

# LAPORAN KINERJA TAHUN 2023



**RUMAH SAKIT JIWA SAMBANG LIHUM  
PROVINSI KALIMANTAN SELATAN**

## DAFTAR ISI

<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>i</b>
<b>RINGKASAN EKSEKUTIF.....</b>	<b>ii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>viii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
<b>A. LATAR BELAKANG.....</b>	<b>1</b>
<b>B. DASAR HUKUM PEMBENTUKAN DAN TUGAS POKOK.....</b>	<b>2</b>
<b>C. STRUKTUR ORGANISASI.....</b>	<b>3</b>
<b>D. ISU STRATEGIS RS JIWA SAMBANG LIHUM.....</b>	<b>6</b>
<b>E. SISTEMATIKA PENYAJIAN.....</b>	<b>7</b>
<b>BAB II PERENCANAAN KINERJA.....</b>	<b>8</b>
<b>A. RENCANA STRATEGIS 2021-2026.....</b>	<b>8</b>
<b>B. PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023.....</b>	<b>15</b>
<b>BAB III AKUNTABILITAS KINERJA.....</b>	<b>31</b>
<b>A. AKUNTABILITAS KINERJA ORGANISASI.....</b>	<b>31</b>
<b>1. SASARAN RPJMD.....</b>	<b>32</b>
<b>2. KINERJA ESSELON II (Direktur).....</b>	<b>33</b>
<b>3. KINERJA ESSELON III ( Sekretaris/Kepala Bagian/Kepala Bidang).....</b>	<b>42</b>
<b>4. KINERJA Esselon IV (Kepala Subbagian / kepalaSubbidang).....</b>	<b>78</b>
<b>B. AKUNTABILITAS KEUANGAN.....</b>	<b>136</b>
<b>BAB IV PENUTUP.....</b>	<b>141</b>
<b>A. KESIMPULAN.....</b>	<b>141</b>
<b>B. STRATEGI PENINGKATAN KINERJA.....</b>	<b>145</b>

## KATA PENGANTAR

Puji Syukur Kehadirat Allah SWT yang telah memberikan kekuatan, kesehatan dan kemampuan kepada Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum untuk melaksanakan kegiatan pelayanan kesehatan jiwa bagi masyarakat baik promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif dan juga melakukan program kerja yang telah ditetapkan dengan baik dan lancar.

Laporan Kinerja Tahun 2023 disusun sebagai suatu pertanggungjawaban kami dalam penyelenggaraan, pelaksanaan dan pengelolaan Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum. Disamping itu, laporan tahun ini juga dimaksudkan sebagai bahan perbandingan, pengawasan dan perencanaan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan jiwa bagi masyarakat, khususnya masyarakat Provinsi Kalimantan Selatan.

Dalam Penyusunan Laporan Akuntabilitas ini, kami telah berupaya untuk melengkapi data mengenai aspek-aspek kegiatan Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum selama tahun 2023. Meskipun demikian, kami yakin masih terdapat kekurangan-kekurangan di dalam penyusunan laporan ini, oleh sebab itu saran dan kritik yang bersifat membangun sangat kami harapkan.

Demikian, semoga laporan ini dapat bermanfaat bagi kita semua dalam meningkatkan mutu pelayanan kepada masyarakat.

Banjari, Januari 2024

Direktur

Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum



**Dr.dr. Anna Martiana Afida, Sp.PK. MPH**

**NIP. 19690312 200003 2 001**

## RINGKASAN EKSEKUTIF

---

Laporan Kinerja (Lkj) Instansi Pemerintah merupakan bentuk akuntabilitas dari pelaksanaan tugas dan fungsi yang dipercayakan kepada setiap instansi pemerintah atas penggunaan anggarannya serta pengelolaan sumber daya dan pelaksanaan kebijakan dan program yang telah ditetapkan dalam perencanaan strategi, disamping juga merupakan alat kendali atau penilai kualitas kerja. Hal terpenting yang diperlukan dalam penyusunan laporan kinerja adalah pengukuran dan evaluasi serta pengungkapan (disclosure) secara memadai hasil analisis terhadap pengukuran kinerja.

Laporan Kinerja Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Tahun 2023 merupakan Laporan Kinerja dari periode Renstra RS. Jiwa Sambang Lihum tahun 2021-2026, sehingga di dalam laporan kinerja ini menyajikan capaian kinerja sasaran strategi tahun 2023 dengan membandingkan kinerjanya dengan tahun 2018 sampai dengan tahun 2022.

Penyusunan Laporan Kinerja pada RS. Jiwa Sambang Lihum Tahun 2023 didasarkan pada Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP), dan Peraturan Menteri Negara Pemberdayaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi No 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah.

### A. CAPAIAN KINERJA SASARAN STRATEGIS

Capaian kinerja Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum diukur dengan meratakan seluruh sasaran strategis yang diwakili oleh masing-masing indikator yang telah ditetapkan dalam Renstra dan PK Tahun 2023. Pengukuran keberhasilan sasaran strategis lebih dititik beratkan pada indikator *outcome*.

Berdasarkan 37 sasaran indikator kinerja keberhasilan yang ada didalam Indikator Kinerja Utama (IKU) capaian kinerja rata-rata sasaran strategis tersebut pada tahun 2023 adalah sebesar **100,34%** termasuk dalam kategori **Sangat Memuaskan**, dengan rincian sebagai berikut pada tabel Capaian Kinerja Sasaran Strategis Tahun 2023.

Tabel : Capaian Kinerja Tahun 2023

No	Kinerja Utama	% Capaian	Penanggung Jawab	Kategori
1	Meningkatnya Mutu Pelayanan RS Jiwa Sambang Lihum	98,31%	Direktur	Sangat Memuaskan
2	Meningkatkan Capaian Bidang Pelayanan dan Penunjang Medik	88.46%	Wakil Direktur Pelayanan dan Penunjang Medik	Memuaskan
3	Meningkatnya Mutu Administrasi, Keuangan dan Akuntabilitas Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum	100,12%	Wakil Direktur Administrasi Umum dan Keuangan	Sangat Memuaskan
4	Meningkatnya Mutu Pelayanan Penunjang Non Medik, Hukum dan Litbang	98.75%	Wakil Direktur Penunjang Non Medik, Hukum dan Litbang	Sangat Memuaskan
5	Meningkatnya Kinerja Pelayanan Medik	100%	Kepala Bidang Pelayanan Medik	Sangat Memuaskan
6	Meningkatnya Kinerja Penunjang Medik	100%	Kepala Bidang Penunjang Medis	Sangat Memuaskan
7	Meningkatnya mutu pelayanan keperawatan dan keselamatan pasien	99,99%	Kepala Bidang Keperawatan	Sangat Memuaskan
8	Meningkatnya sumber daya keperawatan	90%		Sangat Memuaskan
9	Meningkatnya kualitas pelayanan penunjang non medik	102,9%	Kepala Bidang Penunjang Non Medis	Sangat Memuaskan
10	Meningkatnya mutu pelayanan hukum dan informasi	100%	Kepala Bidang Hukum dan Informasi	Sangat Memuaskan
11	Meningkatnya kinerja pendidikan, penelitian dan pengembangan	100%	Kepala Bidang Pendidikan, Penelitian dan Pengembangan	Sangat Memuaskan
12	Meningkatnya penyelenggaraan urusan umum dan rumah tangga, pengelolaan ketatausahaan, kepegawaian serta perlengkapan dan aset	90%	Kepala Bagian Umum dan Kepegawaian	Sangat Memuaskan
13	Meningkatnya pengkoordinasian dan pengendalian perencanaan, kegiatan pengembangan organisasi, pembinaan tatalaksana dan evaluasi pelaksanaan kegiatan serta penyusunan laporan akuntabilitas kinerja Rumah Sakit	100%	Kepala Bagian Perencanaan dan Organisasi	Sangat Memuaskan
14	Meningkatkan kinerja bagian keuangan RSJ Sambang Lihum	101,78%	Kepala Bagian Keuangan	Sangat Memuaskan
15	Meningkatnya pelayanan ketatausahaan, kearsipan dan rumah tangga	100%	Kepala Sub Bagian Umum dan Rumah Tangga	Sangat Memuaskan
16	Meningkatnya penyelenggaraan administrasi dan penatalaksanaan perlengkapan dan aset	100%	Kepala Sub Bagian Perlengkapan dan Aset	Sangat Memuaskan
17	Meningkatnya penyelenggaraan pengelolaan kepegawaian	100%	Kepala Sub Bagian Kepegawaian	Sangat Memuaskan
18	Meningkatnya penyusunan perencanaan	100%	Kepala Sub Bagian Perencanaan	Sangat Memuaskan

19	Meningkatnya kegiatan pengembangan organisasi dan pembinaan tatalaksana rumah sakit	100%	Kepala Sub Bagian Organisasi dan Tata Laksana	Sangat Memuaskan
20	Meningkatnya pelaksanaan evaluasi dan pelaporan	100%	Kepala Sub Bagian Evaluasi dan Pelaporan	Sangat Memuaskan
21	Meningkatnya pengelolaan administrasi penerimaan pendapatan dan mobilisasi dana	103,5%	Kepala Sub Bagian Penerimaan dan Mobilisasi Dana	Sangat Memuaskan
22	Meningkatnya pelaksanaan fungsi perbendaharaan dan pelaksanaan anggaran	100%	Kepala Sub Bagian Perbendaharaan dan Pelaksanaan Anggaran	Sangat Memuaskan
23	Meningkatnya pelaksanaan akuntansi dan pelaporan keuangan	100%	Kepala Sub Bagian Akuntansi dan Pelaporan Keuangan	Sangat Memuaskan
24	Meningkatnya pelaksanaan pemeliharaan sarana dan prasarana non medik	113,17%	Kepala Seksi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Non Medik	Sangat Memuaskan
25	Meningkatnya pengelolaan sumber daya penunjang non medik	102,9%	Kepala Seksi Sumber Daya Penunjang Non Medik	Sangat Memuaskan
26	Meningkatnya pengelolaan hukum dan kerja sama	100%	Kepala Seksi Hukum dan Kerjasama	Sangat Memuaskan
27	Meningkatnya Kinerja Pelayanan Humas dan Informasi	100%	Kepala Seksi Humas dan Informasi	Sangat Memuaskan
28	Meningkatnya pelaksanaan pendidikan dan pelatihan	116,7%	Kepala Seksi Pendidikan dan Pelatihan	Sangat Memuaskan
29	Meningkatnya pelaksanaan penelitian dan pengembangan	106,3%	Kepala Seksi Penelitian dan Pengembangan	Sangat Memuaskan
30	Meningkatnya pelaksanaan mutu pelayanan medik	99,95%	Kepala Seksi Mutu Pelayanan Medik	Sangat Memuaskan
31	Meningkatnya ketersediaan dan pemanfaatan sarana dan alat medik serta peningkatan dan pengembangan kompetensi dan kapasitas tenaga medik	100%	Kepala Seksi Sumber Daya Medik	Sangat Memuaskan
32	Meningkatnya mutu pelayanan keperawatan	99,98%	Kepala Seksi Mutu Pelayanan Keperawatan	Sangat Memuaskan
33	Meningkatnya pendayagunaan tenaga keperawatan	99,78%	Kepala Seksi Sumber Daya Keperawatan	Sangat Memuaskan
34	Terpenuhinya sarana dan prasarana keperawatan sesuai kebutuhan	100%		Sangat Memuaskan
35	Meningkatnya Mutu pelayanan Penunjang diagnostik dan terapi	100%	Kepala Seksi Sumber Daya, Penunjang Diagnostik dan Terapi	Sangat Memuaskan
36	Meningkatnya sumber daya penunjang diagnostik dan terapi	100%		Sangat Memuaskan
37	Meningkatnya pengelolaan perbekalan dan pemeliharaan alat medis dan kesehatan	100%	Kepala Seksi Perbekalan dan Pemeliharaan Alat Medis Dan Kesehatan	Sangat Memuaskan
<b>TOTAL</b>		<b>100,34%</b>	<b>RSJ Sambang Lihum</b>	<b>Sangat Memuaskan</b>

Mengacu pada sasaran strategis yang ditetapkan oleh Rencana Strategis 2021-2026 yang diturunkan kedalam 37 Indikator Kinerja Utama (IKU). Ada 36 indikator telah berhasil dicapai dengan capaian Sangat Memuaskan, 1 indikator dengan kategori memuaskan.

## B. CAPAIAN KINERJA KEUANGAN

Anggaran Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Tahun 2023 yang berasal dari APBD Provinsi Kalimantan Selatan adalah :

Anggaran	Jumlah Anggaran	Realisasi Anggaran	Sisa Pagu Anggaran
Belanja Pegawai	Rp. 49,902,141,282,-	Rp. 44.179.725.662,-	Rp. 5.722.415.620,-
Belanja Barang Jasa	Rp. 11,995,698,200,-	Rp. 11.154.525.396,-	Rp. 841.172.804,-
Belanja Modal	Rp. 2,440,000,000,-	Rp. 2.265.391.238,-	Rp. 174.608.762,-
<b>Total</b>	Rp. 64,337,839,482,-	Rp. 57.599.642.296,-	Rp. 6.738.197.186,-

sisa anggaran tersebut terdiri dari :

- a) Efisiensi anggaran;
- b) Kegiatan yang tidak terserap pada tahun anggaran 2023

Anggaran Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Tahun 2023 yang berasal dari BLUD pendapatan Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Provinsi Kalimantan Selatan adalah :

Anggaran	Jumlah Anggaran	Realisasi Anggaran	Sisa Pagu Anggaran
Belanja Pegawai	Rp. 4,070,486,486,-	Rp. 3.081.887.000,-	Rp. 988.599.486,-
Belanja Barang jasa	Rp. 26,494,325,896,-	Rp. 24.946.251.258,-	Rp. 1.548.074.638,-
Belanja Modal	Rp. 3,850,260,000,-	Rp. 1.006.771.250,-	Rp. 2.843.488.750,-
Total	Rp. 34,415,072,382,-	Rp. 29.034.909.508,-	Rp. 5.380.162.874,-

Target pendapatan BLUD RSJ Sambang Lihum tahun 2023 sebesar Rp.25.000.000.000,- yang terealisasi Rp.25.455.757.700,48 atau 101,82% dari target, jadi total sisa pagu anggaran BLUD (Silpa) tahun 2023 adalah sebesar Rp.5.835.920.574,48, Sisa anggaran tersebut dari efisiensi kegiatan dan peningkatan pendapatan tahun 2023.

### **C. UPAYA-UPAYA PERBAIKAN KINERJA**

Capaian kinerja sasaran strategis tersebut di atas belum merupakan capaian optimal dan memerlukan perbaikan kinerja di masa yang akan datang dengan meningkatkan upaya-upaya kesehatan perorangan dan memaksimalkan upaya kesehatan masyarakat, diantaranya dengan mengambil langkah-langkah sebagai berikut:

1. Melakukan Koordinasi dengan kabupaten/kota dalam penanganan pasien yang sudah boleh pulang tapi belum dijemput oleh keluarga atau pihak yang bertanggung jawab.
2. Meningkatkan promosi pelayanan Rumah Sakit
3. Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap capaian kinerja masing masing bidang dan bagian.
4. Meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan jiwa
5. Meningkatkan ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan jiwa
6. Meningkatkan aksesibilitas pelayanan kesehatan jiwa
7. Meningkatkan kualitas program rehabilitasi
8. Meningkatkan kemitraan dengan lembaga rehabilitasi lainnya
9. Meningkatkan partisipasi keluarga pasien
10. Melakukan sosialisasi dan edukasi tentang kesehatan jiwa
11. Membangun jejaring kerja dengan masyarakat
12. Mendorong partisipasi masyarakat dalam pelayanan kesehatan jiwa
13. Meningkatkan efisiensi dan efektivitas penggunaan sumber daya
14. Meningkatkan transparansi dan akuntabilitas pengelolaan rumah sakit jiwa
15. Meningkatkan tata kelola rumah sakit jiwa

# BAB I

## PENDAHULUAN

---

### A. Latar Belakang

Dalam rangka meningkatkan pelaksanaan pemerintah yang berdayaguna, berhasil guna, bersih dan bertanggung jawab, telah diterbitkan Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) menggantikan Instruksi Presiden No. 7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (AKIP) serta Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah. Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah adalah perwujudan kewajiban suatu instansi pemerintah untuk mempertanggung jawabkan keberhasilan atau kegagalan pelaksanaan visi dan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui alat pertanggung jawaban secara periodik.

Untuk mencapai Akuntabilitas Instansi Pemerintah yang baik, Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum dituntut selalu melakukan pembenahan kinerja. Pembenahan kinerja diharapkan mampu meningkatkan peran serta fungsi dari sistem Pemerintahan Daerah yang berupaya memenuhi aspirasi masyarakat.

Laporan Kinerja juga bisa berperan sebagai alat kendali, alat penilaian kinerja, penyempurna dokumen perencanaan/penyempurna pelaksanaan program dimasa yang akan datang dan alat pendorong terwujudnya *good governance*. Dalam perspektif yang lebih luas, maka Laporan Kinerja berfungsi sebagai media pertanggungjawaban kepada publik atas pelaksanaan program dan kegiatan serta penggunaan anggaran.

Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Provinsi Kalimantan Selatan telah menyelesaikan sejumlah program dan kegiatan yang berkaitan dengan implementasi dari Rencana Kinerja Tahun 2023 yang juga masa awal dari Rencana Strategis Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Tahun 2021-2026. Rencana Strategis Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum tahun 2021-2026 memberikan arah dan fokus bagi pelaksanaan program dan kegiatan tersebut.

Laporan Kinerja Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum ini disusun berdasarkan data-data realisasi kinerja yang telah dilaksanakan selama periode tahun 2023 dan data Laporan Kinerja pada periode Renstra sebelumnya. Format dan substansi telah disesuaikan dengan 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.

## **B. Dasar Hukum Pembentukan Dan Tugas Pokok**

Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum adalah Rumah Sakit Khusus Daerah Kelas A yang terakreditasi PARIPURNA sesuai dengan standar akreditasi tahun 2022 merupakan unsur pendukung tugas pemerintahan daerah yang dipimpin oleh seorang Direktur yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah.

Berdasarkan Peraturan Daerah Provinsi Kalimantan Selatan Nomor 061 tahun 2021 tentang pembentukan, kedudukan, susunan organisasi, tugas dan fungsi, serta tata kerja Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum adalah sebagai berikut :

### **Bagian (1). Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum mempunyai tugas :**

Menyelenggarakan Sebagian urusan pemerintah daerah di bidang penyelenggaraan pelayanan Kesehatan, khususnya pelayanan Kesehatan jiwa secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan peningkatan Kesehatan lainnya dan pencegahan gangguan kejiwaan serta pelaksanaan upaya rujukan.

### **Bagian (2). Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum mempunyai fungsi :**

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan Kesehatan jiwa sesuai standar pelayanan rumah sakit.
2. Penyelenggaraan dan peningkatan Kesehatan jiwa perorangan melalui pelayanan Kesehatan yang paripurna meliputi promotive, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
3. penyelenggaraan pelayanan rehabilitasi NAPZA sesuai standar pelayanan rumah sakit

4. penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan pemberian pelayanan kesehatan jiwa
5. penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan jiwa dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan jiwa
6. penyelenggaraan pelayanan administrasi umum, keuangan, kepegawaian, fasilitasi hukum dan program Rumah Sakit

### **C. Struktur Organisasi**

Susunan Organisasi Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum mengacu pada Peraturan Daerah Provinsi Kalimantan Selatan Nomor 061 tahun 2021 tentang pembentukan, kedudukan, susunan organisasi, tugas dan fungsi, serta tata kerja Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum. Susunan Organisasi beserta tugasnya masing-masing adalah sebagai berikut :

1. Direktur;
2. Wakil Direktur Administrasi Umum dan Keuangan;  
Mempunyai tugas mengkoordinasikan dan mengendalikan penyelenggaraan urusan umum dan kepegawaian, program, organisasi rumah sakit, pengelolaan aset, sumber daya manusia, penyusunan anggaran dan pengelolaan keuangan.
3. Wakil Direktur Pelayanan dan Penunjang Medik;  
Mempunyai tugas mengkoordinasikan dan mengendalikan penyelenggaraan pelayanan medik dan spesialisistik, pelayanan jiwa dan NAPZA, upaya rujukan, pengembangan fasilitas medik dan penunjang medik, ketenagaan dan etika profesi, asuhan keperawatan dan tindakan medik lainnya
4. Wakil Direktur Penunjang Non Medik, Hukum dan Litbang  
Mempunyai tugas mengkoordinasikan dan mengendalikan penyelenggaraan penunjang non medik yang meliputi pemeliharaan sarana dan prasarana non medik, pengembangan sumber daya non medik, kebijakan hukum dan informasi rumah sakit, serta pendidikan, penelitian dan pengembangan
5. Bagian Umum dan Kepegawaian  
Mempunyai tugas menyelenggarakan urusan umum dan rumah tangga, pengelolaan ketatausahaan, kepegawaian serta perlengkapan dan aset.

6. Bagian Perencanaan dan Organisasi

Mempunyai tugas mengkoordinasikan dan mengendalikan penyusunan program, rencana strategis, rencana kerja, kegiatan pengembangan organisasi dan pembinaan tatalaksana rumah sakit, melaksanakan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan dan penyusunan laporan akuntabilitas kinerja rumah sakit

7. Bagian Keuangan

Mempunyai tugas melaksanakan penyusunan anggaran, pengelolaan administrasi penerimaan dan pengeluaran, mobilisasi dana, perbendaharaan dan pelaksanaan anggaran, serta melaksanakan sistem akuntansi pemerintahan dan menyusun laporan pertanggungjawaban keuangan rumah sakit.

8. Bidang Pelayanan Medis;

Mempunyai tugas mengkoordinasikan dan mengendalikan kegiatan pelayanan medik dan spesialisik, pelayanan jiwa dan NAPZA, upaya rujukan, evaluasi mutu pelayanan medik, analisis kebutuhan, pendayagunaan dan pembinaan tenaga medik, pemanfaatan dan pemantauan sarana dan alat medik.

9. Bidang Penunjang Medis;

Mempunyai tugas mengkoordinasikan dan mengendalikan kegiatan perencanaan kebutuhan sarana prasarana, inventarisasi dan pemeliharaan sarana prasarana penunjang medik

10. Bidang Keperawatan;

Mempunyai tugas mengkoordinasikan, membina dan mengendalikan kegiatan penyediaan dan pemenuhan sarana dan tenaga keperawatan serta menyelenggarakan pembinaan etika, mutu dan pelayanan keperawatan.

11. Bidang Penunjang Non Medik

Mempunyai tugas mengkoordinasikan dan mengendalikan kegiatan perencanaan kebutuhan sarana prasarana, inventarisasi, pemeliharaan sarana prasarana penunjang non medik.

12. Bidang Hukum dan Informasi

Mempunyai tugas mengkoordinasikan dan menyelenggarakan urusan hukum dan kerja sama dengan pihak ketiga, hubungan masyarakat, dan informasi rumah sakit.

13. Bidang Pendidikan, Penelitian dan Pengembangan

Mempunyai tugas mengkoordinasikan dan mengendalikan penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di rumah sakit.

14. Komite

mempunyai tugas membantu Direktur dalam menyusun standar pelayanan rumah sakit, memantau pelaksanaannya, pembinaan etika profesi, mengatur kewenangan profesi anggota staf medik fungsional dan mengembangkan program pelayanan.

15. Satuan Pemeriksaan Internal

Melaksanakan pengawasan serta audit kinerja internal rumah sakit.

16. Instalasi / Unit

Merupakan unsur organisasi fasilitas penyelenggaraan pelayanan medis, penunjang medis dan keperawatan rumah sakit jiwa.

17. Kelompok Jabatan Fungsional

Melaksanakan sebagian tugas Rumah Sakit sesuai dengan keahlian dan kebutuhan.

