jika memungkinkan, gunakan media visual atau alat bantu untuk menjelaskan prosedur
- s) Mengintegrasikan pengisian informed consent ke dalam sistem Rekam Medis Elektronik (RME) untuk meminimalkan kesalahan manual
- t) Melakukan sosialisasi dan monitoring secara rutin untuk mengingatkan ruangan agar kejadian linen hilang dapat diminimalisir dan melakukan pengamprahan linen yang aus pada pihak logistik
- u) Untuk melakukan monitoring dan evaluasi peningkatan mutu nasional pelayanan RS. Rapat Indikator Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Pasien Jatuh dan Kepatuhan Identifikasi Pasien dengan tujuan:
 1. Meningkatkan pemahaman terhadap indikator Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Pasien Jatuh dan Kepatuhan Identifikasi Pasien
 2. Membuat kesepakatan dan strategi terhadap pemenuhan indikator Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Pasien Jatuh dan Kepatuhan Identifikasi Pasien.
 3. Mengevaluasi indikator mutu Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Pasien Jatuh dan Kepatuhan Identifikasi Pasien.

3.1.6 Analisis Atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Efisiensi dalam penggunaan sumber daya yang ada di Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru tahun 2024 diarahkan pada optimalisasi sumber daya manusia yang ada untuk memaksimalkan pemberian layanan kesehatan bagi masyarakat. Selain itu, dalam mendukung upaya optimalisasi pemberian layanan kesehatan didukung dengan alokasi anggaran yang diperoleh dari pemerintah pusat, pemerintah daerah, maupun fleksibilitas pengelolaan anggaran Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru sebagai Badan Layanan Umum Daerah. Upaya pemberian layanan kesehatan digambarkan melalui penentuan target capaian kinerja yang kemudian dihitung angka realisasinya serta presentase capaian kinerja guna menggambarkan hasil kinerja dalam kurun waktu 1 (satu) tahun anggaran. Hasil dari efisiensi penggunaan sumber daya di Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru dibuktikan dengan capaian realisasi anggaran yang digunakan dalam upaya pemberian layanan kesehatan. Capaian kinerja digambarkan melalui realisasi anggaran yang mencapai angka 85,84% sehingga masuk dalam kategori skala penilaian kinerja baik.

3.1.7 Analisa Program/Kegiatan yang Menunjang Keberhasilan Pencapaian Kinerja

1. Program/kegiatan yang dijalankan mengarah pada sasaran strategis Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru sebagai perangkat daerah yang mengurus urusan bidang

kesehatan didasarkan pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Kota Banjarbaru. Beberapa program yang didalamnya berisi poin-poin kegiatan disusun dan dijalankan selaras dengan tujuan pemerintah daerah dalam menangani urusan kesehatan. Berkaitan dengan upaya pemberian layanan kesehatan, Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru sebagai salah satu unit layanan kesehatan berusaha memberikan pelayanan yang optimal yang dibuktikan dengan capaian kinerja melalui target indikator kinerja yang telah disusun. Capaian kinerja diukur melalui program/kegiatan yang telah diselesaikan dalam waktu 1 (satu) tahun. Semua program/kegiatan yang diusung merupakan program/kegiatan yang menunjang jalannya pelaksanaan kinerja Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru sebagai unit atau organisasi yang bergerak di bidang kesehatan. Program/kegiatan yang disusun memiliki potensi sebagai solusi dalam pemecahan masalah Kesehatan yang terjadi khususnya di Kota Banjarbaru.

Pada tahun 2024 ini terdapat beberapa program / kegiatan yang mempengaruhi terhadap keberhasilan kinerja rumah sakit, diantaranya:

Tabel 3.28 Program / Kegiatan yang Mempengaruhi Terhadap Capaian Indikator (efisiensi)

No	Program / Kegiatan/Sub Kegiatan	Anggaran 2024	Realisasi 2024	Saldo	%Capaian Keuangan
1	Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat	22.335.372.384	20.076.670.799	2.258.701.585	89,89
	Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Kewenangan Daerah Kabupaten/Kota (APBD)	22.335.372.384	20.076.670.799	2.258.701.585	89,89
	Pengadaan Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Pelayanan Kesehatan	5.331.661.000	5.109.360.773	222.300.227	95,83
	Pengembangan Fasilitas Kesehatan Lainnya	9.503.711.384	9.364.894.623	138.816.761	98,54
	Pengadaan Obat, Bahan Habis Pakai, Bahan Medis Habis Pakai, Vaksin, Makanan dan Minuman di Fasilitas Kesehatan	7.500.000.000	5.602.415.403	1.897.584.597	74,70
2	Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat (BLUD)	12,255,200,500	9,512,072,038	2,743,128,462	77,62

Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Rujukan Tingkat Daerah Kabupaten / Kota	5,128,107,660	4,478,168,088	649,939,572	87,33
Belanja Gedung dan Bangunan	3,200,000,000	1,204,715,943	1,995,284,057	37.65
Belanja Peralatan dan Mesin (Alkes)	5,507,000,500	4.772.954.648	734,045,852	86.67
Pemeliharaan Alkes	3,068,077,000	3,064,730,097	3,346,903	99.89
Pemeliharaan Gedung Kantor	480,123,000	469,671,350.00	10,451,650	97.82
TOTAL	34,590,572,884	29,588,742,837	5,001,830,047	85,54

2. Dari tabel diatas dapat dilihat program / kegiatan yang sangat mempengaruhi tercapainya / keberhasilan sasaran strategis pada indikator Jenis Pelayanan Kesehatan Perorangan di Rumah Sakit adalah Program Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat dengan kegiatan Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Kewenangan Daerah Kabupaten/Kota dengan anggaran sebesar Rp. 22.335.372.384,00 dengan reaslisasi Rp. 20.076.670.799 dan capaian 89,89%. Adapaun kegiatan yang kedua Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Rujukan Tingkat Daerah Kabupaten / Kota (BLUD)) dengan anggaran sebesar Rp. 12,255,200,500,00 dengan realisasi sebesar Rp. 9,512,072,038 (77,62%). Jadi total anggaran sebesar Rp. 34,590,572,884,00 dan realisasi sebesar Rp. 29,588,742,837,00 atau capaian 85,54%.
3. Berdasarkan hasil perhitungan nilai efisiensi penggunaan sumber daya yaitu persentase capaian kinerja dikurangi dengan persentase serapan/realisasi anggaran dengan rincian $100\% - 85,54\% = 14,46\%$. Sesuai hasil perhitungan tersebut efisiensi yang sudah dilakukan pada indikator Jenis Pelayanan Kesehatan Perorangan di Rumah Sakit sebesar 14,46% atau sebesar Rp. 5.001.830.047,00.

B. Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)

3.1.1 Realisasi Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) Tahun 2024

Untuk mengukur capaian kinerja yang dilaksanakan Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru menetapkan kategori pengukuran kinerja dengan melakukan survey di beberapa unit yang dilakukan 4 (empat) kali dalam setahun.

Tabel 3.29 Realisasi Kinerja Indeks Kepuasan Masyarakat Tahun 2024

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA	TARGET 2024	REALISASI 2024	CAPAIAN KINERJA
1	2	3	4	5
Meningkatnya Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan di Rumah Sakit	Indeks kepuasan masyarakat	84,00 (baik)	89,54 (sangat baik)	106,60

Realisasi Nilai Indeks Kepuasan Masyarakat tahun 2024 Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru sebesar 89,54 sedangkan target tahun 2024 sebesar 84,00 sehingga nilai capaiannya sebesar 106,60%. Dari data responden survei pasien yang mendapat pelayanan di Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru pada tahun 2023, hasil survei kepuasan masyarakat berdasarkan Nilai Persepsi Interval survey kepuasan masyarakat (IKM) sesuai dengan ketentuan PERMENPAN RB No. 14 tahun 2017.

Tabel 3.30 Nilai persepsi interval kepuasan masyarakat

Nilai persepsi	Nilai interval IKM	Nilai interval konversi IKM	Mutu pelayanan	Kinerja unit pelayanan
1	1,00 - 2,5996	25,00 – 64,99	D	Tidak Baik
2	2,60 - 3,064	65,00 - 76,60	C	Kurang Baik
3	3,0644 - 3,532	76,61 – 88,30	B	Baik
4	3,5234 – 4,00	88,31 – 100,00	A	Sangat Baik

Adapun ruang lingkup tahapan Survey Kepuasan Masyarakat di Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru dilaksanakan pada 12 (dua belas) instalasi yang meliputi:

1. Instalasi rawat Jalan
2. Instalasi Rawat Inap
3. Instalasi Gawat Darurat
4. Instalasi Laboratorium
5. Instalasi Rehabilitasi Medik
6. Instalasi Radiologi
7. Instalasi Farmasi
8. Instalasi Berdah Sentral
9. Instalasi Gizi
10. Instalasi Transfusi Darah
11. Instalasi Hemodialisa (HD)
12. Instalasi Care Unit (ICU)

Data yang dikumpulkan dalam kegiatan ini adalah data primer, yaitu data yang diperoleh langsung dari responden menggunakan kuesioner terstruktur dengan profil berdasarkan umur,

pendidikan, jenis kelamin dan pekerjaan dengan unsur pertanyaan meliputi unsur persyaratan, sistem-mekanisme-prosedur, waktu pelayanan, biaya/tarif, produk spesifikasi jenis pelayanan, kompetensi pelaksana, perilaku pelaksana, penanganan pengaduan, saran dan masukan, serta sarana dan prasarana. Jumlah sampel ini disesuaikan dengan tabel teknik sampling Krecji & Morgan.

Tabel 3.31 Profil Responden berdasarkan Pekerjaan Periode Januari-Desember 2024

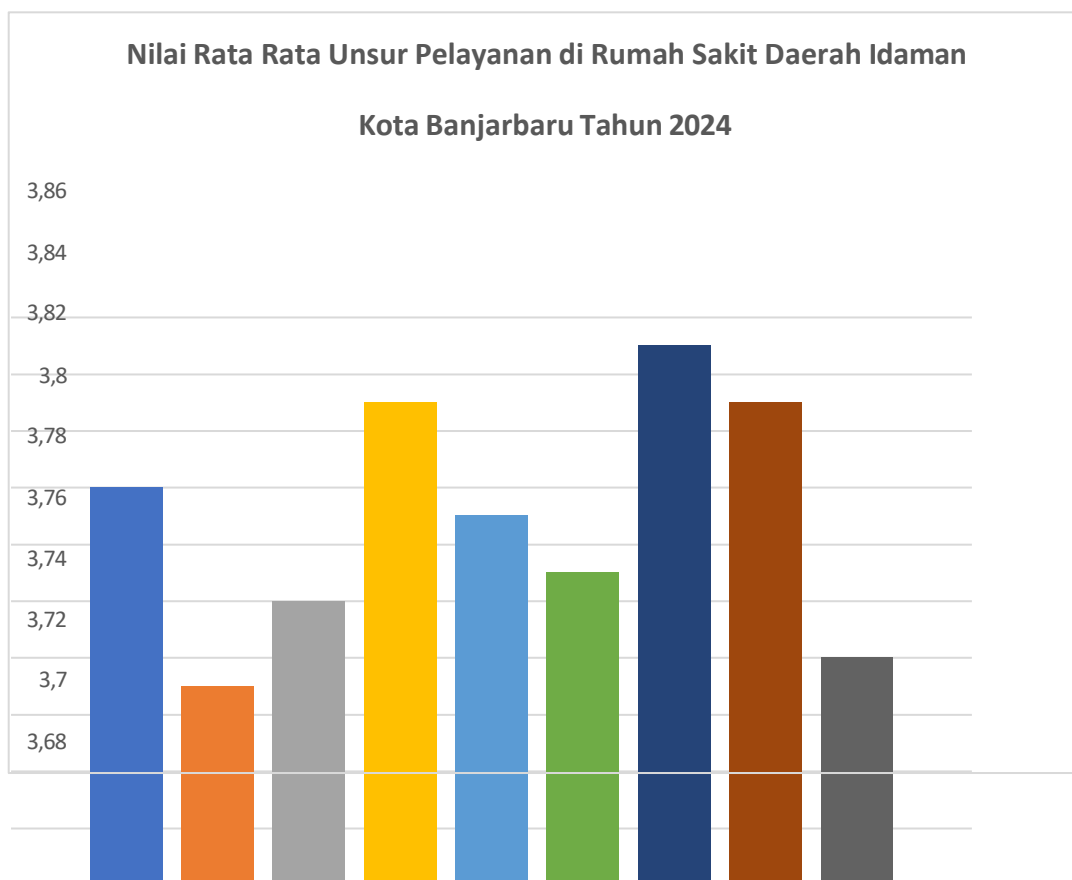
No	Karakteristik	Indikator	Jumlah	Persentase
1	Jenis Kelamin	Laki-laki	1434	51,86 %
		Perempuan	1778	64,30 %
2	Pendidikan	SD	254	9,18 %
		SMP	353	12,76 %
		SMA	1345	48,64 %
		Diploma	371	13,41 %
		S1	822	29,72 %
		S2	67	2,42 %
3	Pekerjaan	PNS	389	14,06 %
		TNI	67	2,42 %
		POLRI	78	2,82 %
		Swasta	1069	38,66 %
		Wirausaha	539	19,49 %
		Pelajar	400	14,46 %
		Lainnya	670	24,23 %
4	Umur	< 20 tahun	296	10,70 %
		21 – 30 tahun	798	28,86 %
		31 – 40 tahun	658	23,79 %
		41 – 50 tahun	364	13,16 %
		51 – 60 tahun	252	9,11 %
		> 60 tahun	100	3,61 %

Dari data responden survei pasien yang mendapat pelayanan di Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru pada tahun 2023, hasil survei kepuasan masyarakat berdasarkan Nilai Persepsi Interval survey kepuasan masyarakat (IKM) sesuai dengan ketentuan PERMENPAN RB No. 14 tahun 2017.

Ada 9 unsur Pelayanan Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru yang di survey sebagai berikut:

Tabel 3.32 Unsur Pelayanan Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru

	Nilai Unsur Pelayanan								
	U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U8	U9
IKM per unsur	3,80	3,73	3,76	3,83	3,79	3,77	3,85	3,83	3,74
Kategori	A	A	A	A	A	A	A	A	A
IKM Unit Layanan	89,54 (Sangat Baik)								



Sumber data: Kasi Bina Mutu Pelayanan tahun 2024

Gambar 1. Grafik Nilai Unsur Pelayanan Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru

Dari tabel 3.32 diatas, diperoleh gambaran sebagai berikut: Secara umum Indeks Kepuasan Masyarakat di Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru sudah baik namun demikian Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru tetap berkomitmen untuk terus meningkatkan kinerja pelayanannya di tahun tahun yang akan datang.

3.1.2 Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan dua tahun terakhir

Tabel 3.33 Perbandingan Realisasi IKM Tahun 2024, 2023, dan 2022

No	Indikator Kinerja	Realisasi Kinerja 2 tahun sebelumnya		Uraian Kinerja Tahun 2024		
		Realisasi Tahun 2022	Realisasi Tahun 2023	Target	Realisasi	% Capaian
1	Indeks kepuasan masyarakat	85,31	86,56	84,00	89,54	106,60

Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) tahun 2022 , 2023 dan tahun 2024 sebagai berikut: realisasi Indeks Kepuasan Masyarakat pada tahun 2022 sebesar 85,31, untuk tahun 2023 realisasi Indeks Kepuasan Masyarakat sebesar 86,56, dan untuk tahun 2024 nilai Indeks Kepuasan Masyarakat dengan target 84.00 dan realisasi sebesar 89,54 dengan capaian 106,60%. Dengan demikian capaian kinerja tahun 2024 mengalami peningkatan yang signifikan bila dibandingkan dengan capaian kinerja tahun 2023 sebesar 2,98 point.

Hal-hal yang mempengaruhi pencapaian realisasi dari tahun 2022 sampai dengan tahun 2024 yaitu peningkatan kualitas pelayanan diseluruh unit seperti mempermudah dan memperjelas persyaratan-persyaratan, sistem mekanisme dan prosedur dipermudah dan diperjelas, waktu pelayanan harus sesuai dengan standar pelayanan, penjelasan tentang biaya harus jelas dan dijelaskan waktu awal, kompetensi pelaksana, perilaku pelaksana, sarana dan prasarana rumah sakit serta menanggapi pengaduan dari masyarakat, sehingga unsur tersebut turut berpengaruh secara signifikan pada pencapaian IKM yang telah ditargetkan.

3.1.3 Perbandingan Realisasi tahun 2024, Renstra dan Target Jangka Nasional

Tabel 3.34 Perbandingan Realisasi IKM tahun 2024, RPJMD dan Target Jangka Nasional

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Realisasi 2024	Target Renstra	Target Nasional
Meningkatnya Pemenuhan Upaya Kesehatan	Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)	89,54 (sangat baik)	84,00 (Baik)	Tidak ada

Berdasarkan tabel diatas perbandingan realisasi kinerja tahun 2024 antara Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru dengan target Nasional tidak ada perbandingan.