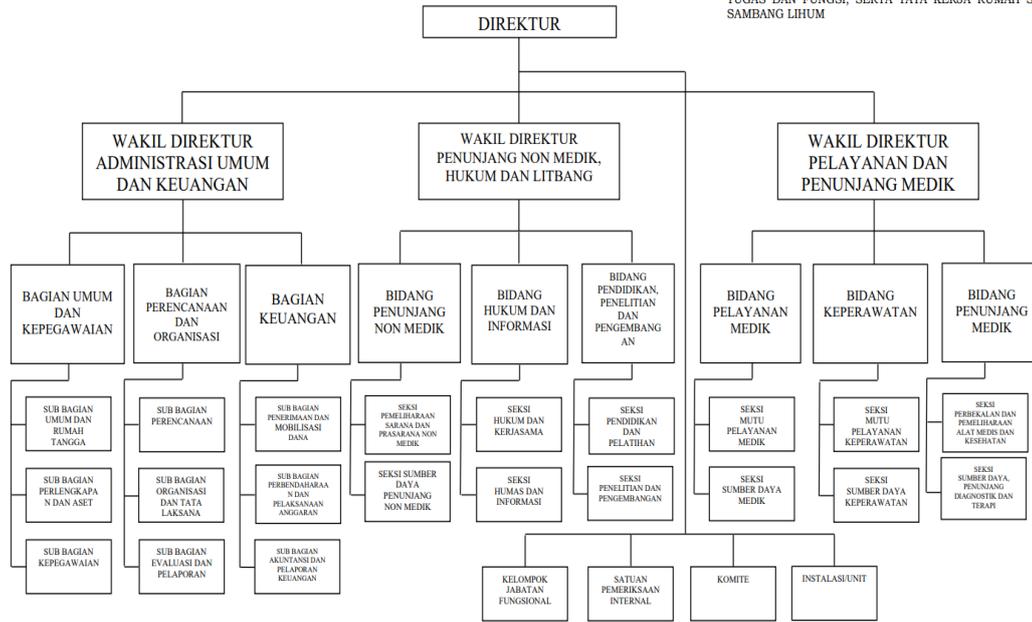
18. Dewan Pengawas

Memberikan arahan kepada Direktur dalam menentukan arah kebijakan Rumah Sakit, menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis, menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana anggaran, mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya, mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien, mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit dan mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan.

Berdasarkan lampiran Peraturan Daerah Provinsi Kalimantan Nomor 061 tahun 2021 tentang pembentukan, kedudukan, susunan organisasi, tugas dan fungsi, serta tata kerja Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum, bagan struktur Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum adalah sebagaimana ditampilkan pada gambar 1.

**BAGAN STRUKTUR ORGANISASI  
RUMAH SAKIT JIWA SAMBANG LIHUM**

LAMPIRAN  
PERATURAN GUBERNUR NOMOR 061 TAHUN 2021  
TENTANG PEMBENTUKAN, KEDUDUKAN, SUSUNAN ORGANISASI,  
TUGAS DAN FUNGSI, SERTA TATA KERJA RUMAH SAKIT JIWA  
SAMBANG LIHUM



Gambar 1

**D. ISU STRATEGIS RS JIWA SAMBANG LIHUM**

Penentuan isu-isu strategis dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan jiwa di Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum dilakukan dengan memperhatikan gambaran pelayanan yang dilakukan selama ini, sasaran jangka menengah pada Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Sasaran Jangka Menengah Daerah Provinsi Kalimantan Selatan, Implikasi RT/RW dalam penyelenggaraan pelayanan dan impikasi KLHS dalam penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum.

Dengan dasar tersebut telah ditelusuri Isu Strategis dalam Pengembangan Pelayanan Kesehatan Jiwa di Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum adalah sebagai berikut:

1. Peningkatan dan pengembangan kualitas pelayanan kesehatan jiwa sesuai standar yang berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien
2. Peningkatan kualitas dan kompetensi sumber daya manusia (SDM)
3. Peningkatan sarana dan prasarana Rumah Sakit
4. Peningkatan pendapatan Rumah Sakit

## **E. SISTEMATIKA PENYAJIAN**

Laporan Kinerja Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Tahun 2023 melaporkan pencapaian kinerja selama tahun 2023. Capaian kinerja tahun 2023 diukur dan dinilai berdasarkan Perjanjian Kinerja (PK) 2023 sebagai tolak ukur keberhasilan tahunan organisasi. Perjanjian Kinerja sendiri merupakan penjabaran Renstra Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum 2021–2026. Sistematika Laporan Kinerja Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2023, sebagaimana berikut :

- Bab I Pendahuluan berisi penjelasan singkat tentang latar belakang penyusunan, tugas pokok dan fungsi, urusan yang ditangani dan organisasi Satuan Kerja Perangkat Daerah yang menjalankan dan menjabarkan tugas pokok fungsi atas urusan yang ditangani.
- Bab II Perencanaan dan Penetapan Kinerja, menyajikan secara ringkas Rencana Pembangunan Jangka Menengah Tahun 2021-2026, Rencana Kerja Pemerintah Daerah pada Tahun 2023, dan Penetapan Kinerja Tahun 2023.
- Bab III Adalah akuntabilitas kinerja, menyajikan analisis pencapaian kinerja, keberhasilan dan kegagalan, sebagai pertanggungjawaban pencapaian hasil tahun 2023.
- Bab IV Penutup, menjelaskan kesimpulan hasil meyeluruh dari Laporan Akuntabilitas Kinerja Pemerintah Provinsi Kalimantan Selatan.

## BAB II

### PERENCANAAN KINERJA

---

#### A. RENCANA STRATEGIS 2021-2026

Rencana Strategis RS. Jiwa Sambang Lihum adalah dokumen perencanaan SKPD untuk periode 1-5 tahun disusun sesuai dengan tugas dan fungsi SKPD serta berpedoman kepada RPJMD dan bersifat indikatif.

Rencana Strategis SKPD substansinya terdiri dari visi, misi, tujuan, sasaran, strategi, kebijakan dan program/kegiatan dengan definisi masing-masing sebagai berikut:

**Visi** adalah rumusan umum mengenai keadaan yang diinginkan pada akhir periode perencanaan, dirumuskan untuk memberi arah kemana dan bagaimana suatu SKPD harus dibawa agar tetap eksis dan dapat berkarya secara konsisten, antisipatif, inovatif dan produktif.

**Misi** adalah rumusan umum mengenai upaya-upaya yang perlu diemban oleh SKPD untuk mencapai visi yang ditetapkan sejalan dengan tujuan organisasi.

**Tujuan** adalah rumusan yang menjelaskan arah pelaksanaan visi dan penjabaran dari misi, ditetapkan sesuai dengan tugas, fungsi dan peranan organisasi.

**Sasaran** adalah penjabaran dari tujuan secara terukur yang akan dicapai secara nyata oleh SKPD dalam jangka waktu tertentu (5 tahun).

**Strategi** adalah langkah-langkah berisikan program-program indikatif untuk mewujudkan visi dan misi.

**Kebijakan** adalah arah / tindakan yang diambil oleh SKPD untuk mencapai tujuan.

**Program/Kegiatan** adalah kumpulan kegiatan-kegiatan nyata, sistematis dan terpadu yang dilaksanakan oleh satu atau beberapa SKPD dan masyarakat guna mencapai sasaran dan tujuan.

## 1. Identifikasi Permasalahan Berdasarkan Tugas dan Fungsi Pelayanan Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum

Berdasarkan Peraturan Daerah Provinsi Kalimantan Selatan Nomor 061 Tahun 2021 tentang Pembentukan, kedudukan, susunan organisasi, tugas dan fungsi, serta tata kerja Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum, Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum mempunyai tugas untuk menyelenggarakan Sebagian urusan pemerintah daerah di bidang penyelenggaraan pelayanan Kesehatan, khususnya pelayanan Kesehatan jiwa secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan peningkatan Kesehatan lainnya dan pencegahan gangguan kejiwaan serta pelaksanaan upaya rujukan.

Untuk melaksanakan tugas tersebut, Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum mempunyai fungsi sebagai berikut :

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan Kesehatan jiwa sesuai standar pelayanan rumah sakit.
- b. Penyelenggaraan dan peningkatan Kesehatan jiwa perorangan melalui pelayanan Kesehatan yang paripurna meliputi promotive, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
- c. penyelenggaraan pelayanan rehabilitasi NAPZA sesuai standar pelayanan rumah sakit
- d. penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan pemberian pelayanan kesehatan jiwa
- e. penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan jiwa dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan jiwa
- f. penyelenggaraan pelayanan administrasi umum, keuangan, kepegawaian, fasilitasi hukum dan program Rumah Sakit

Beberapa permasalahan yang dihadapi berkaitan dengan pelaksanaan tugas dan fungsi Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum adalah sebagai berikut :

### a. Sumber Daya Manusia

Untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan jiwa dibutuhkan Sumber Daya Manusia (SDM) yang cukup dengan kompetensi sesuai dengan kebutuhan. Dengan kapasitas pelayanan seperti sekarang, jumlah SDM yang ada saat ini masih belum memenuhi standar baik jumlah maupun jenisnya, khususnya tenaga dokter

spesialis jiwa dan spesialis lain yang sesuai dengan standar Rumah Sakit jejaring pengampuan pelayanan kesehatan jiwa strata Utama. Beberapa jenis tenaga yang masih belum memenuhi standar meliputi, dokter spesialis jiwa, dokter subspesialis jiwa, dokter spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi, dokter spesialis anestesi dan perawat spesialis Keperawatan Jiwa.

Selain masalah kuantitas, SDM yang ada saat ini masih memerlukan peningkatan kapasitas sesuai dengan kompetensi masing-masing.

**b. Sarana dan Prasarana**

Sarana dan prasarana merupakan bagian yang penting dalam penyelenggaraan pelayan kesehatan jiwa. Secara umum sarana dan prasarana yang ada saat ini belum memenuhi standar untuk Rumah Sakit Khusus Kelas A dan sebagai Rumah Sakit jejaring pengampuan pelayanan kesehatan jiwa strata Utama. Sebagian bangunan yang digunakan untuk pelayanan kesehatan sudah berusia tua dan perlu untuk dibangun kembali, direnovasi atau direhabilitasi sesuai dengan kebutuhan dan tantangan dalam pelayanan kesehatan jiwa. Selain gedung, peralatan kesehatan juga memegang peranan penting dalam pelayanan kesehatan dimana kondisi saat ini masih belum sepenuhnya memenuhi standar, baik jumlah maupun jenisnya.

**c. Rawat Inap dan Rawat Jalan Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) dan Napza**

Pelayanan kesehatan bagi Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) dan Rehabilitasi Narkoba masih perlu dikembangkan dan ditingkatkan. Untuk mencapai keberhasilan pelayanan kesehatan jiwa dan rehabilitasi Narkoba baik rawat inap dan rawat jalan diperlukan dukungan administrasi, kepegawaian, keuangan dan administrasi umum. Keberhasilan penanganan ODGJ dan Rehabilitasi Narkoba ditentukan oleh multi aspek, bukan hanya medis tetapi juga non medis.

**d. Perencanaan program dan kegiatan**

Perencanaan program dan kegiatan merupakan bagian paling menentukan dalam upaya mencapai target kinerja Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum. Kualitas perencanaan akan sangat menentukan kualitas hasil yang dapat dicapai. Strategi perencanaan program dan kegiatan di lingkungan Rumah Sakit Jiwa Sambang

Lihum masih perlu untuk dikembangkan lebih baik lagi, sehingga diharapkan dapat mewujudkan target yang diharapkan. Pengembangan kapasitas perencana menjadi salah satu strategi yang mungkin dikembangkan selain pemanfaatan kemajuan teknologi informasi untuk perencanaan.

## 2. Telaahan Visi, Misi dan Program Kepala Daerah dan Wakil Kepala Daerah

Visi Kepala Daerah Terpilih Provinsi Kalimantan Selatan sebagai mana tercantum dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2021 – 2026 adalah

**“KALIMANTAN SELATAN MAJU (MAKMUR, SEJAHTERA DAN BERKELANJUTAN) SEBAGAI GERBANG IBU KOTA NEGARA”.**

Dalam upaya mewujudkan Visi tersebut, maka Misi pembangunan Provinsi Kalimantan Selatan adalah sebagai berikut :

1. Membangun sumber daya manusia yang berkualitas dan berbudi pekerti luhur.
2. Mendorong pertumbuhan ekonomi yang merata.
3. Memperkuat sarana prasarana dasar dan perekonomian.
4. Tata kelola pemerintahan yang lebih fokus pada pelayanan publik.
5. Menjaga kelestarian lingkungan hidup dan memperkuat ketahanan bencana

Berkaitan dengan Visi dan Misi Pembangunan Provinsi Kalimantan Selatan 2021 – 2026, keberadaan Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum mendukung pelaksanaan **Misi 1** yaitu dalam mengembangkan sumber daya manusia yang berkualitas dan berbudi pekerti luhur, khususnya dalam bidang kesehatan jiwa. Untuk melaksanakan misi ini tugas Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum adalah menyelenggarakan sebagian urusan pemerintah daerah di bidang penyelenggaraan pelayanan Kesehatan, khususnya pelayanan Kesehatan jiwa secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan peningkatan Kesehatan lainnya dan pencegahan gangguan kejiwaan serta pelaksanaan upaya rujukan.

### 3. Telaahan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan

Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2020 – 2024 dituangkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 13 tahun 2022 tentang perubahan atas peraturan Menteri Kesehatan nomor 21 tahun 2020 tentang rencana strategis kementerian Kesehatan tahun 2020-2024. Di dalam Renstra Kementerian Kesehatan tersebut dijelaskan bahwa permasalahan kesehatan jiwa sangat besar dan menimbulkan beban kesehatan yang signifikan.

1. Berdasarkan Riskesdas 2018 data permasalahan kesehatan jiwa di Indonesia, yaitu:
  - a. Prevalensi depresi pada penduduk usia  $\geq 15$  tahun adalah 6,1% yaitu sekitar 12 juta jiwa.
  - b. Gangguan Mental Emosional (GME) pada penduduk usia  $\geq 15$  tahun, dialami oleh 9,8% penduduk atau lebih dari 19 juta jiwa. GME menurut Riskesdas yaitu adanya gejala depresi dan cemas yang dinilai berdasarkan wawancara dengan instrumen *Self Reporting Questionnaire-20* (SRQ-20), dengan nilai batas pisah (cut off point)  $\geq 6$ , jawaban “YA”.
  - c. Proporsi gangguan jiwa berat (skizofrenia) yaitu 7 per 1000 penduduk atau sebanyak 1,6 juta jiwa
  - d. Sebanyak 31,5% dari jumlah penduduk Indonesia yang mengalami gangguan jiwa dipasung dalam 3 bulan terakhir, dan sekitar 91% penderita depresi tidak berobat atau menjalankan pengobatan medis.
  - e. Cakupan penderita gangguan jiwa skizofrenia/psikosis yang tidak rutin minum obat sejumlah 52,1 %.
2. Berdasarkan Penelitian BNN, BRIN, BPS tahun 2021 Angka prevalensi setahun terakhir meningkat dari 1,8 % (2019) menjadi 1,95% (2021) atau hampir 3,7 juta jiwa penduduk melakukan penyalahgunaan narkoba.

Sasaran program pelayanan kesehatan Direktorat Kesehatan jiwa adalah Mewujudkan masyarakat Indonesia sehat jiwa melalui upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum yang merupakan Satuan Kerja Perangkat Daerah di lingkungan Pemerintah Provinsi Kalimantan Selatan mempunyai tugas untuk melaksanakan upaya kesehatan jiwa secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dengan upaya peningkatan kesehatan lainnya serta pencegahan penyakit kejiwaan. Hal

ini sejalan dengan dengan sasaran program upaya kesehatan jiwa sebagaimana tertuang dalam program Direktorat Kesehatan jiwa Kementerian Kesehatan Tahun 2020 – 2024.

Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum terus mengembangkan diri untuk menjadi Rumah Sakit yang terdepan sebagai tempat pelayanan, pendidikan dan penelitian di bidang kesehatan jiwa. Saat ini Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum adalah Rumah Sakit Khusus Tipe A dan telah terakreditasi Paripurna dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) dan berdasarkan keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor HK.01.07/MENKES/1495/2023 TENTANG RUMAH SAKIT JEJARING PENGAMPUAN PELAYANAN KESEHATAN JIWA Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum ditetapkan sebagai Rumah Sakit Jiwa Strata Utama untuk Provinsi Kalimantan Selatan.

Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum terus berupaya mengembangkan jenis dan kualitas pelayanan kesehatan jiwa untuk mendukung pencapaian sasaran Rencana Strategis Kementerian Kesehatan sekaligus mendukung penyelenggaraan pembangunan bidang kesehatan di Provinsi Kalimantan Selatan sekaligus memberikan pelayanan untuk penanganan kasus-kasus gangguan jiwa yang ditemukan di Kalimantan Selatan sekaligus mendukung terwujudnya Kalsel Bebas Pasung.

#### **4. Telaahan Rencana Tata Ruang Wilayah dan Kajian Lingkungan Hidup**

Berdasarkan Dokumen Evaluasi Lingkungan Hidup yang dikeluarkan oleh Dinas Lingkungan Hidup Provinsi Kalimantan Selatan melalui Keputusan Kepala Dinas Lingkungan Hidup Provinsi Kalimantan Selatan Nomor : 188/058/DLH/2018, tanggal 2 Oktober 2018 tentang Dokumen Evaluasi Lingkungan Hidup Kegiatan Operasional Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Provinsi Kalimantan Selatan, Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum terletak di Jalan Gubernur Syarkawi Km 3,9 Kecamatan Gambut Kabupaten Banjar Provinsi Kalimantan Selatan, dengan luas lahan sekitar 14,63 hektar. Secara administratif, lahan BLUD Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum meliputi 2 wilayah kabupaten/kota yaitu Kabupaten Banjar dan Kota Banjarbaru.

Peruntukan lahan dimana Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum sesuai telaahan/kajian analisis perencanaan keruangan (*Analysis Spasial Planning*) areal/lokasi tanah sudah ada Bangunan Rumah Sakit Jiwa, Kantor RSJ dan infrastruktur lainnya milik Pemerintah Provinsi Kalimantan Selatan disimpulkan :

- a. Berdasarkan Peta Lampiran Perda No. Tanggal 25 September 2015 tentang RTRWP Kalimantan Selatan Tahun 2015 – 2035 berada pada kawasan hutan lindung seluas  $\pm$  2,17 Ha, kawasan peruntukan lainnya  $\pm$  12,32 Ha dan kawasan peruntukan pemukiman seluas seluas  $\pm$  0,14 Ha.
- b. Berdasarkan peta lampiran Keputusan Menteri Kehutanan Nomor : SK.435/Menhut-II/2009 tanggal 2009, berada pada kawasan hutan lindung seluas  $\pm$  2,17 Ha dan kawasan peruntukan lainnya seluas  $\pm$  12,46 Ha.

Pengembangan pembangunan fasilitas fisik Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum sesuai dengan rekomendasi dalam DELH yaitu tidak mencakup luasan izin penguasaan pihak ketiga lainnya kecuali jika pihak ketiga telah melepas izin penguasaannya dan tidak termasuk dalam Kawasan Hutan Lindung.

Dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan jiwa, sehari-harinya Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum berpotensi menghasilkan limbah menghasilkan limbah medis baik padat maupun cair, limbah B3 (Bahan Beracun dan Berbahaya) baik padat maupun cair yang jika tidak dikelola dengan baik akan berdampak buruk bagi lingkungan sekitar. Upaya pengelolaan limbah medis dan limbah B3 sudah dituangkan dalam dokumen UKL/UPL Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum yang sehari – hari dalam pengelolaannya bekerja sama secara triparted dengan PT. Transwaste Moda Indonesia yang berkedudukan di Graha 415 Lt.3 Jl. Ciputat Raya No.47 Pondok Pinang, Kebayoran Lama, Jakarta Selatan dan dengan PT. Prasadha Pamunah Limbah Industri yang berkedudukan di Jl. Raya Naragong desa Nambo, Kecamatan Klapanunggal, Kabupaten Bogor sesuai dengan Perjanjiaan Kerjasama Penangan Limbah B3 Cair dan Padat Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum dengan PT. Transwaste Moda Indonesia dan PT. Prasadha Pamunah Limbah Industri Nomor : 90/PKS-PEMOTDA/2022 dan Nomor : 208/LGL-TMI-JKT/VII/2022 dan Nomor : 242/PPLI-TP/VII-2022.

Selain limbah medis dan limbah B3, dari aktivitas dan pelayanan kesehatan sehari-hari juga menghasilkan limbah domestik cair dan padat. Untuk limbah domestik cair, Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum sudah dilengkapi dengan 2 unit Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL) sesuai dengan produk harian limbah cair. Keberadaan IPAL ini akan terus dievaluasi seiring dengan pengembangan pelayanan kesehatan. Untuk pemusnahan limbah domestik padat bekerjasama dengan pihak ketiga. Dengan

demikian pengelolaan limbah domestik sudah dilakukan sesuai standar pengelolaan lingkungan hidup.

## 5. Penentuan Isu Isu Strategis

Penentuan isu-isu strategis dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan jiwa di Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum dilakukan dengan memperhatikan gambaran pelayanan yang dilakukan selama ini, sasaran jangka menengah pada Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Sasaran Jangka Menengah Daerah Provinsi Kalimantan Selatan, Implikasi RTRW dalam penyelenggaraan pelayanan dan implikasi KLHS dalam penyelenggaraan pelayanan di Rumah sakit Jiwa Sambang Lihum.

Dengan dasar tersebut telah ditelusuri isu Strategis dalam Pengembangan Pelayanan Kesehatan Jiwa di Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum adalah sebagai berikut :

1. Peningkatan dan pengembangan kualitas pelayanan kesehatan jiwa sesuai standar yang berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien
2. Peningkatan kualitas dan kompetensi sumber daya manusia (SDM)
3. Peningkatan sarana dan prasarana Rumah Sakit
4. Peningkatan pendapatan Rumah Sakit

### B. PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023

Penetapan indikator kinerja pada tingkat program dan kegiatan merupakan prasyarat bagi pengukuran kinerja. Kriteria pengukuran yang dipakai adalah target kinerja yang ditetapkan. Target kinerja menunjukkan komitmen dari pimpinan dan seluruh anggota organisasi untuk mencapai hasil yang diinginkan dari setiap program dan kegiatan yang dilakukan.

Indikator kinerja kegiatan terdiri atas indikator *input* dan *output*. Sedangkan indikator kinerja program diukur dengan indikator hasil (*outcome*) yang pada umumnya dikaitkan dengan capaian *outcome* kegiatan yang dianggap sebagai penggerak kinerja utama atau mempunyai kontribusi terbesar untuk pencapaian program.

Indikator kinerja *input* terdiri atas besarnya dana yang digunakan dan pemakaian sumber daya manusia (SDM). Indikator kinerja *output* berupa hasil yang diperoleh setelah kegiatan selesai dilaksanakan, indikator kinerja *outcome* merupakan hasil atau manfaat dari *output*.