3.1.4 Perbandingan Capaian Kinerja dengan Kinerja Kabupaten/Kota dan Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2024

Tabel 3.35 Perbandingan Capaian IKM dengan RSD Kabupaten/Kota dan RSD Provinsi Kal- Sel

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	RSD Idaman	RSUD RAZA (MTP)	RSUD H. Boejasin Tanah Laut	RSUD ULIN	RSUD SULTAN SURIANSYAH
Meningkatnya Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan di Rumah Sakit	Indek Kepuasan Masyarakat	89,54 (Sangat Baik)	87,08 (Baik)	80,87 (tahun 2023)	81,32 (TW IV 2024)	87,64

Untuk perbandingan realisasi indikator kinerja Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru tahun 2024 dengan Kinerja Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2024 dengan mengambil perbandingan capaian indikator pada RSUD Ulin Banjarmasin dan RSUD Sultan Suriansyah Banjarmasin. Capaian indikator Indeks Kepuasan Masyarakat pada RSUD Ulin Banjarmasin hanya dapat nilai pada semester IV tahun 2024 sebesar 81,32 dan RSUD Sultan Suriansyah Banjarmasin untuk tahun 2024 dengan nilai 87,64.

Untuk perbandingan capaian kinerja tahun 2024 dengan Kabupaten/Kota mengambil capaian kinerja pada RSUD Ratu Zalecha Martapura dan RSUD Haji Boejasin Pelaihari. Untuk capaian indikator Indek Kepuasan Masyarakat pada RSUD Ratu Zalecha Martapura tahun 2024 sudah didapatkan dengan kriteria B dengan nilai 87,08 dan untuk RSUD H. Boedjasin Pelaihari hanya dapat data IV tahun 2023 yaitu 80,87 kriteria B.

3.1.5 Analisis Penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja serta alternatif solusi yang telah dilakukan.

Pada nilai realisasi Indeks Kepuasan Masyarakat di Rumah Sakit Idaman Kota Banjarbaru pada tahun 2024 sebesar 89,54 sedangkan target nilai 84,00 sehingga capaian kinerja sebesar 106,60% dengan selisih 5,54 point. Hasil ini sesuai dengan hasil survey kepuasan masyarakat pada tahun 2024 yang dilaksanakan oleh bidang pelayanan seksi Bina Mutu Pelayanan. Meskipun nilai Indeks Kepuasan Masyarakat sudah masuk kriteria Sangat Baik, namun masih terdapat beberapa kekurangan yang dirasakan oleh responden. Dengan kata lain, nilai tersebut mencerminkan kinerja pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru kepada pelanggannya masih belum dikatakan optimal. Berdasarkan hasil perhitungan

nilai indeks kepuasan masyarakat Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru terdapat perbandingan penilaian unsur tertinggi dan terendah didalamnya.

Unsur tertinggi dalam penilaian kepuasan masyarakat ada pada unsur Penanganan Pengaduan. Pada unsur kompetensi pelaksana mendapatkan nilai Rata-rata 3,74. Hasil ini menunjukkan mutu pelayanan berada pada interval 88,31-100 dengan nilai A yang artinya kompetensi pelaksana kinerja unit pelayanan Rumah Sakit Daerah Idaman Banjarbaru sudah **SANGAT BAIK**.

Kemudian pada unsur terendah terdapat pada unsur Waktu Pelayanan yang mendapatkan nilai rata-rata 3,17. Hasil ini menunjukan bahwa waktu pelayanan di Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru berada di interval 76,61-88,30. Berdasarkan hasil tersebut walaupun unsur waktu pelayanan mendapatkan nilai terendah namun masih termasuk dalam nilai interval dengan mutu pelayanan yang sudah baik. Penyebab unsur ini mendapatkan nilai terendah dikarenakan adanya sarana dan prasarana yang tersedia di Rumah Sakit Idaman kurang, seperti alat kesehatan, bangunan dan kebersihan lingkungan yang ada.

Oleh karena itu, upaya untuk mencapai nilai survey sesuai dengan target yang telah ditetapkan dapat dicapai dengan cara melakukan perbaikan secara terus menerus dan juga mengasah sumber daya manusia (SDM) dengan terus melakukan pelatihan berkomunikasi dengan pelanggan sehingga dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang datang dapat melakukan komunikasi dengan baik dan efektif yang dapat dipahami oleh masyarakat.

3.1.6 Analisis Efisiensi penggunaan sumber daya

Efisiensi dalam penggunaan sumber daya yang ada di Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru tahun 2024 diarahkan pada optimalisasi sumber daya manusia yang ada untuk memaksimalkan pemberian layanan kesehatan bagi masyarakat. Selain itu, dalam mendukung upaya optimalisasi pemberian layanan kesehatan didukung dengan alokasi anggaran yang diperoleh dari pemerintah pusat, pemerintah daerah, maupun fleksibilitas pengelolaan anggaran Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru sebagai Badan Layanan Umum Daerah. Upaya pemberian layanan kesehatan digambarkan melalui penentuan target capaian kinerja yang kemudian dihitung angka realisasinya serta presentase capaian kinerja guna menggambarkan hasil kinerja dalam kurun waktu 1 (satu) tahun anggaran. Hasil dari efisiensi penggunaan sumber daya di Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru dibuktikan dengan capaian realisasi anggaran yang digunakan dalam upaya pemberian layanan kesehatan. Capaian kinerja digambarkan melalui realisasi anggaran yang mencapai angka 85,84%

sehingga masuk dalam kategori skala penilaian kinerja baik. Kegiatan yang dilakukan dalam efisiensi penggunaan sumber daya antara lain :

1. Inhouse Training Service Excelent yang diikuti dari pegawai yang memberikan sentuhan langsung kepada pasien yaitu pegawai Customer Service, pegawai Kasir, pegawai Rekam Medik, pegawai Farmasi dan di unit-unit lain sebanyak 150 orang.
2. Penyelenggaraan Forum Konsultasi Publik(FKP)
3. Sosialisasi kepada keluarga pasien dan petugas rumah sakit dalam rangka pengisian lembaran kuesioner terkait penilaian SKM.

3.1.1 Analisa Program/Kegiatan yang menunjang Keberhasilan Pencapaian Kinerja

Upaya-upaya yang dilakukan dalam rangka pencapaian keberhasilan target kinerja diantaranya perbaikan tindak lanjut yang diharapkan masyarakat yaitu:

Tabel 3.36 Tindak Lanjut yang diharapkan masyarakat

No	Rencana Tindak Lanjut	Apakah RTL Telah Ditindaklanjuti	Deskripsi Tindak Lanjut (Mohon Dijabarkan)	Dokumentasi Kegiatan	Tantangan / Hambatan
1	Analisis Pareto	Sudah	-	Analisis Pareto di lampirkan	Tidak Ada
2	Mengadakan Forum Konsultasi Publik	Sudah	-	Laporan FKP dilampirkan	Tidak Ada

3	Update Informasi	Sudah	Penyebarluasan informasi mengenai Tarif Layanan RSD Idaman Kota Banjarbaru	 	Tidak Ada
4	FGD Persyaratan Layanan Pasien APS	Sudah	Penyebarluasan Informasi mengenai Standar Prosedur Operasional		Tidak Ada
			Pendaftaran Pasien yang Melakukan Pemeriksaan Laboratorium & Radiologi dari Eksternal Rumah Sakit		

5	Penanganan Pengaduan	Sudah	Penyebarluasan Informasi Kontak Pengaduan		Tidak Ada
6	Waktu Pelayanan	Sudah	Menginformasikan jadwal pelayanan poliklinik secara online maupun offline		

Lampiran I Analisis Pareto

Waktu tunggu Obat Jadi

1. Lembar Kerja Peningkatan Kualitas
 - a. Judul : Peninigkeiten Waktu Tunggu Obat Jadi
 - b. Ketua Tim : Komite PMKP
 - c. Anggota TIM : Bidang Penunjang, Bidang Pelayanan dan Instalasi Farmasi
 - d. Suapa Yang mendapat keuntungan: Pasien dan keluarga Pasien
 - e. Sasaran : Menurunkan waktu tunggu obat jadi
 - f. Tipe pengukuran: outcome
2. Fishbone

FISHBONE WAKTU TUNGGU OBAT JADI

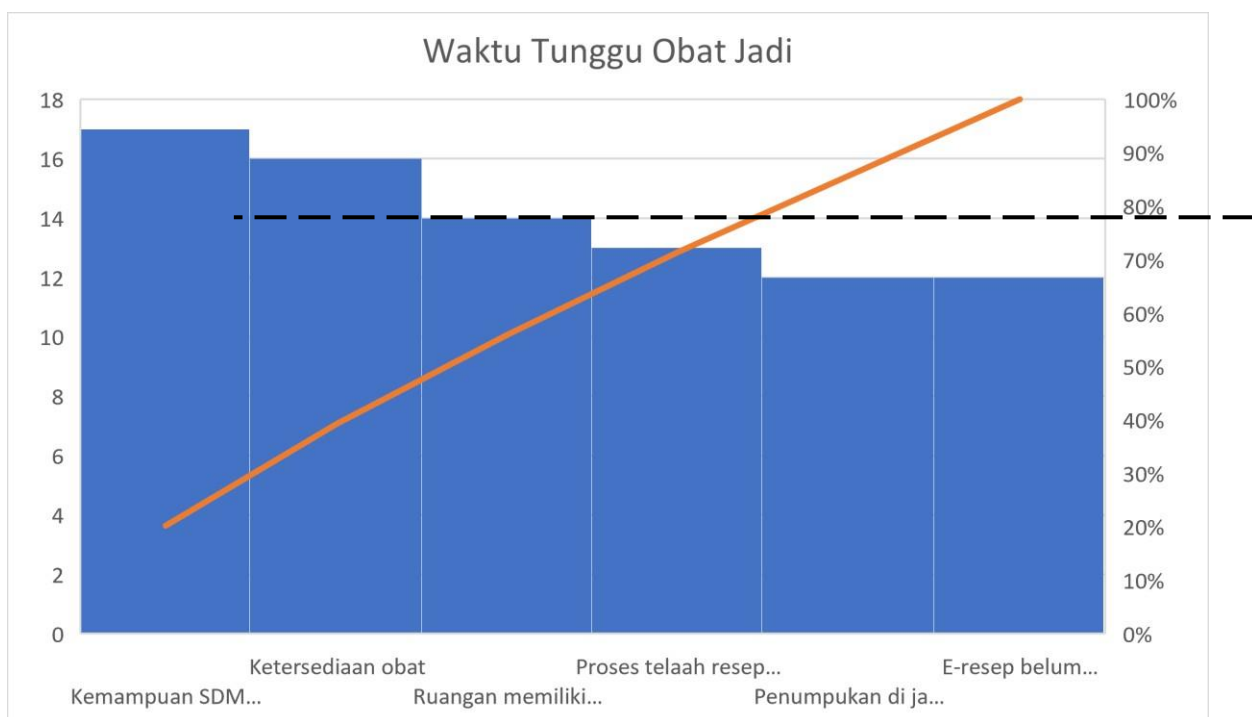


3. Matriks prioritas

No	Penyebab Permasalahan	Dampak	Reputasi	Mudah Dikerjakan	Waktu yang Dibutuhkan	Total Score
1	Kemampuan SDM Tidak Merata	3	5	5	4	17
2	Penumpukan di Jam tertentu	5	5	1	1	12
3	Proses telaah resep memakan waktu yang Lama (manual, Etiket resep, konfirmasi DPJP, Konfirmasi ketersediaan)	5	5	2	1	13

4	Ketersediaan obat	5	5	3	3	16
5	E-resep belum berjalan	5	5	1	1	12
6	Ruangan memiliki banyak sekat	3	2	4	5	14

4. Pareto Analisis Waktu Tunggu Obat Jadi



5. Action Plan Tool

No	Penyebab	Tindakan yang akan dilakukan	PIC	Kapan	Tempat
1	Ruangan Memiliki Banyak Sekat	Perencanaan Modifikasi Depo Rawat Jalan	Kasubag Umum dan Perlengkapan	Triwulan 1 Tahun 2025	Depo Rawat Jalan
2	Proses Telaah Resep	Penambahan 2 Tenaga Apoteker	Kasubag Kepegawaian	Triwulan 3 Tahun 2024	Depo Rawat Jalan
3	Penumpukan Layanan	FGD Bersama Rawat Jalan dan Komite Medik	Bidang Pelayanan	Triwulan 3 Tahun 2024	Aula Manajemen

4	E-Resep Belum Berjalan	Mempercepat proses perbaikan E- resep	Kasi Rekam dan Medik dan Kepala Instalasi SIMRS	Tirulan 3 Tahun 2024	SIMRS
---	------------------------	---------------------------------------	---	----------------------	-------

6. PDCA / PDSA

a. Ruang Memiliki Banyak Sekat

PDCA	
S (select) Pilih permasalahan dan outcome yang diinginkan	Saat ini terdapat beberapa sekat di ruang depo rawat jalan yang menyebabkan menjadi salah satu penghambat dalam pemberian layanan
Tujuan	Mempercepat waktu tunggu layanan
PDCA	Deskripsi
P (Plan) Perencanaan dan Penugasan	Perubahan tata ruang pelayanan depo rawat jalan
D (Do) Lakukan apa yang harus di kerjakan	Perencanaan Anggaran terkait dengan renovasi ruang depo rawat jalan
C (Check) Cek hasil dan ukur perubahan	Membandingkan hasil capain sebelum dan sesudah run chart
A (Act) lakukan maintain untuk perubahan yang terjadi	Evaluasi dan monitoring terkait dengan renovasi depo rawat jalan

b. Proses Telaah Resep

PDCA	
S (select) Pilih permasalahan dan outcome yang diinginkan	Saat ini proses telaah resep sifatnya masih manual yaitu tidak melalui e- resep, sehingga proses nya lumayan panjang dan memakan banyak waktu yang menyebabkan waktu tunggu pelayanan obat jadi memanjang
Tujuan	Mempercepat waktu tunggu layanan
PDCA	Deskripsi
P (Plan) Perencanaan dan Penugasan	Permohonan penambahan SDM 2 tenaga apoteker di depo rawat jalan dari kepala instalasi farmasi
D (Do) Lakukan apa yang harus di kerjakan	Penambahan kebutuhan SDM apoteker di depo rawat jalan telah dilakukan seleksi oleh Kasubag Kepegawaian Rumah Sakit
C (Check) Cek hasil dan ukur perubahan	Membandingkan hasil capain sebelum dan sesudah run chart
A (Act) lakukan maintain untuk perubahan yang terjadi	Evaluasi dan monitoring terkait dengan penambahan SDM Apoteker

c. Penumpukan Layanan

PDCA	
S (select) Pilih permasalahan dan outcome yang diinginkan	Saat ini terjadi peak time sehingga terjadi penumpukan layanan resep rawat jalan

Tujuan	Mempercepat waktu tunggu layanan
PDCA	Deskripsi
P (Plan) Perencanaan dan Penugasan	Melaksanakan FGD terkait dengan jam pelayanan pada rawat jalan
D (Do) Lakukan apa yang harus di kerjakan	Jam pelayanan khususnya poli penyakit dalam dan sara fada perubahan jam layanan
C (Check) Cek hasil dan ukur perubahan	Gantt Chart
A (Act) lakukan maintain untuk perubahan yang terjadi	Monitoring dan evaluasi serta membandingkan antara hasil capain sebelum dan sesudah tindak lanjut

d. E-resep Belum Berjalan

PDCA	
S (select) Pilih permasalahan dan outcome yang diinginkan	Saat ini E-resep telah selesai, namun saat uji coba terjadi kekeliruaan sehingga menyebabkan penundaan

Tujuan	Mempercepat waktu tunggu layanan
PDCA	Deskripsi
P (Plan) Perencanaan dan Penugasan	1. Perbaikan coding 2. Menyesuaikan update khanza 3. Pengembangan SIMRS dari Desktop ke Webbase 4. Perencanaan penambahan peralatan computer di depo rawat jalan
D (Do) Lakukan apa yang harus di kerjakan	Saat ini pada tahap perbaikan coding pada e-resep dan penambahan peralatan computer di depo rawat jalan
C (Check) Cek hasil dan ukur perubahan	Total saat ini ada 4 komputer pada depo rawat jalan untuk proses penginputan obat
A (Act) lakukan maintain untuk perubahan yang terjadi	Evaluasi dan monitoring terkait dengan waktu tunggu obat jadi depo rawat jalan sebelum dan sesudah perbaikan

Lampiran II Penyelenggaraan Forum Konsultasi Publik (FKP) 2024

Tujuan Pelaksanaan Forum Konsultasi Publik (FKP) adalah agar penyelenggara pelayanan dan masyarakat memperoleh pemahaman yang sama dan solusi atas permasalahan yang ada, antara lain terkait kebijakan, syarat, ketentuan, dan prosedur terbaru dalam membuat penerima layanan. Hal ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan publik dan meminimalisir dampak kebijakan yang dapat merugikan masyarakat.

Manfaat pelaksanaan Forum Konsultasi Publik (FKP) sebagai berikut :

- 1) Secara Umum
Menyelaraskan kemampuan penyelenggaraan layanan dengan harapan publik, atau meminimalisir dampak kebijakan yang merugikan publik.
- 2) Penyelenggara Pelayanan
 - a) Memperoleh masukan dari publik terhadap kebijakan yang akan ditetapkan;
 - b) Memperoleh bahan masukan dan publik dalam rangka perumusan maupun perbaikan kebijakan;
 - c) Mengajak dan mendidik publik sebagai pengguna layanan untuk mengetahui kebijakan yang ditetapkan penyelenggara;
 - d) Mengajak dan mendidik publik untuk turut serta dalam rangka pengawasan pelaksanaan kebijakan;
 - e) Sebagai fungsi monitoring dan evaluasi penyelenggara pelayanan untuk mengetahui efektifitas dari kebijakan yang ditetapkan dalam memberikan layanan kepada publik;
 - f) Memperoleh masukan dari publik tentang dampak kebijakan

Ruang lingkup Forum Konsultasi Publik adalah “Standar Pelayanan Publik” yang telah disusun oleh RSD Idaman Banjarbaru guna meningkatkan kualitas pelayanan di RSD Idaman Kota Banjarbaru.