Perjanjian Kinerja seluruh pejabat Struktural, baik Esselon II, Esselon III dan Esselon IV adalah sebagai berikut yang tercantum dalam tabel di bawah ini :

**Perjanjian Kinerja Esselon II  
(Direktur)**

No	Kinerja Utama	Indikator Kinerja	Target	Penanggung Jawab
1	Meningkatnya Mutu Pelayanan RS Jiwa Sambang Lihum	Jumlah Inovasi Pelayanan Publik yang Dicanangkan	1	Direktur
		Nilai Survey Kepuasan Masyarakat	95	
		Persentase Pasien Berhasil Mandiri	100%	
		Tingkat Akreditasi Rumah Sakit	Paripurna 80 - 100	

**Perjanjian Kinerja Esselon III  
(Wakil Direktur Pelayanan dan Penunjang Medik)**

No	Kinerja Utama	Indikator Kinerja	Target	Penanggung Jawab
1	Meningkatnya Capaian Bidang Pelayanan dan Penunjang Medik	Persentase tempat tidur yang dimanfaatkan (BOR)	70%	Wakil Direktur Pelayanan dan Penunjang Medik
		Nilai ALOS Pasien Jiwa <25 hari	25 hari	
		Nilai ALOS Pasien Napza <110 hari	100 hari	
		Nilai capaian Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit	100%	

**Perjanjian Kinerja Esselon III  
(Wakil Direktur Administrasi Umum dan Keuangan)**

No	Kinerja Utama	Indikator Kinerja	Target	Penanggung Jawab
1	Meningkatnya Mutu Administrasi, Keuangan, dan Akuntabilitas Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum	Capaian Standar Pelayanan Minimal lingkup Administrasi dan Keuangan	100%	Wakil Direktur Administrasi Umum dan Keuangan
		Nilai SAKIP	80	

		Nilai Survei Kepuasan Karyawan	≥ 90	
--	--	--------------------------------	------	--

**Perjanjian Kinerja Esselon III  
(Wakil Direktur Penunjang Non Medik, Hukum dan Litbang)**

No	Kinerja Utama	Indikator Kinerja	Target	Penanggung Jawab
1	Meningkatnya mutu pelayanan penunjang non medik, hukum dan Litbang	Sarana dan prasarana penunjang non medik dalam kondisi baik dan berfungsi	85%	Wakil Direktur Penunjang Non Medik, Hukum dan Litbang
		SDM penunjang non medis yang bekerja sesuai dengan kebutuhan RS	80%	
		Capaian pemenuhan ketersediaan dokumen produk hukum dan Kerjasama kemitraan dengan pihak ketiga	100%	
		Kegiatan diklat dan litbang yang dikoordinasikan dan terlaksana	100%	

**Perjanjian Kinerja Esselon III  
(Kepala Bidang Pelayanan Medik)**

No	Kinerja Utama	Indikator Kinerja	Target	Penanggung Jawab
1	Meningkatnya Kinerja Pelayanan Medik	Persentase pasien rawat inap yang mengalami perbaikan gejala	100 %	Kepala Bidang Pelayanan Medik

		Persentase pemenuhan layanan Jiwa bagi pasien peserta JKN	100 %	
		Persentase pemenuhan layanan Rehabilitasi NAPZA	100 %	
		Persentase pemenuhan layanan rujukan	100 %	

### Perjanjian Kinerja Esselon III (Kepala Bidang Penunjang Medis)

No	Kinerja Utama	Indikator Kinerja	Target	Penanggung Jawab
1	Meningkatnya Kinerja Penunjang Medik	Persentase pelayanan penunjang medik sesuai standar	100%	Kepala Bidang Penunjang Medis
		Persentase SDM penunjang medik sesuai kompetensi	100%	
		Persentase Sarana prasarana Penunjang Medik sesuai standar masing masing unit	100%	

### Perjanjian Kinerja Esselon III (Kepala Bidang Keperawatan)

No	Kinerja Utama	Indikator Kinerja	Target	Penanggung jawab
1.	Meningkatnya mutu pelayanan keperawatan dan keselamatan pasien	Persentase pasien mengalami perbaikan setelah mendapat asuhan keperawatan	90 %	Kepala Bidang Keperawatan
		Persentase pasien lari dapat dicegah	100 %	

		Persentase pasien jatuh dapat dicegah	100 %	
		Persentase pasien bunuh diri dapat dicegah	100 %	
2.	Meningkatnya sumber daya keperawatan	persentase pemenuhan sumber daya keperawatan	100 %	

**Perjanjian Kinerja Esselon III  
(Kepala Bidang Penunjang Non Medis)**

No	Kinerja Utama	Indikator Kinerja	Target	Penanggung jawab
1	Meningkatnya kualitas pelayanan penunjang non medik	Persentase pemenuhan sarana prasarana non medik sesuai standar	80%	Kepala Bidang Penunjang Non Medis
		Persentase pemenuhan SDM penunjang non medik sesuai kompetensi	80%	

**Perjanjian Kinerja Esselon III  
(Kepala Bidang Hukum dan Informasi)**

No	Kinerja Utama	Indikator Kinerja	Target	Penanggung jawab
1	Meningkatnya mutu pelayanan hukum dan informasi	Persentase pemenuhan kebutuhan layanan, fasilitas, perlindungan dan pendampingan hukum kepada semua unsur RS	100 %	Kepala Bidang Hukum dan Informasi
		Persentase pemenuhan penyusunan produk hukum dan kebijakan Rumah Sakit	100 %	

		persentase kerjasama kemitraan dengan pihak ketiga dapat ditindaklanjuti	100 %	
		Persentase pemenuhan kebutuhan layanan humas dan informasi	100 %	

**Perjanjian Kinerja Esselon III  
(Kepala Bidang Pendidikan, Penelitian dan Pengembangan)**

No	Kinerja Utama	Indikator Kinerja	Target	Penanggung Jawab
1	Meningkatnya kinerja pendidikan, penelitian dan pengembangan	Persentase pelaksanaan kegiatan peningkatan kompetensi SDM sesuai kebutuhan	100 %	Kepala Bidang Pendidikan, Penelitian dan Pengembangan
		Persentase jumlah penelitian dan hasil penelitian yang ditindaklanjuti	100 %	
		Persentasi Dokumen dan pelaksanaan kegiatan pengembangan usaha pendapatan serta inovasi RS	100 %	
		Persentasi ketersediaan dokumen perencanaan dan pelaksanaan kegiatan pengembangan usaha pendapatan serta inovasi RS	100 %	

**Perjanjian Kinerja Esselon III  
(Kepala Bagian Umum dan Kepegawaian)**

No	Kinerja Utama	Indikator Kinerja	Target	Penanggung Jawab
1	Meningkatnya Penyelenggaraan urusan umum dan rumah tangga, pengelolaan ketatausahaan, kepegawaian serta perlengkapan dan aset	Persentase pemenuhan layanan administrasi umum, rumah tangga dan ketertiban keamanan lingkungan Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum	100 %	Kepala Bagian Umum dan Kepegawaian
		Persentase pemenuhan kebutuhan SDM	100 %	

		Persentase pemenuhan sarana prasarana sesuai kebutuhan	100 %	
--	--	--	-------	--

**Perjanjian Kinerja Esselon III  
(Kepala Bagian Perencanaan dan Organisasi)**

No	Kinerja Utama	Indikator Kinerja	Target	Penanggung jawab
1	Meningkatnya pengkoordinasian dan pengendalian perencanaan, kegiatan pengembangan organisasi, pembinaan tatalaksana dan evaluasi pelaksanaan kegiatan serta penyusunan laporan akuntabilitas kinerja Rumah Sakit	Persentase pemenuhan dokumen perencanaan program dan kegiatan	100 %	Kepala Bagian Perencanaan dan Organisasi
		Persentase pemenuhan dokumen evaluasi dan pelaporan	100 %	
		Persentase pemenuhan dokumen pengembangan organisasi dan tatalaksana	100 %	

**Perjanjian Kinerja Esselon III  
(Kepala Bagian Keuangan)**

No	Kinerja Utama	Indikator Kinerja	Target	Penanggung Jawab
1	Meningkatkan kinerja bagian keuangan RSJ Sambang Lihum	Persentase pemenuhan ketersediaan dokumen rencana anggaran RS	100 %	Kepala Bagian Keuangan
		Persentase realisasi penerimaan pendapatan	95 %	
		Persentase pemenuhan kebutuhan dokumen laporan keuangan	100 %	

		Persentase pemenuhan pelaksanaan fungsi perbendaharaan dan pelaksanaan anggaran	100 %	
--	--	---	-------	--

**Perjanjian Kinerja Esselon IV  
(Kepala Sub Bagian Umum dan Rumah Tangga)**

No	Kinerja Utama	Indikator Kinerja	Target	Penanggung Jawab
1	Peningkatan pelayanan ketatausahaan, kearsipan dan rumah tangga	Persentase pemenuhan layanan surat menyurat	100%	Kepala Sub Bagian Umum dan Rumah Tangga
		Persentase pemenuhan kebutuhan pengetikan, penggandaan dan pencetakan naskah dinas dan ekspedisi	100%	
		Persentase pemenuhan pelayanan pengelolaan arsip, ketertiban dan keamanan Lingkungan Rumah Sakit	100%	

**Perjanjian Kinerja Esselon IV  
(Kepala Sub Bagian Perlengkapan dan Aset)**

No	Kinerja Utama	Indikator Kinerja	Target	Penanggung Jawab
1	Meningkatnya penyelenggaraan administrasi dan penatalaksanaan perlengkapan dan aset	Persentase ketersediaan dokumen Rencana Kebutuhan Barang Unit (RKBU) dan Rencana Tahunan Barang Unit (RBU)	100%	Kepala Sub Bagian Perlengkapan dan Aset
		Persentase barang inventaris tercatat dalam kartu aset	100%	
		Persentase pemeliharaan barang inventaris	100%	

**Perjanjian Kinerja Esselon IV  
(Kepala Sub Bagian Kepegawaian)**

No	Kinerja Utama	Indikator Kinerja	Target	Penanggung jawab
1	Meningkatnya penyelenggaraan pengelolaan kepegawaian	Persentase pemenuhan ketersediaan dokumen rencana kebutuhan pegawai	100%	Kepala Sub Bagian Kepegawaian
		Persentase pemenuhan layanan adminitrasi kepegawaian	100%	
		Persentase pemenuhan pelaksanaan Sistem Informasi Majemen Kepegawaian	100%	

**Perjanjian Kinerja Esselon IV  
(Kepala Sub Bagian Perencanaan)**

No	Kinerja Utama	Indikator Kinerja	Target	Penanggung jawab
1	Meningkatnya penyusunan perencanaan	Persentase penuhi ketersediaan dokumen rencana kerja RS	100%	Kepala Sub Bagian Perencanaan
		Persentase pemenuhan ketersediaan dokumen Rencana Kerja dan Anggaran (RKA)	100%	

**Perjanjian Kinerja Esselon IV  
(Kepala Sub Bagian Organisasi dan Tata Laksana)**

No	Kinerja Utama	Indikator Kinerja	Target	Penanggung Jawab
1	Meningkatnya kegiatan pengembangan organisasi dan pembinaan tatalaksana Rumah Sakit	Persentase pelaksanaan kegiatan pengembangan Organisasi Rumah Sakit	100%	Kepala Sub Bagian Organisasi dan Tata Laksana
		Persentase ketersediaan Regulasi dan Pembinaan Tata Laksana Rumah Sakit	100%	

**Perjanjian Kinerja Esselon IV  
(Kepala Sub Bagian Evaluasi dan Pelaporan)**

No	Kinerja Utama	Indikator Kinerja	Target	Penanggung Jawab
1	Meningkatnya pelaksanaan evaluasi dan pelaporan	Persentase penginputan realisasi program dan kegiatan pada aplikasi e-Monev	100%	Kepala Sub Bagian Evaluasi dan Pelaporan
		Persentase pemenuhan terkumpulnya laporan kinerja bulanan pejabat structural tepat waktu	100%	
		Persentase pemenuhan dokumen laporan kinerja pejabat structural rutin dilakukan setiap bulan	100%	
		Persentase pemenuhan dokumen laporan hasil evaluasi kinerja satuan kerja perangkat daerah (SKPD) tahun sebelumnya	100%	

**Perjanjian Kinerja Esselon IV  
(Kepala Sub Bagian Penerimaan dan Mobilisasi Dana)**

No	Kinerja Utama	Indikator Kinerja	Target	Penanggung Jawab
1	Meningkatnya pengelolaan administrasi penerimaan pendapatan dan mobilisasi dana	Persentase pemenuhan dokumen penerimaan dan pendapatan RSJ Sambang Lihum	100%	Kepala Sub Bagian Penerimaan dan Mobilisasi Dana
		Persentase klaim tagihan pembayaran tunggakan pasien dan pihak ketiga dapat diselesaikan	90%	

**Perjanjian Kinerja Esselon IV  
(Kepala Sub Bagian Perbendaharaan dan Pelaksanaan Anggaran)**

No	Kinerja Utama	Indikator Kinerja	Target	Penanggung Jawab
1	Meningkatnya pelaksanaan fungsi perbendaharaan dan pelaksanaan anggaran	Persentase pemenuhan layanan administrasi pengeluaran dan keuangan	100%	Kepala Sub Bagian Perbendaharaan dan Pelaksanaan Anggaran
		Persentase pemenuhan layanan verifikasi dokumen pengeluaran dan keuangan	100%	

**Perjanjian Kinerja Esselon IV  
(Kepala Sub Bagian Akuntansi dan Pelaporan Keuangan)**

No	Kinerja Utama	Indikator Kinerja	Target	Penanggung Jawab
1	Meningkatnya pelaksanaan akuntansi dan pelaporan keuangan	Persentase pemenuhan penatalaksanaan akuntansi pada transaksi keuangan Rumah Sakit	100%	Kepala Sub Bagian Akuntansi dan Pelaporan Keuangan
		Persentase pemenuhan kebutuhan dokumen laporan keuangan tepat waktu	100%	

**Perjanjian Kinerja Esselon IV  
(Kepala Seksi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Non Medik)**

No	Kinerja Utama	Indikator Kinerja	Target	Penanggung Jawab
1	Meningkatnya pelaksanaan pemeliharaan sarana dan prasarana non medik	Persentase unit bangunan gedung RS dalam kondisi baik dan berfungsi	80%	Kepala Seksi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Non Medik
		Persentase peralatan Penunjang Non medik dalam kondisi baik dan berfungsi	80%	

**Perjanjian Kinerja Esselon IV  
(Kepala Seksi Sumber Daya Penunjang Non Medik)**

No	Kinerja Utama	Indikator Kinerja	Target	Penanggung Jawab
1	Meningkatnya pengelolaan sumber daya penunjang non medik	Persentase pemenuhan kebutuhan SDM Penunjang Non Medik	80%	Kepala Seksi Sumber Daya Penunjang Non Medik
		Persentase Pemenuhan Kebutuhan Sarana Prasarana Penunjang Non Medik	80%	

**Perjanjian Kinerja Esselon IV  
(Kepala Seksi Hukum dan Kerjasama)**

No	Kinerja Utama	Indikator Kinerja	Target	Penanggung Jawab
1	Meningkatnya pengelolaan hukum dan kerjasama	Persentase pemenuhan ketersediaan bahan referensi Peraturan perundang-undangan	100 %	Kepala Seksi Hukum dan Kerjasama
		Persentase pemenuhan penyusunan produk hukum dan kebijakan Rumah Sakit yang dapat diselesaikan	100 %	
		Persentase layanan perjanjian kerjasama kemitraan dengan pihak ketiga yang ditindak lanjuti	100 %	
		Persentase Pemenuhan kegiatan konsultasi dan fasilitasi pendampingan hukum bagi unsur-unsur rumah sakit	100 %	

**Perjanjian Kinerja Esselon IV  
(Kepala Seksi Humas dan Informasi)**

No	Kinerja Utama	Indikator Kinerja	Target	Penanggung Jawab
1	Meningkatnya Kinerja Pelayanan Humas dan Informasi	Persentase Pemenuhan Layanan Humas dan Informasi	100 %	Kepala Seksi Humas dan Informasi
		Persentase Pemenuhan Updating Data pada Media Informasi	100 %	
		Persentase Pengaduan yang Ditindaklanjuti	100 %	

**Perjanjian Kinerja Esselon IV  
(Kepala Seksi Pendidikan dan Pelatihan)**

No	Kinerja Utama	Indikator Kinerja	Target	Penanggung Jawab
1	Meningkatnya pelaksanaan pendidikan dan pelatihan	Persentase pemenuhan dokumen rencana kebutuhan diklat di RS	100 %	Kepala Seksi Pendidikan dan Pelatihan
		Persentase pemenuhan kebutuhan layanan pengembangan kompetensi SDM RS	80 %	
		Persentase hasil evaluasi pelaksanaan diklat di RS yang ditindaklanjuti	80 %	

**Perjanjian Kinerja Esselon IV  
(Kepala Seksi Penelitian dan Pengembangan)**

No	Kinerja Utama	Indikator Kinerja	Target	Penanggung Jawab
1	Meningkatnya pelaksanaan penelitian dan pengembangan	Persentase pemenuhan dokumen rencana penelitian dan pengembangan di RS	100 %	Kepala Seksi Penelitian dan Pengembangan

		Persentase pemenuhan layanan penelitian dan pengembangan di RS	80 %	
		Persentase pemenuhan dokumen laporan hasil penelitian dan pengembangan	100 %	
		Persentasi pemenuhan dokumen hasil kegiatan survey kepuasan masyarakat dan Karyawan di RS	100 %	

**Perjanjian Kinerja Esselon IV  
(Kepala Seksi Mutu Pelayanan Medik)**

No	Kinerja Utama	Indikator Kinerja	Target	Penanggung jawab
1	Meningkatnya pelaksanaan mutu pelayanan medik	Persentase pemenuhan ketersediaan Regulasi sesuai dengan kebutuhan pelayanan medik	100 %	Kepala Seksi Mutu Pelayanan Medik
		Persentase tenaga medis memberikan pelayanan sesuai dengan Clinical pathway	100 %	

**Perjanjian Kinerja Esselon IV  
(Kepala Seksi Sumber Daya Medik)**

No	Kinerja Utama	Indikator Kinerja	Target	Penanggung Jawab
1	Meningkatnya ketersediaan dan pemanfaatan sarana dan alat medik serta peningkatan dan pengembangan kompetensi dan kapasitas tenaga medik	Persentase pemenuhan Dokumen kebutuhan tenaga medik	100 %	Kepala Seksi Sumber Daya Medik
		Persentase pemenuhan dokumen sarana dan alat medik	100 %	
		Persentase Tenaga Medis Yang memiliki STR dan SIP yang masih berlaku	100 %	

**Perjanjian Kinerja Esselon IV  
(Kepala Seksi Mutu Pelayanan Keperawatan)**

No	Kinerja Utama	Indikator Kinerja	Target	Penanggung jawab
1	Meningkatnya mutu pelayanan keperawatan	Persentase pasien mengalami perbaikan setelah mendapat pelayanan keperawatan	90 %	Kepala Seksi Mutu Pelayanan Keperawatan
		Persentase insiden keselamatan pasien dapat dicegah	100 %	
		Persentase kepatuhan perawat melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan secara lengkap dan jelas dalam Rekam Medik	100 %	

**Perjanjian Kinerja Esselon IV  
(Kepala Seksi Sumber Daya Keperawatan)**

No	Kinerja Utama	Indikator Kinerja	Target	Penanggung jawab
1	Meningkatnya pendayagunaan tenaga keperawatan	Persentase pemenuhan kebutuhan dokumen hasil analisis kebutuhan tenaga keperawatan	100 %	Kepala Seksi Sumber Daya Keperawatan
		Persentase tenaga keperawatan melaksanakan tugas sesuai kompetensinya	100 %	
		Persentase Tenaga Keperawatan Yang memiliki STR dan SIPP yang masih berlaku	100 %	
2	Terpenuhinya sarana dan prasarana keperawatan sesuai kebutuhan	Persentase pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana keperawatan	100 %	

**Perjanjian Kinerja Esselon IV  
(Kepala Seksi Sumber Daya, Penunjang Diagnostik dan Terapi)**

No	Kinerja Utama	Indikator Kinerja	Target	Penanggung Jawab
1	Meningkatnya Mutu pelayanan Penunjang diagnostik dan terapi	Persentase Kepatuhan Tenaga terhadap standar pelayanan penunjang diagnostik dan terapi	100 %	Kepala Seksi Sumber Daya, Penunjang Diagnostik dan Terapi
		Persentase peralatan penunjang diagnostik dan terapi dalam kondisi baik dan berfungsi	100 %	
		Persentase respon terhadap laporan gangguan dan kerusakan alat penunjang diagnostik dan terapi maksimal 1 X 24 jam	100 %	
2	Meningkatnya sumber daya penunjang diagnostik dan terapi	Persentase tenaga penunjang diagnostik dan terapi memiliki STR dan SIP yang masih berlaku	100 %	
		Persentase peralatan penunjang diagnostik dan terapi dikalibrasi tepat waktu	80 %	
		Persentase pemenuhan kebutuhan Bahan dan Alat Kesehatan habis pakai (BAKHP) untuk penunjang diagnostik dan terapi	100 %	
		Persentase pemenuhan kebutuhan peralatan penunjang diagnostik dan terapi	100 %	

**Perjanjian Kinerja Esselon IV  
(Kepala Seksi Perbekalan dan Pemeliharaan Alat Medis Dan Kesehatan)**

No	Kinerja Utama	Indikator Kinerja	Target	Penanggung jawab
1	Meningkatnya pengelolaan perbekalan dan pemeliharaan alat medis dan kesehatan	Persentase peralatan medis dalam kondisi baik dan berfungsi	100 %	Kepala Seksi Perbekalan dan Pemeliharaan Alat Medis Dan Kesehatan
		persentase pemenuhan perbekalan dan alat kesehatan	100 %	

## BAB III

### AKUNTABILITAS KINERJA

---

#### A. Akuntabilitas Kinerja Organisasi

Laporan Kinerja Instansi Pemerintah merupakan bentuk akuntabilitas dari pelaksanaan tugas dan fungsi yang dipercayai kepada setiap instansi pemerintah atas penggunaan anggarannya. Hal terpenting yang diperlukan dalam penyusunan laporan kinerja adalah pengukuran dan evaluasi serta pengungkapan (*disclosure*) secara memadai hasil analisis terhadap pengukuran kinerja.

Pengukuran kinerja merupakan kegiatan membandingkan antara target kinerja yang telah ditetapkan dengan realisasinya. Melalui perbandingan tersebut dapat diketahui celah kinerja, yang merupakan selisih antara realisasi hasil program utama dengan targetnya indikator yang diwakili masing-masing sasaran di dalamnya. Celah kinerja tersebut kemudian dianalisis untuk dicari penyebab ketidakberhasilan yang dijadikan dasar penetapan strategi peningkatan kinerja di masa datang.

Laporan kinerja Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Tahun 2023 menggambarkan capaian kinerja sasaran dan kegiatan yang dituangkan dalam Rencana Strategis (Renstra) Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Tahun 2021–2026. Indikator sasaran mencerminkan manfaat/hasil dari *output* yang pada umumnya dikaitkan dengan capaian kegiatan yang dianggap sebagai penggerak kinerja terdekat atau mempunyai kontribusi terbesar untuk pencapaian program. Sedangkan indikator kinerja kegiatan terdiri atas indikator input dan output, indikator kinerja input terdiri atas jumlah dana yang digunakan dan pemakaian sumber daya manusia (SDM) dan indikator kinerja output berupa hasil yang diperoleh dari kegiatan yang dilaksanakan.

Laporan kinerja tahun 2023 merupakan pengukuran kinerja tahun kedua dari masa Rencana Strategis (Renstra) Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum tahun 2021-2026. Dalam rangka memberikan kesimpulan pengukurannya, Provinsi Kalimantan Selatan menetapkan kategorisasi pencapaian kinerja sesuai Peraturan Menteri Pemberdayaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi RI Nomor 12 Tahun 2015 tentang pedoman Evaluasi atas Implementasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah berdasarkan capaian rata-rata atas indikator kinerja menjadi enam kategori sebagai berikut :

Urutan	Rentang Capaian	Kategori Capaian
I	Lebih dari 90%	Sangat Memuaskan
II	Diatas 80% sampai dengan 90%	Memuaskan
III	Diatas 70% sampai dengan 80%	Sangat Baik
IV	Diatas 60% sampai dengan 70%	Baik
V	Diatas 50% sampai dengan 60%	Cukup
VI	Kurang dari 50%	Kurang

## 1. Sasaran RPJMD

RSJ Sambang Lihum termasuk dalam RPJMD Dinas Kesehatan yakni urusan kesehatan. Walaupun tidak secara langsung mengemban sasaran strategis RPJMD Pemerintah Provinsi Kalimantan Selatan akan tetapi sesuai dengan Rencana Strategis 2021-2026 RSJ Sambang Lihum mendukung misi Pemerintah Provinsi Kalimantan Selatan yakni **misi 1** (Membangun Sumber Daya Manusia yang Berkualitas dan Berbudi Pekerti Luhur), khususnya membangun Sumber Daya Manusia yang diarahkan ke psikososial, dalam hal ini bidang kesehatan jiwa. Juga **misi 4** (Tata Kelola Pemerintahan yang Lebih Fokus pada Pelayanan Publik), yaitu mengembangkan dan melaksanakan pelayanan kesehatan yang maksimal dan berkualitas dengan mengutamakan kenyamanan pelayanan publik. Untuk melaksanakan misi ini tugas Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum adalah melaksanakan upaya kesehatan jiwa secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dengan upaya peningkatan kesehatan jiwa dan rehabilitasi penyalahgunaan NAPZA, yang berfokus pada kenyamanan pelayanan publik. Hal tersebut dijabarkan dalam visi misi Rumah Sakit yang dilanjutkan dengan Penetapan Kinerja Tahunan yang memuat Perjanjian Kinerja dan Indikator Kinerja Utama tahunan.