1. Rencana Aksi FKP 2024

Susunan Acara FKP

No.	Usulan Rekomendasi Perbaikan	Tanggal Pelaksanaan Kegiatan	Tempat Pelaksanaan Kegiatan	Penanggung Jawab	Keterangan
1	Perubahan persyaratan pelayanan pada IGD, IRJA, dan IRNA	Juni 2024	RSDI	Bidang Pelayanan	Sudah dilaksanakan
2	IHT Service Excellent	Oktober 2024	Aula RSDI	Bidang Keperawatan	Sudah dilaksanakan pada tahun 2023, dan untuk tahun 2024 akan dilaksanakan pada bulan Oktober
3	Kedepannya akan mengupayakan hadir di beberapa Event kota Banjarbaru		ITD	Bidang Penunjang	Sudah terlaksana
4	Pembuatan SOP APM	10 Juni 2024	RSDI	Bidang Pelayanan	Belum terlaksana



PEMERINTAH KOTA BANJARBARU
RUMAH SAKIT DAERAH IDAMAN KOTA BANJARBARU

Jalan Trikora Nomor 115 Guntung Manggis Kota Banjarbaru Kalimantan Selatan
Telepon (0511) 6749696 Faksimili (0511) 6749697

BERITA ACARA HASIL FORUM KONSULTASI PUBLIK (FKP)
RUMAH SAKIT DAERAH IDAMAN KOTA BANJARBARU

Pada hari ini, Selasa, 04 Juni 2024, telah dilaksanakan Forum Konsultasi Publik Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru. Berdasarkan hasil diskusi dan keputusan bersama menyatakan sebagai berikut:

NO	Identifikasi Masalah	Usulan Rekomendasi Perbaikan	Jangka Waktu Penyelesaian
1.	Kejelasan terkait persyaratan pelayanan di Instalasi Gawat Darurat	Akan melaksanakan perubahan pada persyaratan pelayanan terutama pada IGD, IRJA, dan IRNA	Sudah Berjalan
2.	Pembinaan karakter pemberi layanan di rumah sakit	Pelaksanaan IHT <i>Service Excellent</i> setiap satu tahun sekali diadakan di RSDI	Tiap Tahun dilaksanakan IHT <i>Service Excellent</i> Sudah berjalan
3.	ITD diharapkan agar dapat lebih banyak jemput bola ke Masyarakat dalam pengumpulan darah	1. Saat ini instalasi transfusi darah RSDI rata-rata harus menyiapkan 700-800 kantong darah setiap bulannya. Di bulan ini, ITD RSDI sudah 2x mengikuti kegiatan <i>roadshow</i> donor darah di masjid 2. Mengupayakan hadir di beberapa event Kota Banjarbaru	Sudah berjalan
4.	Terkait oknum pengambilan nomor antrian di loket APM	Pembuatan SOP terkait Anjungan Pendaftaran Mandiri (APM)	Belum Berjalan

Pimpinan Unit Penyelenggara Pelayanan dapat menerima identifikasi masalah, usulan rekomendasi, jangka waktu dan berkomitmen menindaklanjuti rekomendasi perbaikan tersebut sebagai upaya peningkatan kualitas pelayanan publik.

Masyarakat dan stakeholder yang hadir akan melakukan pemantauan dan mengawasi progress tindak lanjut perbaikan yang dilakukan oleh Unit Penyelenggara Pelayanan sesuai usulan rekomendasi dan jangka waktu penyelesaian yang telah disepakati bersama.

Demikian berita acara ini dibuat sebagaimana mestinya.

Banjarbaru, 04 Juni 2024



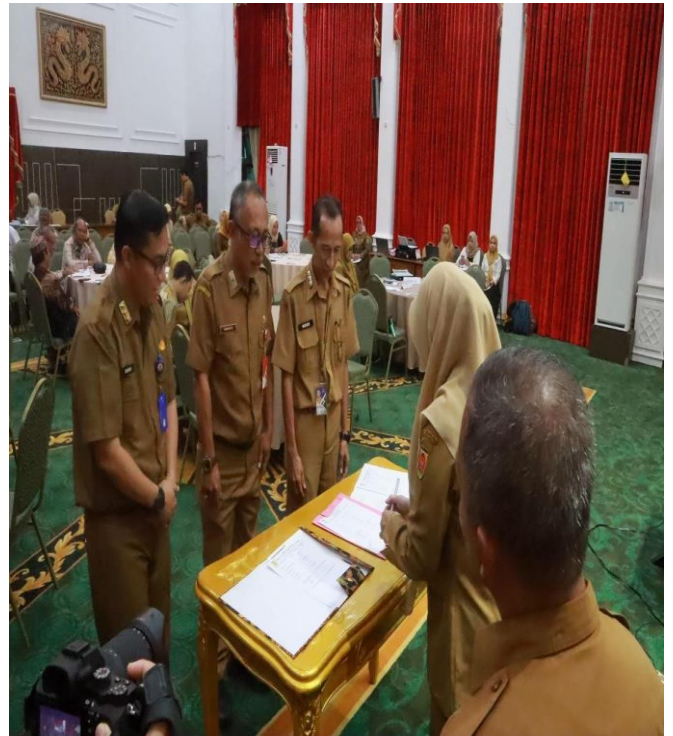
PEMERINTAH KOTA BANJARBARU
RUMAH SAKIT DAERAH IDAMAN KOTA BANJARBARU

Jalan Trikora Nomor 115 Guntung Manggis Kota Banjarbaru Kalimantan Selatan
Telepon (0511) 6749696 Faksimili (0511) 6749697

NO	NAMA & NO HP	JENIS KELAMIN (L/P)	PERWAKILAN	TANDA TANGAN
1.	Maulana A	L	Ombusman	
2.	I Dewa Ayu Kade Sartika Dewi	P	BPJS	
3.	Hj. Rahkmatiah	P	Biro Organisasi Provinsi	
4.	Maslih Amberi	L	FKUB	
5.	Rudy Rakhmana	L	LPM BBU	
6.	Fikri Izzanudin	L	Media Pojok Banua	

An. Wali Kota Banjarbaru Asisten Administrasi Umum Dr. Hj. Rahma Khairita, MM	Direktur RSD Idaman Kota Banjarbaru dr. Danny Indrawardhana, MMRS
---	--





Tabel 3.37 Efisiensi Penggunaan Anggaran Belanja pada Program/Kegiatan

No	Program /Kegiatan	Anggaran	Realisasi	Saldo	%Capaian Keuangan
I	Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat (BLUD)	120.423.420.852,00	117.219.195.382,00	3.204.225.470,00	97,34
	Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Rujukan Tingkat Daerah Kabupaten / Kota (BLUD)	120.423.420.852,00	117.219.195.382,00	3.204.225.470,00	97,34

Pada tabel diatas dapat dilihat efisiensi penggunaan anggaran belanja pada program dan kegiatan yang menunjang keberhasilan indikator kinerja indeks kepuasan masyarakat yang bersumber dari dana BLUD dengan anggaran sebesar Rp. 120.423.420.852,00 dan realisasi belanja sebesar Rp. 117.219.195.382,00 atau realisasi sebesar 97,34%, pada Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat (BLUD) dengan Kegiatan Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Rujukan Tingkat Daerah Kabupaten / Kota (BLUD).

Berdasarkan hasil perhitungan nilai efisiensi penggunaan anggaran yaitu persentase capaian kinerja dikurangi dengan persentase serapan/realisasi anggaran dengan rincian $100\% - 97,34\% = 2,66\%$. Sesuai hasil perhitungan tersebut efisiensi yang sudah dilakukan pada indikator Indeks Kepuasan Masyarakat sebesar 2,66% atau sebesar Rp. 3.204.225.470,00.

C. Pencapaian Akreditasi Rumah Sakit

Akreditasi adalah pengakuan terhadap mutu pelayanan rumah sakit setelah dilakukan penilaian bahwa rumah sakit telah memenuhi standar akreditasi yang disetujui oleh Pemerintah. KMK Standar Akreditasi RS terdiri dari 16 BAB yang mewakili Proses Bisnis RS, Patient Safety, dan Program Nasional.

Tabel 3.38 16 BAB Penilaian Akreditasi

MANAJEMEN RS	PELAYANAN BERORIENTASI PASIEN	SASARAN KESELAMATAN PASIEN	PROGRAM NASIONAL
1. Tata Kelola RS (TKRS) 2. Manajemen Fasilitas & Keselamatan (MFK) 3. Kualifikasi Pendidikan & Staf (KPS) 4. Pendidikan dalam Pelayanan Kesehatan 5. Peningkatan Mutu & Keselamatan Pasien (PMKP) 6. Pencegahan & Pengendalian Infeksi (PPI) 7. Manajemen Rekam Medik dan Informasi Kesehatan (MRMIK)	8. Akses dan Keberlangsungan Pelayanan (AKP) 9. Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP) 10. Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB) 11. Hak Pasien dan Keluarga (HPK) 12. Pelayanan Keafirmasian dan Penggunaan Obat (PKPO) 13. Pengkajian Pasien (PP) 14. Komunikasi dan Edukasi (KE)	15. Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)	16. Program Nasional

Hasil Akreditasi	Kriteria
Paripurna	Seluruh Bab mendapat nilai minimal 80%
Utama	RS Pendidikan dan Wahana Pendidikan: 12 – 15 Bab mendapatkan nilai minimal 80% dan Bab SKP mendapatkan nilai minimal 80% Rumah Sakit Non Pendidikan dan Non Wahana Pendidikan: 12-14 mendapatkan nilai min 80% dan Bab SKP mendapatkan nilai Min 80%
Madya	8 – 11 Bab mendapat nilai min 80% dengan nilai SKP Min 70%
Tidak terakreditasi	a. Kurang dari 8 Bab yang mendapat nilai minimal 80% b. Bab SKP mendapat nilai kurang dari 80%

3.1.2 Realisasi Pencapaian Akreditasi Rumah Sakit Tahun 2024

Tabel 3.39 Capaian Realisasi Akreditasi Rumah Sakit tahun 2024

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA	TARGET 2024	REALISASI 2024	CAPAIAN KINERJA
Meningkatnya Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan di Rumah Sakit	Pencapaian Akreditasi Rumah Sakit)	Tingkat 5 (Paripurna)	Tingkat 5 (Paripurna)	100%

Penilaian Akreditasi di Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru dilaksanakan pada tanggal 20 sampai dengan 22 Desember 2022 oleh Lembaga Akreditasi Rumah Sakit Damar Husada Paripurna. Hasil penilaian keluar pada tanggal 27 Desember 2022 dengan nilai Akreditasi Bintang Lima (**Paripurna**) dengan capaian **100%** dibandingkan dengan target nilai akreditasi tahun 2024 tingkat 5 (paripurna). berlaku mulai Tanggal 30 Desember 2022 s/d 27 Desember 2026. Berikut adalah rincian capaian tiap bab akreditasi:

Tabel 3.40 Capaian Tiap BAB Akreditasi Tahun 2024

Bab	Keterangan	Jumlah Elemen	Hasil
1	Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS)	71 elemen	92,97%
2	Kualifikasi dan Pendidikan Staf (KPS)	81 elemen	93,13%
3	Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)	72 elemen	93,75%
4	Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)	44 elemen	96,59%
5	Manajemen Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (MRMIK)	51 elemen	95,10%
6	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	62 elemen	91,80%
7	Pendidikan Dalam Pelayanan Kesehatan (PPK)	23 elemen	93,48%
8	Akses dan Kesiambungan Pelayanan (AKP)	67 elemen	98,48%
9	Hak Pasien dan Keterlibatan Keluarga (HPK)	39 elemen	93,59%
10	Pengkajian Pasien (PP)	58 elemen	94,83%
11	Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP)	43 elemen	98,84%
12	Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)	38 elemen	97,30%
13	Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO)	61 elemen	95,76%
14	Komunikasi dan Edukasi (KE)	25 elemen	96%
15	Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)	24 elemen	93,75%
16	Program Nasional (Prognas)	37 elemen	98,65%

3.1.3 Membandingkan antara realisasai kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan dua tahun terakhir

Tabel 3.41 Perbandingan Realisasi dan capaian Kinerja Akreditasi RS tahun 2024, 2023 & 2022

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA	Realisasi 2022	Realisasi 2023	TARGET 2024	REALISASI 2024	CAPAIAN KINERJA
1	2	3	4	5	6	7
Meningkatnya Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan di Rumah Sakit	Pencapaian Akreditasi Rumah Sakit)	Tingkat 5 (Paripurna)	Tingkat 5 (Paripurna)	Tingkat 5 (Paripurna)	Tingkat 5 (Paripurna)	100%

Pencapaian Akreditasi Rumah Sakit pada tahun 2024 jika dibandingkan dengan tahun 2023 , 2022 bahwa capaian status akreditasi Rumah Sakit Idaman pada tahun 2022 pada tingkat 5 atau paripurna .

3.1.4 Perbandingan Realisasi tahun 2024 Dengan Renstra dan Target Jangka Nasional

Tabel 3.42 Perbandingan Realisasi Akreditasi RS, Renstra, dan Target Jangka Nasional

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA	REALISASI 2024	TARGET Renstra	TARGET NASIONAL
1	2	3	4	5
Meningkatnya Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan di Rumah Sakit	Pencapaian Akreditasi Rumah Sakit	Tingkat 5 (Paripurna)	Tingkat 5 (Paripurna)	Tidak ada

3.1.5 Perbandingan Capaian Kinerja dengan Kinerja Kabupaten/Kota dan Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2024

Tabel 3.43 Perbandingan Kinerja dengan RS Kabupaten/Kota dan RS Provinsi Kalimantan

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	RSD Idaman Banjarbaru	RSUD Ratu Zalecha	RSUD Sultan Suriansyah	RSUD ULIN	RSUD ANSAL
Meningkatnya Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan di Rumah Sakit	Pencapaian Akreditasi Rumah Sakit	Tingkat 5 (Paripurna)	Tingkat 5 (Paripurna)	Tingkat 5 (Paripurna)	Tingkat 5 (Paripurna)	Tingkat 5 (Paripurna)

Untuk perbandingan realisasi indikator kinerja Pencapaian Akreditasi Rumah Sakit tahun 2024 dengan Kinerja RSUD Kabupaten/Kota Kabupaten/Kota mengambil capaian kinerja pada RSUD Ratu Zalecha Martapura dan RSUD Sultan Suriansyah Banjarmasin. Untuk RSUD Ratu Zalecha Martapura nilai akreditasi dengan tingkat Paripurna dan untuk RSUD Sultan Suriansyah Banjarmasin dengan tingkat paripurna juga pada tahun 2023. Sedangkan perbandingan dengan Kinerja RSUD Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2024 dengan mengambil perbandingan capaian indikator Pencapaian Akreditasi Rumah Sakit pada RSUD Ulin Banjarmasin dengan nilai Tingkat Paripurna dan RSUD Ansari Saleh Banjarmasin dengan nilai Tingkat Paripurna juga.

3.1.6 Analisis Penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja serta alternatif solusi yang telah dilakukan.

1) Penyebab Keberhasilan Kinerja

Akreditasi adalah proses penilaian dengan indikator tertentu berbasis fakta. Asesor melakukan pengamatan dan penilaian sesuai realitas, tanpa ada manipulasi. Akreditasi merupakan suatu proses perjalanan tanpa akhir, yang bertujuan meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan, dengan memberikan pelayanan berfokus pada pasien dan dengan budaya dan semangat Continuous improvement.

Upaya-upaya yang dilakukan untuk mencapai target kinerja antara lain:

- a) Komitmen seluruh jajaran rumah sakit, baik pemlik, direksi, staf medis, staf keperawatan dan seluruh staf rumah sakit.
- b) Menyusun personil dan pokja yang bertanggung jawab terhadap penyusunan kebijakan dan prosedur serta implementasi dan monitoring terhadap standar akreditasi
- c) Melaksanakan telusur internal
- d) Melakukan bimbingan dan pendampingan akreditasi dari lembaga akreditasi.
- e) Melakukan workshop, inhouse training terkait bantuan hidup dasar (BHD), hand hygiene, PPI, HKP (Hak Keluarga Pasien), K3RS untuk seluruh pegawai rumah sakit.

2) Hambatan-hambatan

- a) Kurangnya pemahaman sumberdaya manusia terhadap elemen-elemen penilaian akreditasi.
- b) Kurangnya waktu dalam penyediaan sarana dan prasarana yang dibutuhkan standart paripurna

3) Solusi yang dilakukan :

- a) Melakukan bimbingan dengan assessor internal untuk menyamakan persepsi terkait elemen-elemen penilaian standart akreditasi.
- b) Membentuk tim gerak cepat dalam memenuhi kekurangan sarana dan prasarana.
- c) Melakukan monitoring dan evaluasi atas hasil akreditasi dan menindak lanjuti hasil tersebut.
- d) Membentuk tim Satgas Akreditasi untuk persiapan akreditasi tahun 2026.
- e) Menyusun PPS (Perencanaan Perbaikan Strategi) untuk persiapan akreditasi tahun 2026

3.1.7 Analisis Atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Dalam rangka mempertahankan nilai akreditasi yang dilakukan Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru adalah sebagai berikut :

- Menjaga mutu pelayanan disemua unit dengan melakukan evaluasi kinerja pegawai
- Mengikuti seminar, diklat atau zoom meeting terkait informasi-informasi baru yang berhubungan dengan standar akreditasi
- Membuat Perencanaan Perbaikan Strategi dalam rangka persiapan akreditasi yang diikuti oleh semua tim Satgas masing-masing pokja.
- Meningkatkan ketrampilan pegawai dalam pengetahuan SIMRS yang dimiliki Rumah Sakit.
-

3.1.8 Analisa Program/Kegiatan yang Menunjang Keberhasilan Pencapaian Kinerja

Pada tahun 2024 Rumah Sakit mendapatkan suatu kehormatan dari Lembaga Akreditasi Rumah Sakit Damar Husada Paripuna dijadikan tempat magang dan belajar bersama yang dilaksanakan pada tanggal 24 s.d 25 November 2025 dengan peserta magang dari berbagai daerah sebanyak 32 orang dan Tim Akreditasi RSD Idaman sebanyak 148 orang. Dimana kegiatan ini kita dihadapkan seperti kita melaksanakan penilaian akreditasi sebenarnya mulai dari paparan, wawancara dan telusur ke masing-masing unit.