## 2. ESSELON II ( Kepala Dinas / Kepala Badan / Kepala Biro / Direktur )

Tingkat capaian kinerja Esselon II (Direktur) Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum tahun 2023 adalah sebagai berikut :

### Capaian Kinerja Esselon II (Direktur)

No	Sasaran Strategis	Kinerja Utama	Indikator	Target	Realisasi	Persentase Capaian
1	Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan	Meningkatnya Mutu Pelayanan RSJ Sambang Lihum	Jumlah Inovasi Pelayanan Publik Yang Dicanangkan	1	1	100%
			Nilai Survey Kepuasan Masyarakat	95	93.65	98.58%
			Persentase Pasien Berhasil Mandiri	100%	94.66%	94.66%
			Tingkat Akreditasi Rumah Sakit	80-100 (Paripurna)	Paripurna	100%
			<b>Rata-rata capaian</b>			

*Rumus Perhitungan :*

#### 1. Jumlah Inovasi Pelayanan Publik Yang Dicanangkan

Dihitung berdasarkan jumlah rancangan yang diajukan oleh unit kerja di Lingkungan RSJ Sambang Lihum dan ditetapkan menjadi inovasi RSJ Sambang Lihum.

#### 2. Nilai Survey Kepuasan Masyarakat

Nilai Survey Kepuasan Masyarakat dihitung menggunakan "nilai rata-rata tertimbang" dari 9 unsur pelayanan yang dikaji dengan rumus sebagai berikut :

$$\frac{\text{Total Nilai Persepsi Per Unsur}}{\text{Total Unsur yang terisi}} \times \text{Nilai Penimbang}$$

#### 3. Persentase Pasien Berhasil Mandiri

Persentase pasien berhasil mandiri dihitung dengan membandingkan jumlah pasien yang mampu melakukan Aktivitas of Daily Living (ADL) dan dinyatakan

boleh pulang oleh Dokter. Penanggungjawab terhadap seluruh pasien yang dilayani dengan rumus sebagai berikut

$$\frac{\text{Jumlah Pasien Berhasil Mandiri}}{\text{Jumlah Pasien dilayani dalam kurun waktu tertentu}} \times 100\%$$

#### 4. Tingkat Akreditasi Rumah Sakit

Tingkat Akreditasi diberikan oleh lembaga Akreditasi RS sesuai hasil survey yang dilakukan

Sedangkan perbandingan capaian kinerja Esselon II (Direktur) Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Tahun 2018 - 2023 dengan capaian kinerja sebagai berikut :

No	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2023		
		2018	2019	2020	2021	2022	Target	Realisasi	% Capaian
1.	Jumlah Inovasi Pelayanan Publik Yang Dicanangkan	-	-	-	-	1	1	1	100%
2.	Nilai Survey Kepuasan Masyarakat	90,28	90,56	92,87	93,61	93,95	95	93,65	98,58%
3.	Persentase Pasien Berhasil Mandiri	88,74	94,52	99,00	94,87%	96,14%	100%	94,66%	94,66%
4.	Tingkat Akreditasi Rumah Sakit	Paripurna	Paripurna	Paripurna	85 (Paripurna)	96,13 (Paripurna)	80-100 (Paripurna)	96,13 (Paripurna)	100%
<b>Rata – Rata Capaian</b>									<b>98,31%</b>

Perbandingan capaian kinerja Esselon II (Direktur) Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum dengan capaian SKPD regional sejenis, target / standar nasional, serta SDG's:

No	Indikator	Perbandingan							Target Nasional	Realisasi Nasional	Target SDG's
		Kalsel	Kalteng	Kalbar	Kaltim	kaltara					
1.	Jumlah Inovasi Pelayanan Publik Yang Dicanangkan	ada	ada	ada	ada	-	-	-	-	-	
2.	Nilai Survey Kepuasan Masyarakat	93,65	86,58	78,50	86,35	-	85,00	-	80,00		
3.	Persentase Pasien Berhasil Mandiri	94,66	-	-	-	-	-	-	-		
4.	Tingkat Akreditasi Rumah Sakit	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	-	terakreditasi	-	-		

Menurut tabel maka terlihatlah perbandingan-perbandingannya, berikut penjelasannya :

### 1) Perbandingan Realisasi dengan Target

Sasaran strategis dari Esselon II dengan jabatan Direktur adalah Meningkatkan Mutu Pelayanan RSJ Sambang Lihum dengan Indikator Kinerja Utama sebagai berikut :

- a) Indikator dari **Jumlah Inovasi Pelayanan Publik Yang Dicanangkan** tahun 2023 terealisasi 100% dari target 1 inovasi yang canangkan, yaitu berupa Sambang Lihum Mobile Clinic (Klinik Bergerak Sambang Lihum), BATAKUN DOK (BerikAn TAnyA Kalian UNtuk DOKter) dan inovasi khusus untuk layanan kelompok rentan, Untuk indikator pertama dibandingkan dengan capaian tahun sebelumnya sama. Sedangkan di tahun 2022 ada beberapa inovasi yang dilaksanakan, seperti Si Paman Juara, PELITA SALI dan Digital ASSIST.
- b) Pencapaian indikator **Nilai Survei Kepuasan Masyarakat** yang terealisasi pada tahun 2023 dengan nilai 93.65 dari target 95, sehingga persentasi capaian Nilai SKM tahun 2023 yaitu 98.58% terhadap nilai akhir Capaian Target. Dilihat dari capaian tahun 2023 ini menurun 0.30 poin dari tahun 2022.
- c) Pencapaian indikator **Persentase Pasien Berhasil Mandiri** yang terealisasi pada tahun 2023 dengan persentase 94.66% dari target 100%, sehingga persentase capaian kinerjanya 94.66%, dapat dilihat dari capaian tahun 2023 ini menurun 1,48% dari tahun 2022.
- d) Pencapaian indikator **Tingkat Akreditasi Rumah Sakit** dapat terealisasi pada tahun 2023 ini dengan terlaksananya kegiatan survey Akreditasi pada tahun 2022, dan hasilnya pun memuaskan dalam rentang nilai 96.13 atau mendapatkan predikat Akreditasi PARIPURNA sesuai target 100 % yang diinginkan.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2023 pada Kinerja Utama Meningkatkan Mutu Pelayanan Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum adalah 98.31% dengan kategori **Sangat Memuaskan**.

### 2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait (*Time Series*) ;

- a) Jumlah Inovasi Pelayanan Publik Yang Dicanangkan  
Pada tahun 2023 ini Jumlah Inovasi Pelayanan Publik Yang Dicanangkan, dan terealisasi 100% dari target 1 inovasi yang canangkan, inovasi tersebut adalah Sambang Lihum Mobile Clinic (Klinik Bergerak Sambang Lihum), BATAKUN DOK (BerikAn TAnyA Kalian UNtuk DOKter) dan inovasi khusus untuk layanan

kelompok rentan, perbandingan hasil sama dengan capaian tahun sebelumnya.

b) Nilai Survei Kepuasan Masyarakat

Pada tahun 2023, Nilai Survei Kepuasan Masyarakat di Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum terealisasi dengan nilai 93.65, ini berarti terjadi penurunan 0.30 point dari tahun 2022 yaitu 93.95, dan berada pada capaian 98.58% dengan kategori masih **Sangat Memuaskan**.

c) Persentase Pasien Berhasil Mandiri

Pada tahun 2023, Persentase Pasien Berhasil Mandiri di Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum dengan persentase 94.66%. Persentase indikator ini menurun 1.48% dibandingkan dengan persentase yang dicapai pada tahun 2022, sehingga capaian persentase pada indikator ini 94.66%.

d) Tingkat Akreditasi Rumah Sakit

Realisasi Tingkat Akreditasi Rumah Sakit pada tahun 2023 ini mendapatkan pengakuan sebagai Rumah Sakit terakreditasi tingkat PARIPURNA dengan nilai 96.13, ini bisa dicapai dengan terlaksananya kegiatan survey Akreditasi di bulan Nopember 2022, dan hasilnya pun memuaskan dengan mendapat predikat Akreditasi PARIPURNA sesuai target yang diinginkan.

### 3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja

Untuk mengetahui gambaran mengenai tingkat pengukuran kinerja sasaran strategis, dilakukan pengukuran melalui dokumen Penilaian Kinerja yang kemudian dibandingkan dengan realisasinya yang disajikan dalam Laporan Pengukuran Kinerja. Selanjutnya atas hasil pengukuran kinerja, dilakukan evaluasi dan analisis kinerja untuk mengetahui keberhasilan dan kegagalan pencapaian Sasaran Strategis RSJ Sambang Lihum dan sebab-sebab tercapai dan tidak tercapainya kinerja yang diharapkan. Secara umum pencapaian kinerja untuk semua indikator pada tahun 2023 ini mencapai 100%, meskipun masih juga terdapat beberapa indikator kinerja yang belum tercapai 100% dalam hal ini memberikan implikasi pada predikat kinerja dengan kategori **Sangat Memuaskan** dengan nilai rata-rata capaian **98,31%**. Analisis datanya sebagai berikut :

a) Jumlah Inovasi Pelayanan Publik yang Dicanangkan

Indikator Jumlah Inovasi Pelayanan Publik yang Dicanangkan dilaksanakan tahun 2023 ini, terealisasi 100% dari target 1 inovasi yang canangkan, yaitu berupa inovasi Sambang Lihum Mobile Clinic (Klinik Bergerak Sambang Lihum). Dan ada beberapa lagi inovasi yang di laksanakan

yaitu BATAKUN DOK (BerikAn TAnyA Kalian UNtUK DOKter) dan inovasi khusus untuk layanan kelompok rentan. Dan di tahun 2022 ada beberapa inovasi yang dilaksanakan, seperti Si Paman Juara, PELITA SALI dan Digital ASSIST.

b) Nilai Survei Kepuasan Masyarakat

Tujuan dari survei kepuasan masyarakat ini untuk mengetahui gambaran Kepuasan Masyarakat, yang diperoleh dari hasil pengukuran atas pendapat masyarakat terhadap kualitas pelayanan kesehatan yang telah diberikan oleh Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum dan juga sebagai bahan pengambilan kebijakan bagi pengambil keputusan di RSJ Sambang Lihum. Survei Kepuasan Masyarakat di Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum dilakukan sebanyak 4 kali setahun pada setiap triwulan dengan menggunakan alat ukur kuesioner (pengisian sendiri/ kuesioner dengan wawancara tatap muka). Kuesioner survei kepuasan masyarakat berisi 10 indikator pelayanan, yaitu Persyaratan; Prosedur; Waktu Pelayanan; Biaya; Produk Pelayanan; Kompetensi Pelaksana; Perilaku Pelaksana; Penanganan Pengaduan, Saran, dan Masukan; Sarana dan Prasarana; serta Mahasiswa Peserta Didik. Responden dipilih secara acak sebanyak 829 responden, sampel responden diambil berdasarkan perhitungan dari populasi kunjungan pasien selama tahun 2023. Survei dilaksanakan pada area pelayanan, yang terdiri dari IGD, Pelayanan rawat jalan yang meliputi pelayanan di Instalasi Rawat Jalan (Poli Jiwa, Poli Napza) dan Instalasi Anak Remaja dan instalasi pendukungnya yaitu Instalasi pelayanan di Rehabilitasi Medik, pelayanan di Instalasi Farmasi, pelayanan di Instalasi Psikologi, pelayanan di Instalasi Laboratorium, pelayanan di Instalasi Radiologi, pelayanan Rawat Inap yang meliputi instalasi rawat inap Jiwa dan Rawat Inap Napza dan diklat Rumah Sakit Pelaksanaan survei di laksanakan pada bulan Oktober-Desember (triwulan IV) tahun 2023 Nilai Survei Kepuasan Masyarakat adalah 93.65 ini berarti berada dalam nilai interval konversi 88,31 – 100,00 dengan kategori mutu pelayanan A (sangat baik). Adapun nilai per unsur pelayanan dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

No.	UNSUR PELAYANAN	IKM UNSUR PELAYANAN	STANDAR DAN NILAI IKM UNIT PELAYANAN
U1	Persyaratan Pelayanan	94.12	A (sangat baik) : 88,31 – 100,00 B (baik) : 76,61 – 88,30 C (kurang baik) : 65,00 – 76,60 D (tidak baik) : 25,00 – 64,99  Total : 93.65 Kategori : SANGAT BAIK  Jumlah Responden : 829 orang
U2	Prosedur Pelayanan	94.51	
U3	Waktu Pelayanan	91.71	
U4	Biaya/Tarif	94.57	
U5	Produk Spesifikasi Pelayanan	94.06	
U6	Kompetensi Pelaksana	94.06	
U7	Perilaku Pelaksana	93.97	
U8	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	94.03	
U9	Sarana dan Prasarana	91.65	
U10	Mahasiswa/ Peserta Didik	93.94	

c) Tingkat Akreditasi Rumah Sakit

Adalah pengakuan terhadap RSJ Sambang Lihum yang diberikan oleh Lembaga Independen Penyelenggara Akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan, setelah di nilai bahwa RS itu memenuhi standar pelayanan Rumah Sakit yang berlaku untuk meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit secara berkesinambungan yang mengutamakan mutu dan keselamatan pasien. Pada tanggal 15 s/d 17 November 2022 RS Jiwa Sambang Lihum di survey oleh Lembaga Independen Penyelenggara Akreditasi yaitu KARS (Komisi Akreditasi Rumah Sakit), dan pada tanggal 23 November 2022 ditetapkan bahwa RSJ Sambang Lihum terakreditasi PARIPURNA yang berlaku sampai dengan 14 November 2026.



d) Persentase pasien berhasil mandiri

Adalah pasien yang dapat melakukan Activities of Daily Living (ADL) dan dinyatakan boleh pulang (BLPL) oleh Dokter Penanggungjawab Pasien

(DPJP) pada tahun 2023, Persentase Pasien berhasil mandiri di Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum dengan persentase 94.66%. Persentase indikator ini menurun 1.48% dibandingkan dengan persentase yang dicapai pada tahun 2022, sebesar 96.14%.

**INDIKATOR EFISIENSI PENGGUNAAN TEMPAT TIDUR  
RUMAH SAKIT JIWA DAERAH SAMBANG LIHUM TAHUN 2023**

NO	BULAN	JUMLAH HARI PERAWATAN	JUMLAH LAMA DIRAWAT	KUNJUNGAN PASIEN BARU	KUNJUNGAN PASIEN LAMA	JUMLAH PASIEN MASUK	JUMLAH PASIEN KELUAR HIDUP	JUMLAH PASIEN MENINGGAL		JUMLAH TEMPAT TIDUR	PERIODE	NILAI IDEAL BOR	NILAI IDEAL ALOS	NILAI IDEAL TOI	NILAI IDEAL BTO	NILAI IDEAL GDR	NILAI IDEAL NDR
								≤ 48 Jam	≥ 48 Jam			60-85%	42 HARI	1-3 HARI	40-50 KALI	≤ 45%	≤ 25%
1	JANUARI	3252	2907	57	86	143	143	0	0	300	31	34.97	20.33	42.29	0.48	0.00	0.00
2	FEBRUARI	3308	3187	68	87	155	145	0	0	300	28	39.38	21.98	35.12	0.48	0.00	0.00
3	MARET	3575	2927	51	124	175	158	0	2	300	31	38.44	18.29	35.78	0.53	12.50	12.50
4	APRIL	3454	4173	46	98	144	173	0	0	300	30	38.38	24.12	32.06	0.58	0.00	0.00
5	MEI	3800	3780	69	119	188	151	1	1	300	31	40.86	24.71	35.95	0.51	13.07	6.58
6	JUNI	3504	3874	64	89	153	179	0	2	300	30	38.93	21.40	30.36	0.60	11.05	11.05
7	JULI	4017	4251	66	114	180	157	0	2	300	31	43.19	26.74	33.23	0.53	12.58	12.58
8	AGUSTUS	3851	3843	67	108	175	189	0	1	300	31	41.41	20.23	28.68	0.63	5.26	5.26
9	SEPTEMBER	3573	3672	69	117	186	176	0	0	300	30	39.70	20.86	30.84	0.59	0.00	0.00
10	OKTOBER	3770	3419	68	128	196	180	0	0	300	31	40.54	18.99	30.72	0.60	0.00	0.00
11	NOVEMBER	3754	6804	69	110	179	182	0	2	300	30	41.71	36.98	28.51	0.61	10.87	10.87
12	DESEMBER	3872	3170	76	108	184	159	1	0	300	31	41.63	19.81	33.93	0.53	6.25	0.00
<b>JUMLAH</b>		43730	46007	770	1288	2058	1992	2	10	3600	365						
<b>RATA-RATA</b>		3644.17	3833.92	64.17	107.33	171.50	166.00	0.17	0.83	300	30	39.94	22.96	32.82	6.68	5.99	5.00

Sumber : Rekam Medik RSJ Sambang Lihum

NO	KETERANGAN	BULAN												JUMLAH
		JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGT	SEP	OKT	NOV	DES	
1	KUNJUNGAN RAWAT JALAN	2396	2353	1882	3997	2913	2285	2065	2103	2108	2026	2078	3813	30019
2	PASIEN MASUK RS	143	155	175	144	188	153	180	175	186	196	179	184	2058
3	PASIEN KELUAR RS	143	145	160	173	153	181	159	190	176	180	184	160	2004
	MEMBAIK	139	132	142	160	144	166	146	175	156	162	160	148	1830
	DROPING	0	3	6	0	0	6	1	12	12	7	18	2	67
	DIRUJUK	0	0	1	0	2	1	1	0	4	4	1	0	14
	APS	4	10	9	13	5	6	9	2	3	7	3	9	80
	MENINGGAL > 48 JAM	0	0	2	0	1	2	2	1	0	0	2	0	10
	MENINGGAL < 48 JAM	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2
	PASIEN BUNUH DIRI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	PASIEN LARI	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
4	LOS (HARI)	20.33	21.98	18.29	24.12	24.39	21.17	26.40	20.23	20.86	18.99	36.98	19.81	22.96
	LOS JIWA	17.59	22.15	16.17	19.65	23.66	18.88	25.56	18.07	18.25	17.40	38.61	16.32	21.07
	LOS NAFZA	36.24	21.13	34.05	40.54	29.30	31.97	30.24	32.17	37.42	28.46	31.45	31.86	32.27
5	BOR (%)	34.97	39.38	34.44	38.38	40.85	38.93	43.19	41.41	39.70	40.54	41.71	41.63	39.94

Sumber : Rekam Medik RSJ Sambang Lihum

Program serta kegiatan-kegiatan RSJ Sambang Lihum yang paling mendukung pada indikator yang dianalisa yaitu program **Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat** dengan kegiatan sebagai berikut :

1. Penyediaan Fasilitas Pelayanan, Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi.

2. Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi.
3. Penerbitan izin Rumah Sakit kelas B dan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat daerah provinsi.

### **3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;**

Dalam meningkatkan mutu pelayanan RSJ Sambang Lihum maka upaya-upaya yang sudah dilakukan yaitu :

1. Melakukan lomba inovasi tingkat Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum, yang di ikuti semua instalasi dan ruangan yang ada sehingga dapat menampung ide-ide kreatif dalam meningkatkan pelayanan.
2. Meningkatkan kualitas pelayanan publik yang dapat memenuhi hak dan kebutuhan pengguna layanan, unsur-unsur pelayanan yang dinilai yaitu persyaratan pelayanan, prosedur pelayanan, waktu pelayanan, biaya/tarif, produk spesifikasi pelayanan, kompetensi pelaksana, perilaku pelaksana, penanganan pengaduan ; saran dan masukan serta fasilitas sarana dan prasarana. Melaksanakan Survey Kepuasan Masyarakat empat kali dalam satu tahun, dinilai langsung oleh publik dengan teknik pemberian kuesioner, baik dengan pengisian sendiri maupun kusioner dengan wawancara tatap muka dan online sehingga didapatkan Nilai Survey Kepuasan Masyarakat.
3. Memberikan pelayanan dan rehabilitasi psikososial pada pasien ODGJ hingga dinyatakan sembuh mandiri oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), dinyatakan sembuh mandiri dengan kriteria dapat melakukan aktivitas atau kegiatan sehari-hari seperti : Tidur, mandi, makan dan minum, *toilet training*, ganti pakaian, minum obat dapat dilakukan sendiri.
4. Berusaha menjaga predikat Rumah sakit dengan akreditasi PARIPURNA dengan mempertahankan dan meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.

### **3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;**

1. Masih adanya stigma di masyarakat, menyebabkan masyarakat tidak optimal dalam merawat ODGJ.
2. Pasien yang dinyatakan sembuh mandiri oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) tidak dapat dikembalikan ke keluarga karena adanya penolakan dari keluarga dan keterlambatan pihak dinas sosial untuk

menjemput, sehingga pasien yang sudah dinyatakan boleh pulang kembali ditampung di Rumah Sakit sebagai pasien transit yang menjadi beban anggaran Rumah Sakit dengan ketersediaan anggaran terbatas.

### **3.3 Rencana Tindak Lanjut;**

1. Melakukan Koordinasi dengan kabupaten/kota dalam penanganan pasien yang sudah boleh pulang tapi belum dijemput oleh keluarga atau pihak yang bertanggung jawab.
2. Meningkatkan promosi pelayanan Rumah Sakit
3. Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap capaian kinerja masing masing bidang dan bagian.
4. Meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan jiwa
5. Meningkatkan ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan jiwa
6. Meningkatkan aksesibilitas pelayanan kesehatan jiwa
7. Meningkatkan kualitas program rehabilitasi
8. Meningkatkan kemitraan dengan lembaga rehabilitasi lainnya
9. Meningkatkan partisipasi keluarga pasien
10. Melakukan sosialisasi dan edukasi tentang kesehatan jiwa
11. Membangun jejaring kerja dengan masyarakat
12. Mendorong partisipasi masyarakat dalam pelayanan kesehatan jiwa
13. Meningkatkan efisiensi dan efektivitas penggunaan sumber daya
14. Meningkatkan transparansi dan akuntabilitas pengelolaan rumah sakit jiwa
15. Meningkatkan tata kelola rumah sakit jiwa

#### **4) Program dan Kegiatan Penunjang Kinerja**

Program atau kegiatan yang menunjang keberhasilan pencapaian kinerja tersebut adalah :

1. Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Provinsi

Kegiatan :

- a. Perencanaan, Penganggaran dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah
- b. Administrasi Keuangan Perangkat Daerah
- c. Penyediaan Jasa Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah
- d. Peningkatan pelayanan BLUD

2. Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat.

Kegiatan :

- a. Penyediaan Fasilitas Pelayanan, Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi
  - b. Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi.
  - c. Penerbitan izin Rumah Sakit Kelas B dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Daerah Provinsi.
3. Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan.
- Kegiatan :
- a. Perencanaan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan untuk UKM dan UKP Provinsi.
  - b. Pengembangan Mutu dan Peningkatan Kompetensi Teknis Sumber Daya Manusia Kesehatan Tingkat Daerah Provinsi.

### 3 . ESSELON III ( Sekretaris/Kepala Bagian/Kepala Bidang)

Tingkat capaian kinerja Esselon III (Wakil direktur/Kepala Bagian/Kepala Bidang) RSJ Sambang Lihum tahun 2023 adalah sebagai berikut :

#### Capaian Kinerja Esselon III (Wakil Direktur Administrasi dan Keuangan)

No	Sasaran Strategis	Kinerja Utama	Indikator	Target	%Realisasi	% Capaian
1	Meningkatnya Mutu Administrasi Keuangan dan Akuntabilitas RSJ Sambang Lihum	Meningkatnya Mutu Administrasi, Keuangan dan Akuntabilitas Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum	Capaian standar pelayanan minimal lingkup Administrasi dan Keuangan	100%	100%	100%
			Nilai SAKIP	85	82.10	96.58%
			Nilai survei kepuasan karyawan	≥90	93,40	103,77%
<b>Rata Rata capaian</b>						100.12%

*Rumus Perhitungan :*

1. Capaian standar pelayanan minimal lingkup Administrasi dan Keuangan

$$\frac{\text{Jumlah nilai rata-rata capaian setiap indikator mutu unit}}{\text{jumlah indikator}} \times 100\%$$

2. Nilai SAKIP

Penilaian Akuntabilitas Kinerja Instransi Pemerintah di lingkup Pemerintah Provinsi Kalimantan Selatan dilaksanakan oleh Inspektorat Prov. Kalsel. Nilai SAKIP setiap SKPD sesuai dengan Laporan Hasil Evaluasi (LHE) yang dikeluarkan oleh Inspektorat Provinsi Kalsel

### 3. Nilai survei kepuasan karyawan

$$\frac{\text{Jumlah nilai dari setiap responden}}{\text{jumlah seluruh responden}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon III (Wakil Direktur Administrasi dan Keuangan) RSJ Sambang Lihum tahun 2023 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya.

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2023		
		2018	2019	2020	2021	2022	Target	Realisasi	% Capaian
1.	Capaian standar pelayanan minimal lingkup Administrasi dan Keuangan	-	-	-	96.78%	97.12%	100%	100%	100%
2.	Nilai SAKIP	70,78	80.03	80.24	81.99	82.30	85	82.10	96,58%
3.	Nilai survei kepuasan karyawan	-	-	-	92.98	91.85	≥90	93.40	103,77%
<b>Rata-rata capaian</b>									100.12%

Menurut tabel diatas maka terlihatlah perbandingan-perbandingannya, berikut penjelasannya :

#### 1) Perbandingan Realisasi dengan Target

Sasaran strategis dari Esselon III dengan jabatan Wakil Direktur Administrasi dan Keuangan adalah Meningkatkan Capaian Kinerja Administrasi dan Keuangan dengan Kinerja Utama sebagai berikut :

- a) Realisasi Capaian Indikator standar pelayanan minimal lingkup Administrasi dan Keuangan dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2023 dengan persentase 100% sehingga capaian persentasenya 100%.
- b) Realisasi Nilai SAKIP dengan target 85 dapat terealisasi dengan nilai sakip tahun 2022 adalah 82.10 sehingga capaian persentasenya 96,58%
- c) Realisasi Nilai survei kepuasan karyawan dengan target ≥90 dapat terealisasi pada tahun 2023 dengan nilai 93,40 sehingga capaian persentasenya 103,77%

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian kinerja Esselon III (Wakil Direktur Administrasi dan Keuangan) RSJ Sambang Lihum Tahun 2023 adalah 100.12% dengan kategori **Sangat Memuaskan**.

#### 2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait

- a. Capaian Indikator standar pelayanan minimal lingkup Administrasi dan Keuangan Dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2023 dengan persentase 100% meningkat 2.88% dari tahun 2022 yang hanya 97.12%.
- b. Nilai SAKIP

Realisasi Nilai SAKIP dengan target nilai 85 dapat terealisasi dengan penilaian sakip tahun 2022 yang dikeluarkan pada tahun 2023 dengan nilai 82.10 yang tidak dapat diperbandingkan dengan capaian dari penilai SAKIP tahun 2021 yang dikeluarkan pada tahun 2022 dengan nilai 82.30 karena ada perubahan rumus perhitungan dan indikator indikator penilaian.

c. Survei kepuasan karyawan

Realisasi Nilai survei kepuasan karyawan dengan target  $\geq 90$  dapat terealisasi pada tahun 2023 dengan nilai 93,40 meningkat 1.55 poin dari tahun 2022 dengan nilai 91.85.

### 3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja

Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja adalah:

#### 3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;

1. Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap rencana kinerja dan kegiatan bidang di lingkup administrasi dan keuangan
2. Melakukan koordinasi dengan seluruh bidang dan bagian di Rumah Sakit

#### 3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;

1. Keterbatasan anggaran membuat masih ada sarana prasarana Rumah Sakit yang tidak bisa difungsikan dan ini berpengaruh pada kenyamanan dalam memberikan pelayanan.
2. Kurangnya sumber daya manusia (SDM) yang berkualitas.
3. Kurang tersedianya sarana dan prasarana yang memadai.

#### 3.3 Rencana Tindak Lanjut;

1. Meningkatkan kompetensi SDM lingkup administrasi dan keuangan
2. Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala terhadap kinerja dan pelayanan lingkup administrasi dan keuangan
3. Memfasilitasi pembuatan skala prioritas pemeliharaan dan penambahan sarana prasarana untuk mendukung kelancaran pelayanan dan meningkatkan kepuasan karyawan.

### 4) Analisis Program/Kegiatan Penunjang Kinerja

Program atau kegiatan yang menunjang keberhasilan pencapaian pernyataan kinerja tersebut adalah :

Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Provinsi

#### Kegiatan :

1. Administrasi Keuangan Perangkat Daerah
2. Penyediaan Jasa Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah

3. Perencanaan, Penganggaran, dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah

4. Peningkatan Pelayanan BLUD

**Sub Kegiatan :**

a. Penyusunan Dokumen Perencanaan Perangkat Daerah

b. Koordinasi dan Penyusunan Dokumen RKA-SKPD

c. Koordinasi dan Penyusunan Dokumen Perubahan RKA-SKPD

d. Koordinasi dan Penyusunan Laporan Capaian Kinerja dan Ikhtisar Realisasi Kinerja SKPD

e. Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah

f. Penyediaan Gaji dan Tunjangan ASN

g. Penyediaan Administrasi Pelaksanaan Tugas ASN

h. Penyediaan Jasa Pelayanan Umum Kantor

i. Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD

**Capaian Kinerja Esselon III**

**(Wakil Direktur Penunjang Non Medik, Hukum dan Litbang)**

No	Sasaran Strategis	Kinerja Utama	Indikator	Target	%Realisasi	% Capaian
1	Terselenggaranya kegiatan penunjang Non Medik, hukum dan Litbang	Meningkatnya Mutu Pelayanan Penunjang Non Medik, Hukum dan Litbang	Sarana dan prasarana Penunjang Non Medik dalam kondisi baik dan berfungsi	85%	97.01%	114.13%
			SDM Penunjang Non Medis yang bekerja sesuai dengan kebutuhan RS	80%	64.70%	80.87%
			Capaian pemenuhan ketersediaan dokumen produk hukum dan kerjasama kemitraan dengan pihak ketiga	100%	100%	100%
			Kegiatan diklat dan Litbang yang dikoordinasikan dan terlaksana	100%	100%	100%
<b>Rata-Rata Capaian</b>						98.75%

*Rumus Perhitungan :*

1. Sarana dan prasarana Penunjang Non Medik dalam kondisi baik dan berfungsi

$$\frac{\text{Jumlah sarana prasarana penunjang non medik yang kondisinya baik dan berfungsi}}{\text{Jumlah seluruh sarana prasarana penunjang non medik yang ada di RS}} \times 100\%$$

2. SDM Penunjang Non Medis yang bekerja sesuai dengan kebutuhan RS

$$\frac{\text{Jumlah SDM penunjang non medik yang ada}}{\text{Jumlah seluruh kebutuhan SDM penunjang non medik di RS}} \times 100\%$$

3. Capaian pemenuhan ketersediaan dokumen produk hukum dan kerjasama kemitraan dengan pihak ketiga

$$\frac{\text{Jumlah dokumen produk hukum dan kerjasama kemitraan dengan pihak ketiga yang dibuat}}{\text{Jumlah dokumen produk hukum dan kerjasama kemitraan dengan pihak ketiga yang diminta}} \times 100\%$$

4. Kegiatan diklat dan Litbang yang dikoordinasikan dan terlaksana

$$\frac{\text{Jumlah kegiatan diklat dan litbang yang dilaksanakan}}{\text{Jumlah kegiatan diklat dan litbang yang direncanakan}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon III (Wakil Direktur Penunjang Non Medik, Hukum dan Litbang) RSJ Sambang Lihum tahun 2023 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya.

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2023		
		2018	2019	2020	2021	2022	Target	Realisasi	% Capaian
1.	Sarana dan prasarana Penunjang Non Medik dalam kondisi baik dan berfungsi	-	-	-	-	97.50%	85%	97.01%	114.13%
2.	SDM Penunjang Non Medis yang bekerja sesuai dengan kebutuhan RS	-	-	-	-	58.82%	80%	64.70%	80.87%
3.	Capaian pemenuhan ketersediaan dokumen produk hukum dan kerjasama kemitraan dengan pihak ketiga	-	-	-	-	100%	100%	100%	100%
4.	Kegiatan diklat dan Litbang yang dikoordinasikan dan terlaksana	-	-	-	-	100%	100%	100%	100%
<b>Rata-rata capaian</b>									98.75%

Menurut tabel diatas maka terlihatlah perbandingan-perbandingannya, berikut penjelasannya :

#### 1) Perbandingan Realisasi dengan Target

Sasaran strategis dari Esselon III dengan jabatan Wakil Direktur Penunjang Non Medik, Hukum dan Litbang adalah terselenggaranya kegiatan penunjang Non Medik, hukum dan Litbang dengan Kinerja Utama Meningkatkan Mutu Pelayanan Penunjang Non Medik, Hukum dan Litbang dengan indikator kinerja sebagai berikut :

- a) Sarana dan prasarana Penunjang Non Medik dalam kondisi baik dan berfungsi dengan target 85% terealisasi pada tahun 2023 sebesar 97.01% sehingga capaian persentasenya 114.13%.
- b) SDM Penunjang Non Medis yang bekerja sesuai dengan kebutuhan RS dengan target 80% dapat terealisasi pada tahun 2023 sebesar 64.70% sehingga capaian persentasenya 80.87%.

- c) Capaian pemenuhan ketersediaan dokumen produk hukum dan kerjasama kemitraan dengan pihak ketiga dengan target 100% dapat terealisasi pada tahun 2023 sebesar 100% sehingga capaian persentasenya 100%.
- d) Kegiatan diklat dan Litbang yang dikoordinasikan dan terlaksana dengan target 100% dapat terealisasi pada tahun 2023 sebesar 100% sehingga capaian persentasenya 100%.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian kinerja Esselon III (Wakil Direktur Penunjang Non Medik, Hukum dan Litbang) RSJ Sambang Lihum Tahun 2023 adalah 98.75% dengan kategori **Sangat Memuaskan**.

## 2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait

- a) Sarana dan prasarana Penunjang Non Medik dalam kondisi baik dan berfungsi dengan target 85% terealisasi pada tahun 2023 sebesar 97.01% angka ini mengalami penurunan sebesar 0.49% dari capaian tahun 2022 yang sebesar 97.50%.
- b) SDM Penunjang Non Medis yang bekerja sesuai dengan kebutuhan RS dengan target 80% dapat terealisasi pada tahun 2023 sebesar 64.70% meningkat 5.88% dari capaian tahun 2022 yang sebesar 58.82%.
- c) Capaian pemenuhan ketersediaan dokumen produk hukum dan kerjasama kemitraan dengan pihak ketiga dengan target 100% dapat terealisasi pada tahun 2023 sebesar 100% Sama dengan capaian tahun 2022 sebesar 100%.
- d) Kegiatan diklat dan Litbang yang dikoordinasikan dan terlaksana dengan target 100% dapat terealisasi pada tahun 2023 sebesar 100% Sama dengan capaian tahun 2022 sebesar 100%.

## 3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja

Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja adalah:

### 3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;

1. Mengarahkan bidang untuk optimalisasi pemanfaatan sarana prasarana penunjang non medis dalam mendukung pelayanan.
2. Optimaslisasi SDM yang ada melalui diklat untuk peningkatan kompetensi.
3. Pro aktif melakukan koordinasi dalam rangka Kerjasama pelayanan dan pembiayaan pasien dengan kota/kabupaten se Kalsel.
4. Melakukan monitoring dan evaluasi kegiatan percepatan E Rekam Medik.
5. Mengarahkan bidang diklat dalam upaya pengembangan pelayanan dengan cara ekspansi ke instansi-instansi terkait.

6. Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap rencana kinerja bidang dibawah wadir penunjang non medik hukum dan litbang.

### 3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;

1. Keterbatasan anggaran membuat masih ada sarana prasarana penunjang non medik yang tidak bisa difungsikan dan ini berpengaruh pada kenyamanan dalam memberikan pelayanan, selain itu dengan anggaran yang terbatas tidak semua SDM mendapat kesempatan untuk diklat peningkatan kompetensi.
2. Kurangnya SDM yang memiliki sertifikat sesuai dengan ketentuan dan secara kuantitas juga masih kurang sehingga berpengaruh pada pencapaian target kinerja
3. Respon dan komitmen pemerintah kota/kabupaten se-Kalsel dalam pembuatan Kerjasama tidak merata sehingga memperlambat kerjasama

### 3.3 Rencana Tindak Lanjut;

1. Memfasilitasi pembuatan skala prioritas pemeliharaan dan penambahan sarana prasarana penunjang non medik untuk mendukung kelancaran pelayanan dan meningkatkan kepuasan masyarakat.
2. Melakukan pemantauan terhadap pelaksanaan kerjasama dengan kabupaten/kota serta institusi terkait dalam upaya peningkatan pendapatan Rumah Sakit.
3. Mengusulkan penambahan SDM sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit dan dengan kompetensi sesuai sehingga berpengaruh pada perbaikan respon time dalam menanggapi masalah dibidang penunjang non medik.
4. Memfasilitasi pengusulan penambahan anggaran untuk pemeliharaan sarana prasarana penunjangnon medik dan diklat peningkatan kompetensi SDM.
5. Melakukanpemantauan pelaksanaan E Rekam Medik dan pemeliharaan serta pengembangan softwere SIMRS Gos.

## **4) Analisis Program/Kegiatan Penunjang Kinerja**

Program atau kegiatan yang menunjang keberhasilan pencapaian pernyataan kinerja tersebut adalah :

1. Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Provinsi
2. Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat
3. Program peningkatan kapasitas sumber daya manusia kesehatan

**Kegiatan :**

1. Penyediaan Fasilitas Pelayanan, Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi
2. Peningkatan Pelayanan BLUD
3. Pengembangan Mutu dan Peningkatan Kompetensi Teknis Sumber Daya Manusia Kesehatan Tingkat Daerah Provinsi

**Sub Kegiatan :**

- a. Pengembangan Rumah Sakit
- b. Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD
- c. Peningkatan Kompetensi dan Kualifikasi Sumber Daya Manusia Kesehatan

**Capaian Kinerja Esselon III  
(Wakil Direktur Pelayanan dan Penunjang Medik)**

No	Sasaran Strategis	Kinerja Utama	Indikator	Target	%Realisasi	% Capaian
1	Terselenggaranya kegiatan pelayanan dan penunjang medik	Meningkatkan Capaian Bidang Pelayanan dan Penunjang Medik	Persentase tempat tidur yang dimanfaatkan (BOR)	70%	39.94%	57.06%
			Nilai ALOS pasien jiwa <25 hari	25	21.07 Hari	100%
			Nilai ALOS pasien napza <110 hari	100	32.27 Hari	100%
			Nilai capaian Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit	100%	96.78%	96.78%
<b>Rata Rata capaian</b>						<b>88.46 %</b>

*Rumus Perhitungan :*

1. Persentase tempat tidur yang dimanfaatkan (BOR)

$$\frac{\text{Jumlah hari perawatan}}{\text{jumlah tempat tidur kali jumlah hari dalam satu periode}} \times 100\%$$

2. Nilai ALOS pasien jiwa <25 hari

$$\frac{\text{Jumlah lama rawat pasien Jiwa}}{\text{Jumlah pasien jiwa keluar (hidup + mati)}} \times 100\%$$

3. Nilai ALOS pasien napza <110 hari

$$\frac{\text{Jumlah lama rawat pasien NAPZA}}{\text{jumlah seluruh pasien NAPZA pulang / keluar}} \times 100\%$$

4. Nilai capaian Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit

$$\frac{\text{Rata-rata nilai capaian INM}}{\text{jumlah INM RS}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon III (Wakil Direktur Pelayanan dan Penunjang Medik) RSJ Sambang Lihum Tahun 2023 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya.

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2023		
		2018	2019	2020	2021	2022	Target	Realisasi	% Capaian
1.	Persentase tempat tidur yang dimanfaatkan (BOR)	68,12	70,47	69.66	48.91	42.97	70%	39.94	57.06%
2.	Nilai ALOS pasien jiwa <25 hari	37	23,94	117.58	39.22	13.16	25	21.07	100%
3.	Nilai ALOS pasien napza <110 hari	-	63,35	100	37.80	32.67	100	32.27	100%
4.	Nilai capaian Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit	-	-	-	-	94.15	100%	96.78	96.78%
<b>Rata-rata capaian</b>									88.46%

Menurut tabel diatas maka terlihatlah perbandingan-perbandingannya, berikut penjelasannya :

### 1) Perbandingan Realisasi dengan Target

Sasaran strategis dari Esselon III dengan jabatan Wakil Direktur Pelayanan dan Penunjang Medik adalah Meningkatkan Capaian Bidang Pelayanan dan Penunjang Medik dengan Indikator Kinerja sebagai berikut :

a. Persentase tempat tidur yang dimanfaatkan(BOR)

Pada tahun 2023 BOR RS Jiwa Sambang Lihum dengan target 70% dapat terealisasi 39.94% sehingga capaian persentasenya 57.06%.

b. Nilai ALOS pasien jiwa <25 hari

Pada tahun 2023 ALOS pasien jiwa 21.07 hari dari target <25 hari, sehingga capaian persentasenya 100%.

c. Nilai ALOS pasien napza <110 hari

Pada tahun 2023 ALOS pasien Napza 32,27 hari dari target <100 hari, sehingga capaian persentasenya 100%.

d. Nilai capaian Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit

Pada tahun 2023 Nilai capaian Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit mencapai 96.78% dari target 100% sehingga capaian persentasenya 96.78%.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka capaian tahun 2023 indikator tersebut adalah 88.46% dengan kategori **Memuaskan**

## **2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait;**

- a) Persentase tempat tidur yang dimanfaatkan (BOR) dengan target 70% terealisasi pada tahun 2023 sebesar 39.94%. Angka ini mengalami penurunan sebesar 3.03 dibandingkan dengan BOR RS Jiwa Sambang Lihum pada tahun 2022 yang sebesar 42.97%.
- b) Nilai ALOS pasien jiwa <25 hari dengan target 25 hari realisasi tahun 2023 adalah 21.07 hari lebih menurun dari tahun 2022 yang 13.16 hari. Namun masih dalam standar target yang ditentukan.
- c) Nilai ALOS pasien Napza <110 hari dengan target 100 hari realisasi tahun 2023 adalah 32,27 hari lebih bagus dari tahun 2022 yang 32,67 hari.
- d) Nilai capaian Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit Pada tahun 2023 mencapai 96.78% dari target 100% sehingga capaian persentasenya 96.78% meningkat 2.63% dari capaian tahun 2022 yang sebesar 94.15%.

## **3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja**

Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja adalah:

### **3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;**

1. Melakukan koordinasi penyelenggaraan pelayanan medis, keperawatan dan penunjang medis.
2. Melakukan monitoring dan evaluasi pemanfaatan tempat tidur rawat inap dan ketersediaan fasilitas penunjang medis.
3. Melaksanakan monitoring dan evaluasi upaya pencapaian Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit.
4. Melakukan pemantauan dan pembinaan kepatuhan tenaga medis, keperawatan dan penunjang medis terhadap standar pelayanan.
5. Melaksanakan pemantauan kepatuhan tenaga medis dan keperawatan terhadap CPPT.
6. Melaksanakan pembinaan peningkatan mutu pelayanan medis dan asuhan keperawatan.

### **3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;**

1. Perubahan kebijakan pemerintah terhadap pembiayaan untuk pasien rehabilitasi NAPZA yang berdampak menurunnya kunjungan pasien rawat inap.
2. Kondisi sarana prasarana yang kurang mendukung seperti pada bangsal perawatan pasien yang sebagian kurang memenuhi standar keamanan dan keselamatan pasien.

3. Kurangnya alokasi anggaran yang disediakan untuk perbaikan dan pemeliharaan sarana dan prasarana pelayanan dan penunjang medis.
4. Komunikasi dan koordinasi antara professional pemberi asuhan yang masih belum optimal.

### **3.3 Rencana Tindak Lanjut;**

1. Meningkatkan koordinasi dalam penyelenggaraan pelayanan dan penunjang medis.
2. Mengusulkan peningkatan dan perbaikan sarana dan prasarana pelayanan dan penunjang medis sesuai dengan kebutuhan.
3. Mengupayakan pengembangan jenis-jenis pelayanan di luar pelayanan kekhususan Rumah Sakit.
4. Mengembangkan upaya-upaya untuk meningkatkan kunjungan pasien ke Rumah Sakit melalui berbagai kegiatan inovasi.

## **4) Analisis Program/Kegiatan Penunjang Kinerja**

### **Program Wadir Pelayanan dan Penunjang Medik**

Program atau kegiatan yang menunjang keberhasilan pencapaian pernyataan kinerja tersebut adalah :

1. Program pemenuhan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat
2. Program peningkatan kapasitas sumber daya manusia kesehatan
3. Program penunjang urusan pemerintahan daerah provinsi

### **Kegiatan :**

1. Penerbitan Izin Rumah Sakit Kelas B dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Daerah Provinsi
2. Penyediaan Fasilitas Pelayanan, Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi
3. Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi
4. Perencanaan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan untuk UKM dan UKP Provinsi
5. Peningkatan Pelayanan BLUD

### **Sub Kegiatan :**

- a. Peningkatan Mutu Pelayanan Fasilitas Kesehatan
- b. Pengadaan Obat, Vaksin, Makanan dan Minuman serta Fasilitas Kesehatan Lainnya
- c. Pengelolaan Jaminan Kesehatan Masyarakat

- d. Pemenuhan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan
- e. Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD

**Capaian Kinerja Esselon III  
(Kepala Bagian Umum dan Kepegawaian)**

No	Sasaran Strategis	Kinerja Utama	Indikator	Target	%Realisasi	% Capaian
1	Terselenggaranya kegiatan bagian umum dan kepegawaian	Meningkatnya penyelenggaraan urusan umum dan rumah tangga, pengelolaan ketatausahaan, kepegawaian serta perlengkapan dan aset	Persentase pemenuhan layanan administrasi umum dan rumah tangga	100%	90%	90%
			Persentase pemenuhan kebutuhan SDM	100%	90%	90%
			Persentase pemenuhan sarana prasarana sesuai kebutuhan	100%	90%	90%
Rata-rata Capaian						90%

*Rumus Perhitungan :*

- Persentase pemenuhan layanan administrasi umum dan rumah tangga

$$\frac{\Sigma \text{ Urusan umum, rumah tangga dan keamanan yang dilaksanakan}}{\Sigma \text{ Seluruh layanan umum, rumah tangga dan keamanan yang seharusnya dilaksanakan}} \times 100\%$$

- Persentase pemenuhan kebutuhan SDM

$$\frac{\Sigma \text{ Sumber Daya Manusia yang ada}}{\Sigma \text{ Sumber Daya Manusia yang dibutuhkan}} \times 100\%$$

- Persentase pemenuhan sarana prasarana sesuai kebutuhan

$$\frac{\Sigma \text{ Sumber Daya Manusia yang ada}}{\Sigma \text{ Sumber Daya Manusia yang dibutuhkan}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon III (Kepala Bagian Umum dan Kepegawaian) RSJ Sambang Lihum Tahun 2023 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya.

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2023		
		2018	2019	2020	2021	2022	Target	Realisasi	% Capaian
1.	Persentase pemenuhan layanan administrasi umum dan rumah tangga	-	-	100%	100%	100%	100%	90%	90%
2.	Persentase pemenuhan kebutuhan SDM	-	-	-	-	100%	100%	90%	90%
3.	Persentase pemenuhan sarana prasarana sesuai kebutuhan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	90%	90%
Rata-rata capaian									90%

Menurut tabel diatas maka terlihatlah perbandingan-perbandingannya, berikut penjelasannya :

### 1) Perbandingan Realisasi dengan Target

Kinerja Utama dari Esselon III dengan jabatan Kepala Bagian Umum dan Kepegawaian adalah meningkatnya penyelenggaraan urusan umum dan rumah tangga, pengelolaan ketatausahaan, kepegawaian serta perlengkapan dan aset dengan Indikator Kinerja sebagai berikut :

- a. Persentase pemenuhan layanan administrasi umum dan rumah tangga dengan target 100% dan realisasi capaian kinerja pada Tahun 2023 adalah 90%, sehingga persentase capaian kinerjanya 90%.
- b. Persentase pemenuhan kebutuhan SDM dengan target 100% dan realisasi capaian kinerja pada Tahun 2023 adalah 90%, sehingga persentase capaian kinerjanya 90%.
- c. Persentase pemenuhan sarana prasarana sesuai kebutuhan dengan target 100% dan realisasi capaian kinerja pada Tahun 2023 adalah 90%, sehingga persentase capaian kinerjanya 90%.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2023 indikator tersebut adalah 90% dengan kategori **Sangat Memuaskan**.