Tabel 3.44 Efisiensi Penggunaan Anggaran Belanja Penunjang keberhasilan Akreditasi

No	Program /Kegiatan	Anggaran	Realisasi	Saldo	%Capaian Keuangan
I	Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat (BLUD)	120.423.420.852,00	117.219.195.382,00	3.204.225.470,00	97,34
	Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Rujukan Tingkat Daerah Kabupaten / Kota (BLUD)	120.423.420.852,00	117.219.195.382,00	3.204.225.470,00	97,34

Pada tabel diatas dapat dilihat efisensi penggunaan anggaran belanja pada program dan kegiatan yang menunjang keberhasilan indikator kinerja Akreitasi yang bersumber dari dana BLUD dengan anggaran sebesar Rp. 120.423.420.852,00 dan realisasi belanja sebesar Rp. 117.219.195.382,00 atau realisasi sebesar 97,34%, pada Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat (BLUD) dengan Kegiatan Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Rujukan Tingkat Daerah Kabupaten / Kota (BLUD).

Berdasarkan hasil perhitungan nilai efisiensi penggunaan anggaran yaitu persentase capaian kinerja dikurangi dengan persentase serapan/realisasi anggaran dengan rincian $100\% - 97,34\% = 2,66\%$. Sesuai hasil perhitungan tersebut efisiensi yang sudah dilakukan pada indikator Akreditasi sebesar 2,66% atau sebesar Rp. 3.204.225.470,00.

3.1.9 REALISASI ANGGARAN

Analisis akuntabilitas keuangan Tahun 2024 merupakan tingkat pencapaian target dari masing-masing indikator yang telah ditetapkan dalam dokumen kerja. Mengingat bahwa Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru adalah rumah sakit yang telah menerapkan sistem BLUD, maka pelaporan keuangan berdasarkan pada akrual basis, bukan cash basis. Akan tetapi untuk realisasi pembelanjaan berdasarkan pada hasil pendapatan tahun berjalan. Realisasi pendapatan secara cash basis sampai dengan bulan Desember tahun 2024 tercapai Rp. 115.747.272.937,78 dari target pendapatan sebesar Rp. 109.394.500.000,00 atau sebesar 105,81%.

Pagu anggaran dan realisasi program/kegiatan yang mendukung terlaksananya indikator – indikator yang telah ditetapkan pada Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru antara lain:

Tabel 3.45 Realisasi Anggaran Belanja Bersumber APBD

No	Program / Kegiatan	Anggaran 2024	Realisasi 2024	%Capaian Keuangan
1	Program penunjang urusan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota	51.289.649.671,00	50.361.760.154,00	98,19
2	Program pemenuhan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat	22,375,635,384.00	20,100,295,151.00	89,83
	Total	73.665.285.055,00	70.462.055.305,00	95,65

Untuk Program penunjang urusan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota ini adalah berupa gaji dan tunjangan untuk ASN dengan anggaran Rp. 51.289.649.671,00 dan realisasi sebesar Rp. 50.361.760.154,00. Program pemenuhan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat yaitu berupa kegiatan Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Kewenangan Daerah Kabupaten/Kota, Pengadaan Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Pelayanan Kesehatan (DAK) dengan anggaran sebesar Rp. 14.835.372.384,00 dengan realisasi sebesar Rp. 14.474.255.396,00,00 berkaitan dengan sarana dan prasarana Rumah Sakit terutama pada peralatan kesehatan yang diperlukan oleh Rumah Sakit dalam rangka memberikan pelayanan kepada masyarakat terutama pasien berupa Pengadaan Alat Kesehatan ICU dengan target 1 paket sudah tercapai 100 %. Dan belanja obat-obatan dengan anggaran sebesar Rp. 7.540.263.000,00 dengan realisasi Rp. 5.626.039.755,00 atau sebesar 74,61%.

Tabel 3.46 Realisasi Anggaran Belanja Bersumber BLUD

No	Program /Kegiatan	Anggaran	Realisasi	% Capaian Kinerja	%Capaian Keuangan
3	Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat (BLUD)	120.423.420.952,00	117.219.195.382,00	100	97,34

	Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Rujukan Tingkat Daerah Kabupaten / Kota (BLUD)	120.423.420.952,00	117.219.195.382,00	100	97,34
--	---	---------------------------	---------------------------	------------	--------------

Pada tabel diatas dapat dilihat anggaran belanja BLUD sebesar Rp. 120.423.420.852,00 dan realisasi belanja sebesar Rp. 117.219.195.382,00 atau realisasi sebesar 97,34% dengan Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat (BLUD) dan pada Kegiatan Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Rujukan Tingkat Daerah Kabupaten / Kota (BLUD).

BAB IV PENUTUP

4.1 KESIMPULAN

Secara umum, pelaksanaan capaian kinerja Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru pada tahun 2024 berjalan dengan **Sangat Baik** dengan nilai lebih dari 75% sampai dengan 100%, dan dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Capaian kinerja Jenis Pelayanan Kesehatan Perorangan di Rumah Sakit tahun 2024 terealisasi 100% dengan target 21 jenis layanan dan tercapai 21 jenis layanan.
2. Capaian kinerja pada indikator Indek Kepuasan Masyarakat di Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru tahun 2024 dengan target sebesar 84,00 (Baik) dan terealisasi 89,54 (Sangat Baik) dengan capaian 106,60%.
3. Indikator Pencapaian Akreditasi Rumah Sakit pada Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru tahun 2024 dengan realisasi pada Tingkat 5 (Paripurna) sesuai dengan sertifikat dan Lembaga Akreditasi Rumah Sakit Damar Husada Paripurna (LARS DHP) yang berlaku sampai dengan tanggal 27 Desember 2026.
4. Pada indikator Meningkatnya Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah di Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru tahun 2023 yang di nilai di tahun 2024 tercapai 100% dengan nilai 70,75 menggunakan nilai hasil evaluasi dari Inspektorat Kota Banjarbaru.
5. Sebagai tambahan pada tahun 2023 nilai indeks kepatuhan penyelenggaraan pelayanan publik sebesar 95,00.
6. Nilai assessment Maturitas Manajemen Resiko yang dinilai oleh BPKP Perwakilan Kalimantan Selatan dengan nilai 3,0250 dengan Kategori Terdefinisi.
7. Nilai Kapabilitas Satuan Pengawas Internal (SPI) yang dinilai oleh BPKP Perwakilan Kalimantan Selatan dengan nilai 3,000 dengan Level Kapabilitas Delivered.

KATA PENGANTAR

Puji Syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT karena dengan ridho-Nya Laporan Kinerja (LKJ) tahun 2024 ini dapat terselesaikan. Laporan Kinerja ini merupakan rangkuman dari kegiatan-kegiatan yang dilaporkan dan terkompilasi dari beberapa kegiatan di Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru. Laporan Kinerja tahun 2024 ini berisi informasi mengenai aktivitas dan segala sesuatu yang telah dicapai Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru di tahun 2024. Diharapkan Laporan Kinerja ini dapat dijadikan bahan acuan bagi peningkatan mutu pelayanan dan pengembangan rumah sakit di masa mendatang. Pada kesempatan ini kami ucapkan terima kasih kepada seluruh pihak yang terlibat dalam pelayanan rumah sakit, sehingga rumah sakit dapat memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Kami menyadari bahwa isi dari Laporan Kinerja ini masih belum sempurna, oleh karena itu saran dan kritik yang membangun sangat kami harapkan, sehingga akan lebih sempurna di masa mendatang.

Akhirnya kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan Laporan Kinerja ini, kami sampaikan terima kasih.