### 2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait;

- a) Persentase pemenuhan layanan administrasi umum dan rumah tangga dengan target 100% dan realisasi capaian kinerja pada Tahun 2023 adalah 90% menurun 10% dari capaian tahun 2022 yang terealisasi 100%.
- b) Persentase pemenuhan kebutuhan SDM dengan target 100% dan realisasi capaian kinerja pada Tahun 2023 adalah 90% menurun 10% dari capaian tahun 2022 yang terealisasi 100%.
- c) Persentase pemenuhan sarana prasarana sesuai kebutuhan dengan target 100% dan realisasi capaian kinerja pada Tahun 2023 adalah 90% menurun 10% dari capaian tahun 2022 yang terealisasi 100%.

### 3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja

Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja adalah:

#### 3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;

1. Menyusun rencana, mengatur, mengendalikan dan mengevaluasi pemenuhan kegiatan/layanan administrasi umum dan rumah tangga

2. Menyusun rencana, mengatur, mengendalikan dan mengevaluasi pemenuhan sarana prasarana sesuai kebutuhan

### 3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;

1. Belum adanya reviu terkait regulasi yang mengatur standar pemenuhan sarana prasarana di rumah sakit
2. Belum optimalnya pengaturan, pengendalian dan pengevaluasian kegiatan pengadaan, penyimpanan, pemeliharaan, distribusi dan inventarisasi barang inventaris
3. Belum optimalnya monitoring dan evaluasi terhadap pemenuhan sarana prasarana sesuai kebutuhan

### 3.3 Rencana Tindak Lanjut;

1. Pembuatan agenda rapat untuk melakukan reviu regulasi pelayanan administrasi umum dan kepegawaian
2. Melakukan sosialisasi penggunaan sistem informasi kearsipan dinamis terintegrasi kepada semua pegawai, serta membuat surat edaran dan pengumuman terkait optimalisasi pelaksanaannya
3. Pengusulan adanya tim pengendali arsip dan pengadaan sarana pendukung penyimpanan arsip melalui nota dinas
4. Melakukan monev secara berkala terkait pemenuhan layanan administrasi umum dan rumah tangga

## 4) Analisis Program/Kegiatan Penunjang Kinerja

Program atau kegiatan yang menunjang keberhasilan pencapaian pernyataan kinerja tersebut adalah :

Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Provinsi

### **Kegiatan :**

1. Penyediaan Jasa Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah
2. Peningkatan Pelayanan BLUD

### **Sub. Kegiatan :**

1. Penyediaan Jasa Pelayanan Umum Kantor
2. Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD

**Capaian Kinerja Esselon III  
(Kepala Bagian Perencanaan dan Organisasi)**

No	Sasaran Strategis	Kinerja Utama	Indikator	Target	%Realisasi	% Capaian
1	Terselenggaranya kegiatan bagian perencanaan dan organisasi	Meningkatnya pengkoordinasian dan pengendalian perencanaan, kegiatan pengembangan organisasi, pembinaan tatalaksana dan evaluasi pelaksanaan kegiatan serta penyusunan laporan akuntabilitas kinerja Rumah Sakit	Persentase pemenuhan layanan dokumen perencanaan program dan kegiatan	100%	100%	100%
			Persentase pemenuhan dokumen evaluasi dan pelaporan	100%	100%	100%
			Persentase pemenuhan dokumen pengembangan organisasi dan tatalaksana	100%	100%	100%
<b>Rata-Rata Capaian</b>						<b>100%</b>

*Rumus Perhitungan :*

1. Persentase pemenuhan layanan dokumen perencanaan program dan kegiatan

$$\frac{\Sigma \text{Dokumen perencanaan program dan kegiatan yang ada}}{\Sigma \text{Jumlah Dokumen perencanaan program dan kegiatan yang harus ada}} \times 100\%$$

2. Persentase pemenuhan dokumen evaluasi dan pelaporan

$$\frac{\Sigma \text{Dokumen evaluasi dan pelaporan yang ada}}{\Sigma \text{Jumlah Dokumen evaluasi dan pelaporan yang harus ada}} \times 100\%$$

3. Persentase pemenuhan dokumen pengembangan organisasi dan tatalaksana

$$\frac{\Sigma \text{Dokumen pengembangan organisasi dan tatalaksana yang ada}}{\Sigma \text{Dokumen pengembangan organisasi dan tatalaksana yang harus ada}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon III (Kepala Bagian Perencanaan dan Organisasi) RSJ Sambang Lihum Tahun 2023 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya.

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2023		
		2018	2019	2020	2021	2022	Target	Realisasi	% Capaian
1.	Persentase pemenuhan layanan dokumen perencanaan program dan kegiatan	-	-	-	100%	100%	100%	100%	100%
2.	Persentase pemenuhan dokumen evaluasi dan pelaporan	-	-	-	-	100%	100%	100%	100%
3.	Persentase pemenuhan dokumen pengembangan organisasi dan tatalaksana	-	-	-	-	100%	100%	100%	100%
<b>Rata-rata capaian</b>									<b>100%</b>

Menurut tabel diatas maka terlihatlah perbandingan-perbandingannya, berikut penjelasannya :

### 1) Perbandingan Realisasi dengan Target

Kinerja utama dari Esselon III dengan jabatan Kepala Bagian Perencanaan dan Organisasi adalah Meningkatnya pengkoordinasian dan pengendalian perencanaan, kegiatan pengembangan organisasi, pembinaan tatalaksana dan evaluasi pelaksanaan kegiatan serta penyusunan laporan akuntabilitas kinerja Rumah Sakit dengan Indikator Kinerja sebagai berikut :

- a) Persentase pemenuhan layanan dokumen perencanaan program dan kegiatan dengan target 100% yang terealisasi 100% pada tahun 2023 dengan capaian persentasenya 100%
- b) Persentase pemenuhan dokumen evaluasi dan pelaporan dengan target 100% yang terealisasi 100% pada tahun 2023 dengan capaian persentasenya 100%
- c) Persentase pemenuhan dokumen pengembangan organisasi dan tatalaksana dengan target 100% yang terealisasi 100% pada tahun 2023 dengan capaian persentasenya 100%

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2023 indikator tersebut adalah 100% dengan kategori **Sangat Memuaskan**.

### 2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait;

- a) Realisasi Persentase pemenuhan layanan dokumen perencanaan program dan kegiatan dengan target 100% yang terealisasi 100% pada tahun 2023 yang pada tahun 2022 juga terealisasi 100%
- b) Realisasi Persentase pemenuhan dokumen evaluasi dan pelaporan dengan target 100% yang terealisasi 100% pada tahun 2023 yang pada tahun 2022 juga terealisasi 100%.
- c) Realisasi Persentase pemenuhan dokumen pengembangan organisasi dan tatalaksana dengan target 100% yang terealisasi 100% pada tahun 2023 yang pada tahun 2022 juga terealisasi 100%.

### 3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja

Analisis penyebab keberhasilan / kegagalan atau peningkatan / penurunan kinerja adalah:

#### 3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;

1. Melakukan perencanaan yang matang dan terukur
2. Memantau dan mengevaluasi pelaksanaan rencana kerja

3. Melakukan koordinasi dengan berbagai pihak, seperti direktur rumah sakit, kepala bidang, kepala unit, dan staf

### 3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;

1. Perubahan lingkungan yang cepat, seperti perubahan teknologi, perubahan peraturan dan SDM.
2. Kurangnya kompetensi dan keterampilan dalam bidang perencanaan dan organisasi

### 3.3 Rencana Tindak Lanjut;

1. Peningkatan koordinasi antar unit kerja dalam pelaksanaan perencanaan dan organisasi.
2. Peningkatan sosialisasi rencana strategis dan peraturan rumah sakit kepada seluruh pegawai.
3. Peningkatan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan program dan kegiatan rumah sakit.
4. Meningkatkan efisiensi dan efektivitas penggunaan sumber daya.
5. Membangun kerja sama yang baik dengan unit kerja lain.

## 4) Analisis Program/Kegiatan Penunjang Kinerja

Program atau kegiatan yang menunjang keberhasilan pencapaian pernyataan kinerja tersebut adalah :

Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Provinsi

### Kegiatan :

Perencanaan, Penganggaran, dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah

### Sub Kegiatan :

- 1) Penyusunan Dokumen Perencanaan Perangkat Daerah
- 2) Koordinasi dan Penyusunan Dokumen RKA-SKPD
- 3) Koordinasi dan Penyusunan Dokumen Perubahan RKA-SKPD
- 4) Koordinasi dan Penyusunan Laporan Capaian Kinerja dan Ikhtisar Realisasi Kinerja SKPD
- 5) Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah

### Capaian Kinerja Esselon III (Kepala Bagian Keuangan)

No	Sasaran Strategis	Kinerja Utama	Indikator	Target	%Realisasi	% Capaian
1	Terselenggaranya kegiatan bagian keuangan	Meningkatkan kinerja bagian	Persentase pemenuhan ketersediaan dokumen rencana anggaran RS	100%	100%	100%

	keuangan RSJ Sambang Lihum	Persentase realisasi penerimaan pendapatan	95%	101.82%	107.18%
		Persentase pemenuhan kebutuhan dokumen laporan keuangan	100%	100%	100%
		Persentase pemenuhan pelaksanaan fungsi perbendaharaan dan pelaksanaan anggaran	100%	100%	100%
<b>Rata-Rata Capaian</b>					<b>101.78%</b>

*Rumus perhitungan :*

1. Persentase pemenuhan ketersediaan dokumen rencana anggaran RS

$$\frac{\Sigma \text{Dokumen rencana anggaran RS yang disusun}}{\Sigma \text{Dokumen rencana anggaran RS yang harus disusun}} \times 100\%$$

2. Persentase realisasi penerimaan pendapatan

$$\frac{\Sigma \text{Penerimaan pendapatan RSJ Sambang Lihum}}{\text{Target penerimaan pendapatan}} \times 100\%$$

3. Persentase pemenuhan kebutuhan dokumen laporan keuangan

$$\frac{\Sigma \text{laporan keuangan yang disusun}}{\Sigma \text{laporan keuangan yang seharusnya disusun}} \times 100\%$$

4. Persentase pemenuhan pelaksanaan fungsi perbendaharaan dan pelaksanaan anggaran

$$\frac{\text{Pelaksanaan monitoring layanan verifikasi dokumen dan transaksi pembayaran}}{\text{Target pelaksanaan monitoring layanan verifikasi dan transaksi pembayaran}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon III (Kepala Bagian Keuangan) RSJ Sambang Lihum Tahun 2023 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2023		
		2018	2019	2020	2021	2022	Target	Realisasi	% Capaian
1.	Persentase pemenuhan ketersediaan dokumen rencana anggaran RS	-	-	-	-	100%	100%	100%	100%
2.	Persentase realisasi penerimaan pendapatan	-	-	-	153.01%	117.67%	95%	101.82%	107.18%
3.	Persentase pemenuhan kebutuhan dokumen laporan keuangan	-	-	-	-	100%	100%	100%	100%
4.	Persentase pemenuhan pelaksanaan fungsi perbendaharaan dan pelaksanaan anggaran	-	-	-	-	100%	100%	100%	100%
<b>Rata-rata capaian</b>									<b>101.78%</b>

Menurut tabel diatas maka terlihatlah perbandingan-perbandingannya, berikut penjelasannya :

### 1) Perbandingan Realisasi dengan Target

Kinerja utama dari Esselon III dengan jabatan Kepala Bagian Keuangan adalah Terselenggaranya kegiatan bagian keuangan dengan Indikator Kinerja sebagai berikut:

- a) Persentase pemenuhan ketersediaan dokumen rencana anggaran RS dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2023 sebesar 100%, sehingga capaian persentasenya 100%.
- b) Persentase realisasi penerimaan pendapatan dengan target 95%, dapat tercapai pada tahun 2023 sebesar 101.82%, sehingga capaian persentasenya 107.18%.
- c) Persentase pemenuhan kebutuhan dokumen laporan keuangan dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2023 sebesar 100%, sehingga capaian persentasenya 100%.
- d) Persentase pemenuhan pelaksanaan fungsi perbendaharaan dan pelaksanaan anggaran dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2023 sebesar 100%, sehingga capaian persentasenya 100%.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2023 indikator tersebut adalah 101,78% dengan kategori **Sangat Memuaskan**.

### 2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait

- a) Persentase pemenuhan ketersediaan dokumen rencana anggaran RS dengan target 100% yang terealisasi 100% pada tahun 2023 sama dengan capaian tahun 2022 yang terealisasi 100%.
- b) Persentase realisasi penerimaan pendapatan dengan target 95%, tercapai 101.82% pada tahun 2022, menurun 15.85% dari tahun 2022 yang tercapai 117.67%, namun masih melebihi dari target yang ditentukan.
- c) Persentase pemenuhan kebutuhan dokumen laporan keuangan dengan target 100% yang terealisasi 100% pada tahun 2023 sama dengan capaian tahun 2022 yang terealisasi 100%.
- d) Persentase pemenuhan pelaksanaan fungsi perbendaharaan dan pelaksanaan anggaran dengan target 100% yang terealisasi 100% pada tahun 2023 sama dengan capaian tahun 2022 yang terealisasi 100%.

### 3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja

Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja adalah:

- 3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;
  1. Berkoordinasi dengan bagian perencanaan rumah sakit dan user dalam pembuatan dokumen rencana anggaran yang berkualitas
  2. Bekerja sama dengan unit penghasil dalam optimalisasi pendapatan rumah sakit
  3. Mengembangkan sistem pelaporan yang sesuai dengan standar akuntansi
  4. Optimalisasi verifikasi seluruh dokumen keuangan dan pemenuhan rekonsiliasi atas pendapatan dan belanja rumah sakit.
- 3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;
  1. Kebutuhan bidang/bagian/instalasi tidak terencana dengan baik
  2. Persentase pemakaian tempat tidur (BOR) belum penuh standar sehingga berpengaruh terhadap realisasi pendapatan.
- 3.3 Rencana Tindak Lanjut;
  1. Koordinasi intensif terkait perencanaan anggaran BLUD dengan user.
  2. Peningkatan kompetensi staf keuangan dalam pengelolaan keuangan berbasis aplikasi.
  3. Meningkatkan koordinasi pendapatan dengan bagian pelayanan dan penunjang medik.

#### **4) Analisis Program/Kegiatan Penunjang Kinerja**

Program atau kegiatan yang menunjang keberhasilan pencapaian pernyataan kinerja tersebut adalah :

Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Provinsi

Kegiatan :

1. Administrasi Keuangan Perangkat Daerah
2. Peningkatan Pelayanan BLUD

Sub Kegiatan :

- a. Penyediaan Gaji dan Tunjangan ASN
- b. Penyediaan Administrasi Pelaksanaan Tugas ASN
- c. Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD

### Capaian Kinerja Esselon III (Kepala Bidang Penunjang Medik)

No	Sasaran Strategis	Kinerja Utama	Indikator	Target	%Realisasi	% Capaian
1	Terselenggaranya kegiatan penunjang medik	Meningkatnya Kinerja Penunjang Medik	Persentase pelayanan penunjang medik sesuai standar	100%	100%	100%
			Persentase SDM penunjang medik sesuai kompetensi	100%	100%	100%
			Persentase Sarana prasarana Penunjang Medik sesuai standar masing masing unit kerja	100%	100%	100%
<b>Rata-Rata Capaian</b>						<b>100%</b>

*Rumus Perhitungan :*

1. Persentase pelayanan penunjang medik sesuai standar

$$\frac{\Sigma \text{Pelayanan penunjang medik sesuai standar}}{\Sigma \text{pelayanan yang ada di Rumah Sakit}} \times 100\%$$

2. Persentase SDM penunjang medik sesuai kompetensi

$$\frac{\Sigma \text{Sumber Daya Manusia sesuai standar}}{\Sigma \text{Sumber Daya Manusia yang ada di Rumah Sakit}} \times 100\%$$

3. Persentase Sarana prasarana Penunjang Medik sesuai standar masing masing unit kerja

$$\frac{\Sigma \text{Sarana prasarana penunjang medik sesuai standar}}{\Sigma \text{Saranan prasarana yang ada di Rumah Sakit}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon III (Kepala Bidang Penunjang Medik) RSJ Sambang Lihum Tahun 2023 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya.

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2023		
		2018	2019	2020	2021	2022	Target	Realisasi	% Capaian
1.	Persentase pelayanan penunjang medik sesuai standar		-	-	-	100%	100%	100%	100%
2.	Persentase SDM penunjang medik sesuai kompetensi		-	-	-	100%	100%	100%	100%
3.	Persentase Sarana prasarana Penunjang Medik sesuai standar masing masing unit kerja		-	-	-	100%	100%	100%	100%
<b>Rata-rata capaian</b>									<b>100%</b>

Menurut tabel diatas maka terlihatlah perbandingan-perbandingannya, berikut penjelasannya :

### 1) Perbandingan Realisasi dengan Target

Kinerja Utama dari Esselon III dengan jabatan Kepala Bidang Penunjang Medik adalah Meningkatnya Kinerja Penunjang Medik dengan Indikator Kinerja sebagai berikut:

- a. Persentase pelayanan penunjang medik sesuai standar dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2023 yaitu 100% sehingga capaian persentasenya 100%
- b. Persentase SDM penunjang medik sesuai kompetensi dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2023 yaitu 100% sehingga capaian persentasenya 100%.
- c. Persentase Sarana prasarana Penunjang Medik sesuai standar masing masing unit kerja dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2023 yaitu 100% sehingga capaian persentasenya 100%

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2023 indikator tersebut adalah 100% dengan kategori **Sangat Memuaskan**.

### 2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait;

- a. Realisasi Persentase pelayanan penunjang medik sesuai standar dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sama dengan capaian pada tahun 2022 sebesar 100%.
- b. Realisasi Persentase SDM penunjang medik sesuai kompetensi dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sama dengan capaian pada tahun 2022 sebesar 100%.
- c. Realisasi Persentase Sarana prasarana Penunjang Medik sesuai standar masing masing unit kerja dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sama dengan capaian pada tahun 2022 sebesar 100%.

### 3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja

Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja adalah:

#### 3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;

1. Peningkatan Kompetensi petugas pemberi pelayanan pada penunjang medik sesuai dengan kebutuhan unit pemberi layanan berdasarkan pengetahuan, keahlian, keterampilan, sikap, dan perilaku yang dibutuhkan.
2. Monitoring dan evalausi pada unit pelayanan
3. Koordinasi penyelenggaraan pelayanan dengan unit terkait
4. Mengusulkan penambahan sdm pada unit pelayanan menutupi kekurangan sdm yang purna tugas

### 3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;

Belum optimalnya terbatasnya alokasi anggaran untuk Pemeliharaan alat-alat medis, standarisasi alat dan Kaliberasi alat medis, dan meningkatkan sdm dan pada unit pelayanan

### 3.3 Rencana Tindak Lanjut;

1. Pengawasan, monitoring dan evaluasi pelayanan langsung pada pasien terhadap keamanan dan keselamatan
2. Pengawasan , Monitoring dan evaluasi sarana prasarna terhadap pelayanan terkait mutu pelayanan, dan standarisasi alat

## 4) Analisis Program/Kegiatan Penunjang Kinerja

Program atau kegiatan yang menunjang keberhasilan pencapaian pernyataan kinerja tersebut adalah :

Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat Kegiatan :

Penyediaan Fasilitas Pelayanan, Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi.

Sub. Kegiatan :

Pengadaan Obat, Vaksin, Makanan dan Minuman Serta Fasilitas Kesehatan Lainnya.

### Capaian Kinerja Esselon III (Kepala Bidang Hukum dan Informasi)

No	Sasaran Strategis	Kinerja Utama	Indikator	Target	%Realisasi	% Capaian
1	Terselenggaranya kegiatan bidang hukum dan informasi	Meningkatnya mutu pelayanan hukum dan informasi	Persentase pemenuhan kebutuhan layanan, fasilitasi, perlindungan dan pendampingan hukum kepada semua unsur RS	100%	100%	100%
			Persentase pemenuhan penyusunan produk hukum dan kebijakan Rumah Sakit	100%	100%	100%
			Persentase kerjasama kemitraan dengan pihak ketiga dapat ditindaklanjuti	100%	100%	100%
			Persentase pemenuhan kebutuhan layanan humas dan informasi	100%	100%	100%
<b>Rata-rata Capaian</b>						100%

*Rumus Perhitungan :*

1. Persentase pemenuhan kebutuhan layanan, fasilitasi, perlindungan dan pendampingan hukum kepada semua unsur RS

$$\frac{\Sigma \text{Pemenuhan permintaan layanan yang diselesaikan}}{\Sigma \text{Pemenuhan permintaan layanan dari semua unsur RS}} \times 100\%$$

2. Persentase pemenuhan penyusunan produk hukum dan kebijakan Rumah Sakit

$$\frac{\Sigma \text{pemenuhan permintaan penyusunan produk hukum dan kebijakan yang diselesaikan}}{\Sigma \text{permintaan penyusunan produk hukum dan kebijakan RS}} \times 100\%$$

3. Persentase kerjasama kemitraan dengan pihak ketiga dapat ditindaklanjuti

$$\frac{\Sigma \text{Pelaksanaan kerjasama yang ditindaklanjuti}}{\Sigma \text{Permintaan kerjasama kemitraan dengan pihak ketiga}} \times 100\%$$

4. Persentase pemenuhan kebutuhan layanan humas dan informasi

$$\frac{\Sigma \text{Pelaksanaan kerjasama yang ditindaklanjuti}}{\Sigma \text{Permintaan kerjasama kemitraan dengan pihak ketiga}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon III (Kepala Bidang Hukum dan Informasi) RSJ Sambang Lihum Tahun 2023 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya.

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2023		
		2018	2019	2020	2021	2022	Target	Realisasi	% Capaian
1.	Persentase pemenuhan kebutuhan layanan, fasilitasi, perlindungan dan pendampingan hukum kepada semua unsur RS	-	-	-	-	100%	100%	100%	100%
2.	Persentase pemenuhan penyusunan produk hukum dan kebijakan Rumah Sakit	-	-	-	-	100%	100%	100%	100%
3.	Persentase kerjasama kemitraan dengan pihak ketiga dapat ditindaklanjuti	-	-	-	-	100%	100%	100%	100%
4.	Persentase pemenuhan kebutuhan layanan humas dan informasi	-	-	-	-	100%	100%	100%	100%
<b>Rata-rata capaian</b>									100%

Menurut tabel diatas maka terlihatlah perbandingan-perbandingannya, berikut penjelasannya :

### 1) Perbandingan Realisasi dengan Target

Kinerja Utama dari Esselon III dengan jabatan Kepala Bidang Bidang Hukum dan Informasi adalah Meningkatnya mutu pelayanan hukum dan informasi dengan Indikator Kinerja sebagai berikut:

- a. Persentase pemenuhan kebutuhan layanan, fasilitasi, perlindungan dan pendampingan hukum kepada semua unsur RS dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2023 sebesar 100% sehingga capaian persentasenya 100%.
- b. Persentase pemenuhan penyusunan produk hukum dan kebijakan Rumah Sakit dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2023 sebesar 100% sehingga capaian persentasenya 100%.
- c. Persentase kerjasama kemitraan dengan pihak ketiga dapat ditindaklanjuti dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2023 sebesar 100% sehingga capaian persentasenya 100%.
- d. Persentase pemenuhan kebutuhan layanan humas dan informasi dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2023 sebesar 100% sehingga capaian persentasenya 100%.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2023 indikator tersebut adalah 100% dengan kategori **Sangat Memuaskan**.

## 2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait;

- a) Persentase pemenuhan kebutuhan layanan, fasilitasi, perlindungan dan pendampingan hukum kepada semua unsur RS dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2023 terealisasi 100% pada tahun 2023 sama dengan capaian pada tahun 2022 sebesar 100%
- b) Persentase pemenuhan penyusunan produk hukum dan kebijakan Rumah Sakit dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2023 terealisasi 100% pada tahun 2023 sama dengan capaian pada tahun 2022 sebesar 100%.
- c) Persentase kerjasama kemitraan dengan pihak ketiga dapat ditindaklanjuti dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2023 terealisasi 100% pada tahun 2023 sama dengan capaian pada tahun 2022 sebesar 100%.
- d) Persentase pemenuhan kebutuhan layanan humas dan informasi dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2023 terealisasi 100% pada tahun 2023 sama dengan capaian pada tahun 2022 sebesar 100%.

## 3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja

Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja adalah:

### 3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;

Mengoptimalkan komunikasi, koordinasi dan fasilitasi dalam upaya pemenuhan pelayanan terkait hukum, Kerjasama, humas dan informasi.