Banjarbaru, Januari 2025
Direktur RSD Idaman Kota Banjarbaru



dr. Danny Indrawardhana, MMRS
NIP. 19800621 201001 1 015



PEMERINTAH KOTA BANJARBARU
INSPEKTORAT

Alamat : Jl.Trikora No.1 Gedung Serba Guna Lt. 2 Banjarbaru 70713
Website : <http://inspektorat.banjarbarukota.go.id> / E-mail: inspektorat@banjarbarukota.go.id

Banjarbaru, 25 Februari 2025

Kepada Yth :
**Direktur Rumah Sakit Daerah
Idaman Kota Banjarbaru**

di –

Banjarbaru

SURAT PENGANTAR

Nomor : 700.1/9/II-S.P/ItKo/2025

No.	Uraian	Banyaknya	Keterangan
1.	Penyampaian Laporan Hasil Reviu Nomor : 700.1.2.1/60/II-Lap/ItKo/2025 dan Pernyataan Telah Direviu atas Laporan Kinerja Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru Tahun 2024	2 (dua) Lampiran	Demikian disampaikan dengan hormat

Inspektur Kota Banjarbaru,



Drs. RAHMAT TAUFIK, M.Si, CGCAE
Pembina Utama Muda (IV/c)
NIP. 197006151990031006



PEMERINTAH KOTA BANJARBARU INSPEKTORAT

Alamat : Jl.Trikora No.1 Gedung Serba Guna Lt. 2 Banjarbaru 70713
Website : <http://inspektorat.banjarbarukota.go.id> / E-mail: inspektorat@banjarbarukota.go.id

PERNYATAAN TELAH DIREVIU

Kami telah mereviu Laporan Kinerja Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru untuk Tahun 2024 sesuai Pedoman Reviu atas Laporan Kinerja. Substansi informasi yang dimuat dalam Laporan Kinerja menjadi tanggung jawab manajemen Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru.

Reviu bertujuan untuk memberikan keyakinan terbatas bahwa laporan kinerja telah disajikan secara akurat, andal dan valid.

Berdasarkan reviu kami, tidak terdapat kondisi atau hal-hal yang menimbulkan perbedaan dalam meyakini keandalan informasi yang disajikan di dalam laporan kinerja ini.

Banjarbaru, 25 Februari 2025

Inspektur Kota Banjarbaru,



Drs. RAHMAT TAUFIK, M.Si, CGCAE

Pembina Utama Muda (IV/c)

NIP. 197006151990031006



INSPEKTORAT KOTA BANJARBARU

LAPORAN HASIL REVIU ATAS LAPORAN KINERJA RUMAH SAKIT DAERAH IDAMAN KOTA BANJARBARU TAHUN 2024

NOMOR : 700.1.2.1/60/II-Lap/ItKo/2025

TANGGAL : 24 Februari 2025



PEMERINTAH KOTA BANJARBARU
INSPEKTORAT

Jl. Trikora No. 1 Gedung Serba Guna Lt. 2 Banjarbaru Telp. (0511) 4780069
Website: <http://inspektorat.banjarbaru.go.id> / Email inspektorat@banjarbarukota.go.id

**LAPORAN HASIL REVIU ATAS LAPORAN KINERJA
RUMAH SAKIT DAERAH IDAMAN KOTA BANJARBARU
TAHUN 2024**

Nomor : 700.1.2.1/60/II-Lap/ItKo/2025
Tanggal : 24 Februari 2025
Unit Kerja : Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru
Tahun Anggaran : 2024

Dengan ini kami sampaikan Laporan Hasil Reviu atas Laporan Kinerja Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru Tahun 2024, sebagai berikut :

1. Pernyataan Reviu

Kami telah mereviu Laporan Kinerja Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru untuk Tahun 2024 sesuai Pedoman Reviu atas Laporan Kinerja. Substansi informasi yang dimuat dalam Laporan Kinerja menjadi tanggung jawab manajemen Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru. Reviu bertujuan untuk memberikan keyakinan terbatas bahwa laporan kinerja telah disajikan secara akurat, andal, dan valid.

Berdasarkan reviu kami, tidak terdapat kondisi atau hal-hal yang menimbulkan perbedaan dalam meyakini keandalan informasi yang disajikan di dalam laporan kinerja ini.

2. Dasar Reviu

- a. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah.

Laporan Hasil Reviu Laporan Kinerja Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru
Tahun 2024

1

- b. Surat Tugas Inspektur Kota Banjarbaru Nomor : 700.1.2/32/II-SPT/Itko/2025 tanggal 07 Februari 2025.

3. Waktu Pelaksanaan Reviu

Reviu atas Laporan Kinerja Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru untuk Tahun Anggaran 2024 dilaksanakan dari tanggal 11 Februari sampai 24 Februari 2025.

4. Tujuan dan Sasaran Reviu

Tujuan reviu adalah untuk memberikan keyakinan terbatas mengenai akurasi, keandalan dan keabsahan informasi kinerja dalam laporan kinerja kepada pimpinan perangkat daerah.

Sasaran reviu adalah Laporan Kinerja Perangkat Daerah Kota Banjarbaru Tahun 2024.

5. Ruang Lingkup Reviu

Ruang lingkup reviu adalah penelaahan terhadap format, mekanisme penyusunan dan substansi atas Laporan Kinerja Perangkat Daerah Kota Banjarbaru Tahun 2024.

6. Simpulan dan Rekomendasi

a. Simpulan

1) Format

Format Laporan Kinerja (LKj) Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru Tahun 2024 telah sesuai Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah. Penyajian format Laporan Kinerja Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru Tahun 2024 dapat disimpulkan sebagai berikut :

- a) Telah menggambarkan data penting Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru;
- b) LKj telah menyajikan informasi target kinerja;

- c) Dalam LKj juga telah disajikan secara memadai mengenai capaian kinerja perangkat daerah;
- d) Dari hasil analisis pada Laporan Kinerja, sasaran strategis telah dilengkapi dengan data pendukung;
- e) Sasaran strategis telah menyajikan upaya perbaikan ke depan;
- f) Akuntabilitas keuangan telah disajikan pada Bab III mengenai capaian kinerja keuangan sasaran strategis.

2) Mekanisme Penyusunan

Mekanisme penyusunan Laporan Kinerja Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru Tahun 2024 dapat disimpulkan sebagai berikut :

- a) Laporan Kinerja Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru telah disusun oleh Tim Penyusun Laporan Kinerja Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru dibawah koordinasi sub bagian Perencanaan Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru;
- b) Informasi dalam Laporan Kinerja telah didukung dengan data yang memadai, yaitu :
 - Telah menyajikan data analisis keberhasilan/hambatan,
 - Telah menyajikan data analisis efisiensi sumber daya;
 - Telah menyajikan program/kegiatan penunjang;
- c) Penyampaian data dan informasi dari bidang ke unit penyusun Laporan Kinerja telah didukung mekanisme penyampaian data dan telah terdapat Standar Operasional dan Prosedur (SOP) mekanisme penyampaian data kinerja;
- d) Telah terdapat daftar penanggung jawab pengumpulan data/informasi disetiap unit kerja yang ditetapkan dengan Keputusan Kepala Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru;
- e) Data/informasi kinerja yang disajikan telah cukup diyakini keandalannya, dibuktikan dengan :
 - Data kinerja valid;
 - Sumber data dapat ditelusuri;
 - Sumber data diperoleh dari sumber yang kompeten;

- Data dapat diverifikasi;
 - Data konsisten; dan
 - Sasaran kinerja telah selaras dengan yang disajikan dalam Perjanjian Kinerja, Renstra dan Indikator Kinerja Utama (IKU).
- f) Data/infomasi kinerja yang disajikan telah diyakini keandalannya karena telah didukung dokumen/data yang memadai;
- g) Analisis/penjelasan dalam Laporan Kinerja telah diketahui oleh unit kerja terkait; dan
- h) Laporan Kinerja Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru merupakan gabungan partisipasi dari unit kerja dibawahnya.

3) Substansi

Substansi Laporan Kinerja Pemerintah Kota Banjarbaru Tahun 2024 secara umum dapat disimpulkan sebagai berikut :

- a) Penyusunan Laporan Kinerja telah mengacu pada indikator dan target pada Perjanjian Kinerja, Rencana Strategis (Renstra) dan Indikator Kinerja Utama (IKU) Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru;
- b) Terdapat sasaran kinerja yang tidak dapat dilakukan perbandingan target kinerjanya dengan target nasional dikarenakan indikator tidak ditemukan pada standar nasional ;
- c) Indikator kinerja dan Indikator Kinerja Utama (IKU) yang ditetapkan oleh Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru telah cukup mengukur tujuan/ sasaran;
- d) Indikator kinerja dan IKU yang ditetapkan telah cukup SMART.

b. Rekomendasi

Berdasarkan hasil keimpulan tersebut di atas, tidak ada rekomendasi perbaikan yang kami berikan.

Demikian laporan hasil revidi ini kami sampaikan. Inspektorat Kota Banjarbaru mengucapkan teimakasih atas kerjasama yang kooperatif dari Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru sehingga revidi ini berjalan dengan baik.

Banjarbaru, 24 Februari 2025

Inspektur Kota Banjarbaru,



**Drs. RAHMAT TAUFIK, M.Si,
CGCAE**

Pembina Utama Muda (IV/c)

NIP. 197006151990031006