### 3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;

Terbatasnya SDM dan sarana prasarana.

### 3.3 Rencana Tindak Lanjut;

1. Mengusulkan sumber daya baik terkait SDM maupun sarana prasarana ke bidang terkait.
2. Peningkatan kapasitas dan kompetensi SDM.

#### 4) Analisis Program/Kegiatan Penunjang Kinerja

Program atau kegiatan yang menunjang keberhasilan pencapaian pernyataan kinerja tersebut adalah :

Program penunjang urusan pemerintahan daerah provinsi

Kegiatan :

Peningkatan Pelayanan BLUD.

Sub. Kegiatan :

Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD

### Capaian Kinerja Esselon III (Kepala Bidang Pendidikan, Penelitian dan Pengembangan)

No	Sasaran Strategis	Kinerja Utama	Indikator	Target	%Realisasi	% Capaian
1	Terselenggaranya kegiatan bidang Pendidikan, penelitian dan pengembangan	Meningkatnya kinerja pendidikan, penelitian dan pengembangan	Persentase pelaksanaan kegiatan peningkatan kompetensi sumber daya manusia sesuai kebutuhan	100%	100%	100%
			Persentase jumlah penelitian dan hasil penelitian yang ditindaklanjuti	100%	100%	100%
			Persentasi Dokumen dan pelaksanaan kegiatan pengembangan usaha pendapatan serta inovasi RS	100%	100%	100%
			Persentasi ketersediaan dokumen perencanaan dan pelaksanaan kegiatan pengembangan usaha pendapatan serta inovasi RS	100%	100%	100%
<b>Rata-rata capaian</b>						100%

Rumus Perhitungan :

1. Persentase pelaksanaan kegiatan peningkatan kompetensi sumber daya manusia sesuai kebutuhan

$$\frac{\Sigma \text{ Kegiatan pelatihan SDM yang dilakukan}}{\Sigma \text{ Seluruh kegiatan pelatihan SDM yang direncanakan di Rumah Sakit}} \times 100\%$$

2. Persentase jumlah penelitian dan hasil penelitian yang ditindaklanjuti

$$\frac{\Sigma \text{ penelitian RS yang ditindaklanjuti}}{\Sigma \text{ seluruh kegiatan penelitian yang direncanakan di rumah sakit}} \times 100\%$$

3. Persentasi Dokumen dan pelaksanaan kegiatan pengembangan usaha pendapatan serta inovasi RS

$$\frac{\Sigma \text{ kegiatan pembuatan dokumen dan pelaksanaan pengembangan serta inovasi yang dilakukan}}{\Sigma \text{ Seluruh kegiatan pengembangan serta inovasi yang direncanakan}} \times 100\%$$

4. Persentasi ketersediaan dokumen perencanaan dan pelaksanaan kegiatan pengembangan usaha pendapatan serta inovasi RS

$$\frac{\Sigma \text{ kegiatan pembuatan dokumen perencanaan dan pelaksanaan pengembangan serta inovasi yang dilakukan}}{\Sigma \text{ Seluruh kegiatan pengembangan serta inovasi yang direncanakan}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon III (Kepala Bidang Pendidikan, Penelitian dan Pengembangan) RSJ Sambang Lihum Tahun 2023 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya.

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2023		
		2018	2019	2020	2021	2022	Target	Realisasi	% Capaian
1.	Persentase pelaksanaan kegiatan peningkatan kompetensi sumber daya manusia sesuai kebutuhan	-	-	-	-	-	100%	100%	100%
2.	Persentase jumlah penelitian dan hasil penelitian yang ditindaklanjuti	-	-	-	-	-	100%	100%	100%
3.	Persentasi Dokumen dan pelaksanaan kegiatan pengembangan usaha pendapatan serta inovasi RS	-	-	-	-	100%	100%	100%	100%
4	Persentasi ketersediaan dokumen perencanaan dan pelaksanaan kegiatan pengembangan usaha pendapatan serta inovasi RS	-	-	-	-	100%	100%	100%	100%
<b>Rata-rata capaian</b>									100%

Menurut tabel diatas maka terlihatlah perbandingan-perbandingannya, berikut penjelasannya :

### 1) Perbandingan Realisasi dengan Target

Kinerja Utama dari Esselon III dengan jabatan Kepala Bidang Pendidikan, Penelitian dan Pengembangan adalah Meningkatnya kinerja pendidikan, penelitian dan pengembangan dengan Indikator Kinerja sebagai berikut:

- a. Persentase pelaksanaan kegiatan peningkatan kompetensi sumber daya manusia sesuai kebutuhan dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2023 sebesar 100% sehingga capaian persentasenya 100%.
- b. Persentase jumlah penelitian dan hasil penelitian yang ditindaklanjuti dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2023 sebesar 100% sehingga capaian persentasenya 100%.
- c. Persentasi Dokumen dan pelaksanaan kegiatan pengembangan usaha pendapatan serta inovasi RS dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2023 sebesar 100% sehingga capaian persentasenya 100%.
- d. Persentasi ketersediaan dokumen perencanaan dan pelaksanaan kegiatan pengembangan usaha pendapatan serta inovasi RS dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2023 sebesar 100% sehingga capaian persentasenya 100%.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2022 indikator tersebut adalah 100% dengan kategori **Sangat Memuaskan**.

## 2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait;

- a) Persentase pelaksanaan kegiatan peningkatan kompetensi sumber daya manusia sesuai kebutuhan dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2023 sebesar 100% belum dapat dibandingkan karena indicator baru.
- b) Persentase jumlah penelitian dan hasil penelitian yang ditindaklanjuti dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2023 sebesar 100% belum dapat dibandingkan karena indikator baru.
- c) Persentasi Dokumen dan pelaksanaan kegiatan pengembangan usaha pendapatan serta inovasi RS dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2023 100% pada tahun 2023 sama dengan capaian pada tahun 2022 sebesar 100%.
- d) Persentasi ketersediaan dokumen perencanaan dan pelaksanaan kegiatan pengembangan usaha pendapatan serta inovasi RS dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2023 100% pada tahun 2023 sama dengan capaian pada tahun 2022 sebesar 100%.

### **3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja**

Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja adalah:

#### 3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;

1. Pelaksanaan kegiatan peningkatan kompetensi SDM secara berkesinambungan
2. Meningkatkan layanan tentang pelaksanaan penelitian baik secara internal maupun eksternal
3. Melaksanakan kegiatan promosi dan sosialisasi pelayanan untuk pengembangan usaha pendapatan serta inovasi RS
4. Pelaksanaan kegiatan survei kepuasan masyarakat dan kepuasan karyawan sesuai dengan jadwal yang ditentukan

#### 3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;

1. Anggaran diklat yang masih belum merata untuk profesi yang ada di RS
2. Masih belum meratanya kompetensi SDM dalam pelaksanaan kegiatan diklat
3. Adanya staf SDM yang tidak mau mengikuti diklat internal
4. Belum maksimalnya kegiatan promosi dan sosialisasi

#### 3.3 Rencana Tindak Lanjut;

1. Mengusulkan penambahan anggaran untuk pelaksanaan diklat
2. Penguatan kegiatan promosi dan sosialisasi kegiatan pengembangan usaha pendapatan serta inovasi RS dan pengusulan anggaran

### **4) Analisis Program/Kegiatan Penunjang Kinerja**

Program atau kegiatan yang menunjang keberhasilan pencapaian pernyataan kinerja tersebut adalah :

1. Program peningkatan kapasitas sumber daya manusia Kesehatan
2. Program penunjang urusan pemerintahan daerah provinsi

Kegiatan :

1. Pengembangan Mutu dan Peningkatan Kompetensi Teknis Sumber Daya Manusia Kesehatan Tingkat Daerah Provinsi
2. Peningkatan Pelayanan BLUD

Sub.Kegiatan :

1. Peningkatan Kompetensi dan Kualifikasi Sumber Daya Manusia Kesehatan
2. Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD

### Capaian Kinerja Esselon III (Kepala Bidang Pelayanan Medik)

No	Sasaran Strategis	Kinerja Utama	Indikator	Target	%Realisasi	% Capaian
1	Terselenggaranya kegiatan Bidang pelayanan medik	Meningkatnya Kinerja Pelayanan Medik	Persentase pasien rawat inap yang mengalami perbaikan gejala	100%	100%	100%
			Persentase pemenuhan layanan jiwa bagi pasien peserta JKN	100%	100%	100%
			Persentase pemenuhan layanan Rehabilitasi NAPZA	100%	100%	100%
			Persentase pemenuhan layanan rujukan	100%	100%	100%
<b>Rata-rata Capaian</b>						100%

*Rumus Perhitungan :*

1. Persentase pasien rawat inap yang mengalami perbaikan gejala

$$\frac{\Sigma \text{ Pasien mengalami perbaikan gejala}}{\Sigma \text{ Pasien rawat inap pada periode waktu tertentu}} \times 100\%$$

2. Persentase pemenuhan layanan jiwa bagi pasien peserta JKN

$$\frac{\Sigma \text{ Pasien JKN yang mendapat pelayanan di RS Sambang Lihum}}{\Sigma \text{ Pasien JKN yang membutuhkan pelayanan di RSJ Sambang Lihum}} \times 100\%$$

3. Persentase pemenuhan layanan Rehabilitasi NAPZA

$$\frac{\Sigma \text{ Pengguna NAPZA yang mendapat layanan rehabilitasi}}{\Sigma \text{ Pengguna NAPZA yang memerlukan layanan}} \times 100\%$$

4. Persentase pemenuhan layanan rujukan

$$\frac{\Sigma \text{ Rujukan yang dilaksanakan}}{\Sigma \text{ Kasus yang seharusnya dirujuk}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon III (Kepala Bidang Pelayanan Medik) RSJ Sambang Lihum Tahun 2023 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya.

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2023		
		2018	2019	2020	2021	2022	Target	Realisasi	% Capaian
1.	Persentase pasien rawat inap yang mengalami perbaikan gejala	-	90.29	93.51	91.57	90%	100%	100%	100%
2.	Persentase pemenuhan layanan jiwa bagi pasien peserta JKN	-	100	100	100	100%	100%	100%	100%
3.	Persentase pemenuhan layanan Rehabilitasi NAPZA	-	-	100	100	100%	100%	100%	100%

4.	Persentase pemenuhan layanan rujukan	-	-	-	-	100%	100%	100%	100%
Rata-rata capaian									100%

Menurut tabel diatas maka terlihatlah perbandingan-perbandingannya, berikut penjelasannya :

### 1) Perbandingan Realisasi dengan Target

Kinerja Utama dari Esselon III dengan jabatan Kepala Bidang Pelayanan Medik adalah Meningkatnya Kinerja Pelayanan Medik dengan Indikator Kinerja sebagai berikut :

- a) Persentase pasien rawat inap yang mengalami perbaikan gejala dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2023 sebesar 100% sehingga capaian persentasenya 100%
- b) Persentase pemenuhan layanan kesehatan bagi pasien peserta JKN dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2023 sebesar 100%, sehingga capaian persentasenya 100%
- c) Persentase pemenuhan layanan Rehabilitasi NAPZA dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2023 sebesar 100%, sehingga capaian persentasenya 100%
- d) Persentase pemenuhan layanan rujukan dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2023 sebesar 100%, sehingga capaian persentasenya 100%

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2023 indikator tersebut adalah 100% dengan kategori **Sangat Memuaskan**.

### 2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait;

- a) Realisasi Persentase pasien rawat inap yang mengalami perbaikan gejala dengan target 100% yang terealisasi 100% pada tahun 2023 meningkat 10% dari realisasi tahun 2022 yang teralisasi 90%.
- b) Realisasi Persentase pemenuhan layanan kesehatan bagi pasien peserta JKN dengan target 100% yang terealisasi 100% pada tahun 2023 sama seperti tahun 2022 yang teralisasi 100%.
- c) Realisasi Persentase pemenuhan layanan Rehabilitasi NAPZA dengan target 100% yang terealisasi 100% yang terealisasi 100% pada tahun 2023 sama seperti tahun 2022 yang teralisasi 100%.
- d) Realisasi Persentase pemenuhan layanan rujukan dengan target 100% yang terealisasi 100% pada tahun 2023 sama seperti tahun 2022 yang teralisasi 100%.

### 3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja

Analisis penyebab keberhasilan peningkatan kinerja yang dilakukan adalah

3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;

Melakukan monitoring yang berkelanjutan dan penyediaan sarana prasarana sesuai tuntutan terapi pengobatan serta membuat MoU/kerjasama dengan pihak lain

3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;

Penyediaan anggaran yang terbatas

3.3 Rencana Tindak Lanjut;

Melakukan penyediaan sarana dan prasarana guna memenuhi tuntutan terapi pengobatan dan meneruskan usaha MoU/kerjasama dengan pihak lain

**4) Analisis Program/Kegiatan Penunjang Kinerja**

Program atau kegiatan yang menunjang keberhasilan pencapaian pernyataan kinerja tersebut adalah :

Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat Kegiatan :

1. Penerbitan Izin Rumah Sakit Kelas B dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Daerah Provinsi
2. Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi

Sub Kegiatan :

1. Peningkatan Mutu Pelayanan Fasilitas Kesehatan
2. Pengelolaan Jaminan Kesehatan Masyarakat

**Capaian Kinerja Esselon III  
(Kepala Bidang Keperawatan)**

No	Sasaran Strategis	Kinerja Utama	Indikator	Target	%Realisasi	% Capaian
1	Terselenggaranya Kegiatan Pelayanan Keperawatan	Meningkatnya Mutu Pelayanan Keperawatan dan Keselamatan Pasien	Persentase pasien mengalami perbaikan setelah mendapat asuhan keperawatan	90%	90%	100%
			Persentase pasien lari dapat dicegah	100%	99.95%	99.95%
			Persentase pasien jatuh dapat dicegah	100%	100%	100%
			Persentase pasien bunuh diri dapat dicegah	100%	100%	100%
		Meningkatnya Sumber Daya Keperawatan	Persentase pemenuhan sumber daya keperawatan	100%	90%	90%
<b>Rata-rata Capaian</b>						97.99%

Rumus perhitungan :

1. Persentase pasien mengalami perbaikan setelah mendapat asuhan keperawatan  

$$\frac{\Sigma \text{ Pasien yang mengalami perubahan setelah mendapatkan asuhan keperawatan}}{\Sigma \text{ Seluruh pasien yang dirawat}} \times 100\%$$

2. Persentase pasien lari dapat dicegah  

$$\frac{\Sigma \text{ Kejadian upaya melarikan diri oleh pasien yang dapat dicegah}}{\Sigma \text{ Pasien rawat inap dengan potensi melarikan diri}} \times 100\%$$

3. Persentase pasien jatuh dapat dicegah  

$$\frac{\Sigma \text{ Kejadian pasien jatuh}}{\Sigma \text{ Pasien rawat inap dengan potensi jatuh}} \times 100\%$$

4. Persentase pasien bunuh diri dapat dicegah  

$$\frac{\Sigma \text{ Kejadian pasien dengan percobaan bunuh diri}}{\Sigma \text{ Pasien rawat inap dengan potensi bunuh diri}} \times 100\%$$

5. Persentase pemenuhan sumber daya keperawatan  

$$\frac{\Sigma \text{ Sumber daya tersedia}}{\Sigma \text{ Sumber daya seharusnya}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon III (Kepala Bidang Keperawatan) RSJ Sambang Lihum Tahun 2023 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya.

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2023		
		2018	2019	2020	2021	2022	Target	Realisasi	% Capaian
1.	Persentase pasien mengalami perbaikan setelah mendapat asuhan keperawatan	-	-	-	-	90%	90%	90%	100%
2	Persentase pasien lari dapat dicegah		80%	100%	100%	100%	100%	99.95%	99.95%
3	Persentase pasien jatuh dapat dicegah		30%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4	Persentase pasien bunuh diri dapat dicegah		90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5	Persentase pemenuhan sumber daya keperawatan		-	-	-	100%	100%	90%	90%
<b>Rata-rata capaian</b>									97.99%

Menurut tabel diatas maka terlihatlah perbandingan-perbandingannya, berikut penjelasannya :

### 1) Perbandingan Realisasi dengan Target

Kinerja Utama dari Esselon III dengan jabatan Kepala Bidang Keperawatan adalah Meningkatnya Mutu Pelayanan Keperawatan dan Keselamatan Pasien dan Meningkatnya Sumber Daya Keperawatan dengan Indikator Kinerja sebagai berikut :

- a) Persentase pasien mengalami perbaikan setelah mendapat asuhan keperawatan dengan target 90% dan realisasi capaian kinerja pada Tahun 2023 adalah 90%, sehingga persentase capaian kerjanya 100%.
- b) Persentase pasien lari dapat dicegah dengan target 100% dan realisasi capaian pada tahun 2023 sebesar 99.95%, sehingga capaian persentasenya 99.95%.
- c) Persentase pasien jatuh dapat dicegah dengan target 100% dan realisasi capaian pada tahun 2023 sebesar 100%, sehingga capaian persentasenya 100%.
- d) Persentase pasien bunuh diri dapat dicegah dengan target 100% dan realisasi capaian pada tahun 2023 sebesar 100%, sehingga capaian persentasenya 100%.
- e) Persentase pemenuhan sumber daya keperawatan dengan target 100% dan realisasi capaian pada tahun 2023 sebesar 90%, sehingga capaian persentasenya 90%.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2023 indikator tersebut adalah 97.99% dengan kategori **Sangat Memuaskan**.

## 2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait;

- a) Realisasi Persentase pasien mengalami perbaikan setelah mendapat asuhan keperawatan dengan target 90% terealisasi 90% pada Tahun 2023 sama dengan capaian tahun 2022 yang sebesar 90%.
- b) Realisasi Persentase pasien lari dapat dicegah dengan target 100% terealisasi 99.95% pada tahun 2023 menurun 0.5% dari tahun 2022 yang teralisasi 100%.
- c) Realisasi Persentase pasien jatuh dapat dicegah dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sama seperti tahun 2022 yang teralisasi 100%.
- d) Realisasi Persentase pasien bunuh diri dapat dicegah dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sama seperti tahun 2022 yang teralisasi 100%.
- e) Realisasi Persentase pemenuhan sumber daya keperawatan dengan target 100% yang terealisasi 90% pada tahun 2023 menurun 10% dari tahun 2022 yang terealisasi 100%.

## 3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja

Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja adalah:

### 3.1 Upaya – upaya yang telah dilakukan;

1. Peningkatan kompetensi perawat sesuai kebutuhan pelayanan
2. Monitoring dan evaluasi pelayanan asuhan keperawatan
3. Koordinasi penyelenggaraan asuhan keperawatan
4. Mengusulkan perbaikan dan peningkatan Gedung bangsal perawatan pasien

### 3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja ;

1. Kondisi fisik bangunan bangsal perawatan Sebagian besar sudah tidak memenuhi standar keamanan dan keselamatan pasien, sehingga masih ada kejadian pasien yang mencoba melarikan diri.
2. Terbatasnya alokasi anggaran untuk perbaikan bangunan bangsal perawatan pasien.

### 3.3 Rencana Tindak Lanjut ;

1. Penguatan monitoring dan evaluasi kelayakan gedung bangsal perawatan untuk meningkatkan pengamanan pasien khususnya untuk mencegah pasien jatuh dan pasien lari.
2. Mengusulkan rehabilitasi berat bangsal perawatan pasien yang tidak memenuhi syarat keamanan dan keselamatan pasien.

## 4) Analisis Program/Kegiatan Penunjang Kinerja

Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Provinsi.

Kegiatan :

Peningkatan Pelayanan BLUD.

Sub. Kegiatan :

Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD.

### Capaian Kinerja Esselon III (Kepala Bidang Penunjang Non Medik)

No	Sasaran Strategis	Kinerja Utama	Indikator	Target	%Realisasi	% Capaian
1	Terselenggaranya Kegiatan bidang penunjang non medik	Meningkatnya Kualitas pelayanan Penunjang non Medik	Persentase pemenuhan sarana prasarana penunjang non medik sesuai standar	80%	97.01%	121.26%
			Persentase pemenuhan SDM penunjang non medik sesuai kompetensi	80%	67.64%	84.55%
Rata-Rata Capaian						<b>102.9%</b>

Rumus perhitungan :

1. Persentase pemenuhan sarana prasarana penunjang non medik sesuai standar

$$\frac{\sum \text{Sarana \& Prasarana Penunjang Non Medik yang sesuai standar}}{\sum \text{Sarana \& Prasarana Penunjang Non Medik yang ada di Rumah Sakit}} \times 100\%$$

2. Persentase pemenuhan SDM penunjang non medik sesuai kompetensi

$$\frac{\Sigma \text{ Sumber Daya Manusia Non Medik sesuai kompetensi}}{\Sigma \text{ Sumber Daya Manusia Non Medik yang ada di Rumah Sakit}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon III (Kepala Bidang Penunjang Non Medik) RSJ Sambang Lihum Tahun 2023 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya.

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2023		
		2018	2019	2020	2021	2022	Target	Realisasi	% Capaian
1.	Persentase pemenuhan sarana prasarana penunjang non medik sesuai standar		-	-	-	97.50%	80%	97.01%	121.26%
2.	Persentase pemenuhan SDM penunjang non medik sesuai kompetensi		-	-	-	58.82%	80%	67.64%	84.55%
<b>Rata-rata capaian</b>									102.9%

Menurut tabel diatas maka terlihatlah perbandingan-perbandingannya, berikut penjelasannya :

**1) Perbandingan Realisasi dengan Target**

Kinerja Utama dari Esselon III dengan jabatan Kepala Bidang Penunjang Non Medik adalah Meningkatnya Kualitas pelayanan Penunjang non Medik dengan Indikator Kinerja sebagai berikut:

- a. Persentase pemenuhan sarana prasarana penunjang non medik sesuai standar dengan target 80% yang terealisasi pada tahun 2023 sebesar 97.01% sehingga capaian persentasenya 121.26%
- b. Persentase pemenuhan SDM penunjang non medik sesuai kompetensi dengan target 80% yang terealisasi pada tahun 2023 yaitu 67.64% sehingga capaian persentasenya 84.55%.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2023 indikator tersebut adalah 102.9% dengan kategori **Sangat Memuaskan**.

**2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait;**

- a) Persentase pemenuhan sarana prasarana penunjang non medik sesuai standar dengan target 80% yang terealisasi pada tahun 2023 sebesar 97.01% menurun 0.49% dari capaian tahun 2022 yang sebesar 97.50%.
- b) Persentase pemenuhan SDM penunjang non medik sesuai kompetensi dengan target 80% yang terealisasi pada tahun 2023 sebesar 67.64% meningkat 8.82% dari capaian tahun 2022 yang sebesar 58.82%.

### 3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja

Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja adalah:

#### 3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;

1. Mengembangkan strategi manajemen resiko untuk mengidentifikasi, mengevaluasi dan mengurangi resiko yang terkait pemeliharaan sarana dan prasarana penunjang non medik.
2. Peningkatan kompetensi tenaga kesling, K3RS dan IPSRS melalui diklat dan sertifikasi keahlian.

#### 3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;

1. Keterbatasan alokasi anggaran untuk diklat SDM.
2. Kurangnya jumlah SDM di instalasi Kesling, K3RS dan IPSRS.

#### 3.3 Rencana Tindak Lanjut;

1. Melakukan pemantauan dan evaluasi melalui audit terhadap pelaksanaan pemeliharaan dan menganalisa laporan audit pemeliharaan.
2. Mengusulkan penyelenggaraan diklat internal dan mengusulkan penambahan anggaran untuk mengikuti diklat peningkatan kompetensi.
3. Mengusulkan penambahan SDM

### 4) Analisis Program/Kegiatan Penunjang Kinerja

Program atau kegiatan yang menunjang keberhasilan pencapaian pernyataan kinerja tersebut adalah :

Program penunjang urusan pemerintahan daerah provinsi

**Kegiatan :**

Peningkatan Pelayanan BLUD.

**Sub. Kegiatan :**

Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD

## 4. ESSELON IV (Kepala Subbagian/ Kepala Subbidang)

### Capaian Kinerja Esselon IV (Sub Bagian Umum dan Rumah Tangga)

No	Sasaran Strategis	Kinerja Utama	indikator	Target	%Realisasi	% Capaian
1.	Terselenggaranya kegiatan sub bagian umum dan rumah tangga	Peningkatan pelayanan ketatausahaan, kearsipan dan rumah tangga	Persentase pemenuhan layanan surat menyurat	100%	100%	100%
			Persentase pemenuhan kebutuhan pengetikan, penggandaan dan	100%	100%	100%

			pencetakan naskah dinas dan ekspedisi			
			Persentase pemenuhan pelayanan pengelolaan arsip, ketertiban dan keamanan Lingkungan Rumah Sakit	100%	100%	100%
<b>Rata-Rata Capaian</b>						100%

Rumus perhitungan :

1. Persentase pemenuhan layanan surat menyurat

$$\frac{\Sigma \text{Jumlah surat keluar dan masuk}}{\Sigma \text{Jumlah surat keluar dan masuk yang diselesaikan}} \times 100\%$$

2. Persentase pemenuhan kebutuhan pengetikan, penggandaan dan pencetakan naskah dinas dan ekspedisi

$$\frac{\Sigma \text{Surat dan dokumen yang akan dikirim}}{\Sigma \text{Surat dan dokumen yang terkirim}} \times 100\%$$

3. Persentase pemenuhan pelayanan pengelolaan arsip, ketertiban dan keamanan Lingkungan Rumah Sakit

$$\frac{\Sigma \text{Laporan dokumen dari Asiparis dan Instalasi Satpam yang dikelola}}{\Sigma \text{Semua Laporan dokumen dari Arsiparis dan Instalasi Satpam}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon IV (Sub Bagian Umum dan Rumah Tangga) RSJ Sambang Lihum Tahun 2023 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya.

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2023		
		2018	2019	2020	2021	2022	Target	Realisasi	% Capaian
1.	Persentase pemenuhan layanan surat menyurat		-	-	100%	100%	100%	100%	100%
2.	Persentase pemenuhan kebutuhan pengetikan, penggandaan dan pencetakan naskah dinas dan ekspedisi		-	-	-	100%	100%	100%	100%
3.	Persentase pemenuhan pelayanan pengelolaan arsip, ketertiban dan keamanan Lingkungan Rumah Sakit		-	-	-	100%	100%	100%	100%
<b>Rata-rata capaian</b>									100%

Menurut tabel diatas maka terlihatlah perbandingan-perbandingannya, berikut penjelasannya :

### 1) Perbandingan Realisasi dengan Target

Kinerja utama dari Esselon IV dengan jabatan Sub Bagian Umum dan Rumah Tangga adalah Meningkatnya pelayanan ketatausahaan, kearsipan dan rumah tangga dengan indicator Kinerja sebagai berikut :

- a. Persentase pemenuhan layanan surat menyurat dengan target 100% terealisasi 100% pada Tahun 2023, sehingga persentase capaian kinerjanya 100%.
- b. Persentase pemenuhan kebutuhan pengetikan, penggandaan dan pencetakan naskah dinas dan ekspedisi dengan target 100% terealisasi 100% pada Tahun 2023, sehingga persentase capaian kinerjanya 100%.
- c. Persentase pemenuhan pelayanan pengelolaan arsip, ketertiban dan keamanan Lingkungan Rumah Sakit dengan target 100% terealisasi 100% pada Tahun 2023, sehingga persentase capaian kinerjanya 100%.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2023 indikator tersebut adalah 100% dengan kategori **Sangat Memuaskan**.

## **2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait;**

- a) Realisasi Persentase pemenuhan layanan surat menyurat dengan target 100% terealisasi 100% pada Tahun 2023 sama dengan realisasi tahun 2022 realisasi yang terealisasi 100%.
- b) Realisasi Persentase pemenuhan kebutuhan pengetikan, penggandaan dan pencetakan naskah dinas dan ekspedisi dengan target 100% terealisasi 100% pada Tahun 2023 sama dengan realisasi tahun 2022 realisasi yang terealisasi 100%.
- c) Persentase pemenuhan pelayanan pengelolaan arsip, ketertiban dan keamanan Lingkungan Rumah Sakit dengan target 100% terealisasi 100% pada Tahun 2023 sama dengan realisasi tahun 2022 realisasi yang terealisasi 100%.

## **3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja**

Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja adalah:

### **3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;**

1. Penerimaan surat masuk, pendisposisian surat masuk secara berjenjang melalui aplikasi SRIKANDI.
2. Pemberian penomoran surat keluar, surat keterangan, surat perjalanan dinas dalam kota, luar kota, luar daerah
3. Penerimaan, peminjaman dan penyimpanan arsip dinamis dan arsip statis Rumah Sakit
4. Penyusunan retensi arsip pada aplikasi SRIKANDI

5. Menyiapkan SDM Satuan Keamanan, jadwal tugas, perparkiran, menjaga keamanan dan patroli lingkungan, dan laporan bulanan dalam upaya pelayanan kepada pasien dan keluarga pasien RS

### 3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;

1. Tidak ada Notifikasi, serta surat masuk yang telah terinput di aplikasi SRIKANDI tidak bisa dihapus/ didelete lagi.
2. Belum terkoordinasikannya keseragaman penulisan kodefikasi arsip dalam pemberian penomoran surat oleh Bagian/Bidang sebelum penandatanganan surat oleh Direktur
3. SDM belum terpenuhi serta sarana penyimpanan arsip dinamis dan arsip statis belum tersedia.
4. SDM belum terpenuhi dan Sarana dan prasarana pada Instalasi Satuan Keamanan masih memerlukan penambahan.

### 3.3 Rencana Tindak Lanjut;

1. Konsultasi ke Dispersip Prov.Kalsel dan Biro Organisasi Prov.Kalsel agar ditambah fitur aplikasi SRIKANDI.
2. Mengusulkan pembuatan SPO dan Surat Edaran tentang pemberian kodefikasi arsip untuk surat keluar, surat keterangan, surat perjalanan dinas dalam kota, luar kota, luar daerah.
3. Mengusulkan pembuatan Tim Pengendali Arsip pada Bagian/Bidang terkait.
4. Mengusulkan penambahan SDM Arsiparis, serta pengadaan sarana penyimpanan arsip dinamis dan arsip statis Rumah Sakit.
5. Mengusulkan penambahan SDM Satuan Keamanan, serta pengadaan sarana ruang kunjungan/ tamu bagi keluarga pasien keswa dan napza di Pos Depan pada Instalasi Satuan Keamanan

## 4) Analisis Program/Kegiatan Penunjang Kinerja

Program atau kegiatan yang menunjang keberhasilan pencapaian pernyataan kinerja tersebut adalah :

Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Provinsi

Kegiatan :

1. Penyediaan Jasa Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah
2. Peningkatan Pelayanan BLUD

Sub. Kegiatan :

1. Penyediaan Jasa Pelayanan Umum Kantor
2. Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD.

**Capaian Kinerja Esselon IV  
(Sub Bagian Perlengkapan dan Aset)**

No	Sasaran Strategis	Kinerja Utama	Indikator	Target	%Realisasi	% Capaian
1	Terselenggaranya kegiatan sub bagian Perlengkapan dan Aset	Meningkatnya penyelenggaraan administrasi dan penatalaksanaan perlengkapan dan aset	Persentase ketersediaan dokumen Rencana Kebutuhan Barang Unit (RKBU) dan Rencana Tahunan Barang Unit (RBU)	100%	100%	100%
			Persentase barang inventaris tercatat dalam kartu aset	100%	100%	100%
			Persentase pemeliharaan barang inventaris	100%	100%	100%
<b>Rata-Rata Capaian</b>						<b>100%</b>

*Rumus Perhitungan :*

- Persentase ketersediaan dokumen Rencana Kebutuhan Barang Unit (RKBU) dan Rencana Tahunan Barang Unit (RBU)

$$\frac{\Sigma \text{Kebutuhan Barang Unit RSJ Sambang Lihum}}{\Sigma \text{Dokaumen RKBU}} \times 100\%$$

- Persentase barang inventaris tercatat dalam kartu aset

$$\frac{\text{Jumlah Aset}}{\text{Jumlah catatan kartu aset}} \times 100\%$$

- Persentase pemeliharaan barang inventaris

$$\frac{\Sigma \text{pemeliharaan barang inventaris}}{\Sigma \text{Catatan pemeliharaan}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon IV (Sub Bagian Perlengkapan Dan Aset) RSJ Sambang Lihum Tahun 2023 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya.

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2023		
		2018	2019	2020	2021	2022	Target	Realisasi	% Capaian
1.	Persentase ketersediaan dokumen Rencana Kebutuhan Barang Unit (RKBU) dan Rencana Tahunan Barang Unit (RBU)		-	-	-	100%	100%	100%	100%
2.	Persentase barang inventaris tercatat dalam kartu aset		-	-	-	100%	100%	100%	100%
3.	Persentase pemeliharaan barang inventaris		-	-	-	100%	100%	100%	100%
<b>Rata-rata capaian</b>									<b>100%</b>

Menurut tabel diatas maka terlihatlah perbandingan-perbandingannya, berikut penjelasannya :

### 1) Perbandingan Realisasi dengan Target

Kinerja Utama dari Esselon IV dengan jabatan Sub Bagian Perlengkapan Dan Aset adalah Meningkatnya penyelenggaraan administrasi dan penatalaksanaan perlengkapan dan asset dengan Indikator Kinerja sebagai berikut :

- a) Persentase ketersediaan dokumen Rencana Kebutuhan Barang Unit (RKBU) dan Rencana Tahunan Barang Unit (RBU) dengan target 100% yang terealisasi 100% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 100%.
- b) Persentase barang inventaris tercatat dalam kartu aset dengan target 100% yang terealisasi 100% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 100%.
- c) Persentase pemeliharaan barang inventaris dengan target 100% yang terealisasi 100% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 100%.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2023 indikator tersebut adalah 100% dengan kategori **Sangat Memuaskan**.

### 2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait;

- a) Persentase ketersediaan dokumen Rencana Kebutuhan Barang Unit (RKBU) dan Rencana Tahunan Barang Unit (RBU) dengan target 100% terealisasi 100% pada Tahun 2023 sama dengan realisasi tahun 2022 realisasi yang terealisasi 100%.
- b) Persentase barang inventaris tercatat dalam kartu aset dengan target 100% terealisasi 100% pada Tahun 2023 sama dengan realisasi tahun 2022 realisasi yang terealisasi 100%.
- c) Persentase pemeliharaan barang inventaris dengan target 100% terealisasi 100% pada Tahun 2023 sama dengan realisasi tahun 2022 realisasi yang terealisasi 100%.

### 3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja

Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja adalah:

#### 3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;

1. Melakukan koordinasi dengan Bagian / Bidang Sub Bag / Sub Bidang dan Instalasi serta Ruangan terkait kebutuhan Barang Milik Daerah
2. Mengumpulkan Usulan dari Bidang / Bagian terkait kebutuhan barang di bawah nya
3. Melakukan inventarisasi secara berkala setiap tahun

4. Melakukan pengawasan Pemeliharaan barang inventaris
  5. Melakukan pengawasan pengadaan Barang Inventaris
  6. Melakukan Pengawasan penyimpanan dan distribusi barang inventaris
- 3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;
1. Luas nya area rumah sakit dan banyak nya instalasi dan ruangan
  2. Seringnya barang berpindah antara ruangan tanpa ada laporan kepada sub bagian asset
  3. Kurangnya jumlah SDM dibawah sub Bagian Perlengkapan dan Aset
  4. Seringnya terjadi kerusakan barang dikarenakan gangguan vektor monyet
  5. Seringnya terjadi kerusakan barang karena pasien
- 3.3 Rencana Tindak Lanjut;
1. Membuat usulan peningkatan anggaran pemeliharaan barang inventaris
  2. Membuat usulan penambahan SDM di bawah Sub Bagian Perlengkapan dan Aset
  3. Membuat Usulan pembuatan aplikasi untuk monitoring barang inventaris
  4. Mensosialisasikan SPO penerimaan Barang Inventaris, pemindahan barang inventaris

#### 4) Analisis Program/Kegiatan Penunjang Kinerja

Program atau kegiatan yang menunjang keberhasilan pencapaian pernyataan kinerja tersebut adalah :

Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Provinsi

Kegiatan :

1. Penyediaan Jasa Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah
2. Peningkatan Pelayanan BLUD

Sub. Kegiatan :

1. Penyediaan Jasa Pelayanan Umum Kantor
2. Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD.

#### Capaian Kinerja Esselon IV (Sub Bagian Kepegawaian)

No	Sasaran Strategis	Kinerja Utama	Indikator	Target	%Realisasi	% Capaian
1	Terselenggaranya kegiatan sub bagian kepegawaian	Meningkatnya penyelenggaraan pengelolaan kepegawaian	Persentase pemenuhan ketersediaan dokumen rencana kebutuhan pegawai	100%	100%	100%

		Persentase pemenuhan layanan adminitrasi kepegawaian	100%	100%	100%
		Persentase pemenuhan pelaksanaan Sistem Informasi Majemen Kepegawaian	100%	100%	100%
<b>Rata-Rata Capaian</b>					<b>100%</b>

*Rumus perhitungan :*

1. Persentase pemenuhan ketersediaan dokumen rencana kebutuhan pegawai

$$\frac{\Sigma \text{layanan pemenuhan ketersediaan kebutuhan pegawai yang diselesaikan}}{\Sigma \text{Target pemenuhan ketersediaan kebutuhan pegawai}} \times 100\%$$

2. Persentase pemenuhan layanan adminitrasi kepegawaian

$$\frac{\Sigma \text{Pelaksanaan pemenuhan layanan administrasi kepegawaian}}{\Sigma \text{Target pemenuhan layanan administrasi kepegawaian}} \times 100\%$$

3. Persentase pemenuhan pelaksanaan Sistem Informasi Majemen Kepegawaian

$$\frac{\Sigma \text{Pemenuhan Sistem Informasi Manajemen kepegawaian}}{\Sigma \text{Target Pemenuhan Sistem Informasi Manajemen kepegawaian}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon IV (Sub Bagian Kepegawaian) RSJ Sambang Lihum Tahun 2023 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2023		
		2018	2019	2020	2021	2022	Target	Realisasi	% Capaian
1.	Persentase pemenuhan ketersediaan dokumen rencana kebutuhan pegawai		-	-	-	100%	100%	100%	100%
2.	Persentase pemenuhan layanan adminitrasi kepegawaian		-	-	100%	100%	100%	100%	100%
3.	Persentase pemenuhan pelaksanaan Sistem Informasi Majemen Kepegawaian		-	-	-	100%	100%	100%	100%
<b>Rata-rata capaian</b>									100%

Menurut tabel diatas maka terlihatlah perbandingan-perbandingannya, berikut penjelasannya :

### 1) Perbandingan Realisasi dengan Target

Kinerja Utama dari Esselon IV dengan jabatan Kasubag kepegawaian adalah Meningkatnya penyelenggaraan pengelolaan urusan kepegawaian dengan Indikator Kinerja sebagai berikut :

- a) Persentase pemenuhan ketersediaan dokumen rencana kebutuhan pegawai dengan target 100% yang terealisasi 100% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 100%.
- b) Persentase pemenuhan layanan administrasi kepegawaian dengan target 100% yang terealisasi 100% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 100%.
- c) Persentase pemenuhan pelaksanaan Sistem Informasi Manajemen Kepegawaian dengan target 100% yang terealisasi 100% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 100%.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2023 indikator tersebut adalah 100% dengan kategori **Sangat Memuaskan**.

## 2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait;

- a) Realisasi Persentase pemenuhan ketersediaan dokumen rencana kebutuhan pegawai dengan target 100% terealisasi 100% pada Tahun 2023 sama dengan realisasi tahun 2022 realisasi yang terealisasi 100%.
- b) Realisasi Persentase pemenuhan layanan administrasi kepegawaian dengan target 100% terealisasi 100% pada Tahun 2023 sama dengan realisasi tahun 2022 realisasi yang terealisasi 100%.
- c) Realisasi Persentase pemenuhan pelaksanaan Sistem Informasi Manajemen Kepegawaian dengan target 100% terealisasi 100% pada Tahun 2023 sama dengan realisasi tahun 2022 realisasi yang terealisasi 100%.

## 3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja

Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja adalah:

### 3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;

- 1. Pembuatan Rencana Kebutuhan SDM, Pemutakhiran data minimal satu kali setahun;
- 2. Pemutakhiran pada Aplikasi SDM dilakukan setiap ada perubahan mutasi.
- 3. Optimalisasi penggunaan SIMPEG, Untuk pembuatan Berkala, Kenaikan Pangkat dan usulan SLKS diambil melalui SIMPEG dengan syarat kelengkapan Upload data di SIMPEG lengkap
- 4. Pembuatan rekap E-Absen, Pemutakhiran rekap E-Performance untuk TPP

### 3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;

- 1. Hambatan untuk pembuatan Renbut internet harus stabil karena sifat aplikasinya melalui jaringan internet, Hambatan pemutakhiran SDM juga menggunakan internet yang stabil

2. Jaringan yang dibutuhkan stabil, Kelengkapan pada aplikasi SIMPEG kurang lengkap, Kualitas data pada upload SIMPEG tidak jelas atau tidak bisa dibaca
3. Kesadaran setiap pegawai belum maksimal dalam pembuatan realisasi dan rencana aksi setiap bulannya.

### 3.3 Rencana Tindak Lanjut;

1. Mengusulkan penguatan signal internet pada Sub Bagian Kepegawaian, karena untuk menjalankan beberapa aplikasi yaitu E-Absen, E-Performance, Renbut dan SDMK membutuhkan signal internet yang stabil
2. Sosialisasi pemutahiran SIMPEG kepada seluruh karyawan.

## 4) Analisis Program/Kegiatan Penunjang Kinerja

Program atau kegiatan yang menunjang keberhasilan pencapaian pernyataan kinerja tersebut adalah :

Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Provinsi

Kegiatan :

1. Penyediaan Jasa Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah
2. Peningkatan Pelayanan BLUD

Sub. Kegiatan :

1. Penyediaan Jasa Pelayanan Umum Kantor
2. Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD.

### Capaian Kinerja Esselon IV (Kasubag Perencanaan)

No	Sasaran Strategis	Kinerja Utama	Indikator	Target	%Realisasi	% Capaian
1	Terselenggaranya kegiatan sub bagian perencanaan	Meningkatnya penyusunan perencanaan	Persentase penuhi ketersediaan dokumen rencana kerja RS	100%	100%	100%
			Persentase pemenuhan ketersediaan dokumen Rencana Kerja dan Anggaran (RKA)	100%	100%	100%
<b>Rata-Rata Capaian</b>						<b>100%</b>

*Rumus perhitungan :*

1. Persentase penuhi ketersediaan dokumen rencana kerja RS

$$\frac{\sum \text{jumlah dokumen rencana kerja (renja)}}{\sum \text{target dokumen rencana kerja (renja)}} \times 100\%$$

2. Persentase pemenuhan ketersediaan dokumen Rencana Kerja dan Anggaran (RKA)

$$\frac{\Sigma \text{ jumlah dokumen rencana kerja anggaran (RKA)}}{\Sigma \text{ target dokumen rencana kerja anggaran (RKA)}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon IV (Kasubag Perencanaan) RSJ Sambang Lihum Tahun 2023 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya.

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2023		
		2018	2019	2020	2021	2022	Target	Realisasi	% Capaian
1.	Persentase pemenuhan ketersediaan Dokumen Rencana Kerja RS		-	-	-	100%	100%	100%	100%
2.	Persentase pemenuhan ketersediaan dokumen Rencana Kerja dan Anggaran (RKA)		-	-	-	100%	100%	100%	100%
<b>Rata-rata capaian</b>									100 %

Menurut tabel diatas maka terlihatlah perbandingan-perbandingannya, berikut penjelasannya :

**1) Perbandingan Realisasi dengan Target**

Kinerja Utama dari Esselon IV dengan jabatan Kasubag Perencanaan adalah Meningkatnya penyusunan perencanaan dengan Indikator Kinerja sebagai berikut :

- a) Persentase pemenuhan ketersediaan Dokumen Rencana Kerja RS dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 100%.
- b) Persentase pemenuhan ketersediaan dokumen Rencana Kerja dan Anggaran (RKA) dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 100%.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2023 indikator tersebut adalah 100% dengan kategori **Sangat Memuaskan**.

**2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait;**

- a) Realisasi Persentase pemenuhan ketersediaan Dokumen Rencana Kerja RS dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sama dengan realisasi pada tahun 2022 sebesar 100%.
- b) Realisasi Persentase pemenuhan ketersediaan dokumen Rencana Kerja dan Anggaran (RKA) dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sama dengan realisasi pada tahun 2022 sebesar 100%.

**3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja**

Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja adalah:

- 3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;

Melakukan koordinasi antar bidang

3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;

Tidak ada tim penyusun perencanaan dan anggaran rumah sakit

3.3 Rencana Tindak Lanjut;

Mengusulkan pembentuk tim penyusun perencanaan dan anggaran rumah sakit

#### 4) Analisis Program/Kegiatan Penunjang Kinerja

Program atau kegiatan yang menunjang keberhasilan pencapaian pernyataan kinerja tersebut adalah :

Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Provinsi

Kegiatan :

Perencanaan, Penganggaran, dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah

Sub Kegiatan :

1) Penyusunan Dokumen Perencanaan Perangkat Daerah

2) Koordinasi dan Penyusunan Dokumen RKA- SKPD

3) Koordinasi dan Penyusunan Dokumen Perubahan RKA-SKPD

### Capaian Kinerja Esselon IV (Kasubag Organisasi dan Tata Laksana)

No	Sasaran Strategis	Kinerja Utama	Indikator	Target	%Realisasi	% Capaian
1	Terselenggaranya kegiatan sub bagian Organisasi dan Tata Laksana	Meningkatnya kegiatan pengembangan organisasi dan pembinaan tatalaksana Rumah Sakit	Persentase pelaksanaan kegiatan pengembangan Organisasi Rumah Sakit	100%	100%	100%
			Persentase ketersediaan Regulasi dan Pembinaan Tata Laksana Rumah Sakit	100%	100%	100%
Rata-Rata Capaian						100%

Rumus perhitungan:

1. Persentase pelaksanaan kegiatan pengembangan Organisasi Rumah Sakit

$$\frac{\Sigma \text{Kegiatan yang dilaksanakan}}{\Sigma \text{target kegiatan yang dilaksanakan dalam satu tahun (2023)}} \times 100\%$$

2. Persentase ketersediaan Regulasi dan Pembinaan Tata Laksana Rumah Sakit

$$\frac{\Sigma \text{Dokumen regulasi yang tersedia}}{\Sigma \text{Regulasi yang harus ada sesuai kebutuhan dan Peraturan Perundang undangan}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon IV (Kasubag Organisasi dan Tata Laksana) RSJ Sambang Lihum Tahun 2023 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya.

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2023		
		2018	2019	2020	2021	2022	Target	Realisasi	% Capaian
1.	Persentase pelaksanaan kegiatan pengembangan Organisasi Rumah Sakit	-	-	-	-	100%	100%	100%	100%
2.	Persentase ketersediaan Regulasi dan Pembinaan Tata Laksana Rumah Sakit	-	-	-	-	100%	100%	100%	100%
<b>Rata-rata capaian</b>									100 %

Menurut tabel diatas maka terlihatlah perbandingan-perbandingannya, berikut penjelasannya :

### 1) Perbandingan Realisasi dengan Target

Kinerja Utama dari Esselon IV dengan jabatan Kasubag Organisasi dan Tata Laksana adalah Meningkatnya kegiatan pengembangan organisasi dan pembinaan tatalaksana rumah tangga dengan Indikator Kinerja sebagai berikut :

- a) Persentase pelaksanaan kegiatan pengembangan Organisasi Rumah Sakit dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 100%.
- b) Persentase ketersediaan Regulasi dan Pembinaan Tata Laksana Rumah Sakit dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 100%.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2023 indikator tersebut adalah 100% dengan kategori **Sangat Memuaskan**.

### 2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait

- a) Realisasi Persentase pelaksanaan kegiatan pengembangan Organisasi Rumah Sakit dengan target 100% pada tahun 2023 sama dengan realisasi pada tahun 2022 sebesar 100%.
- b) Realisasi Persentase ketersediaan Regulasi dan Pembinaan Tata Laksana Rumah Sakit dengan target 100% pada tahun 2023 sama dengan realisasi pada tahun 2022 sebesar 100%.

### 3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja

Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja adalah:

- 3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;
1. Monitoring dan evaluasi Susunan Tugas Pokok dan Fungsi dari Susunan Organisasi Rumah Sakit
  2. Pengelolaan Pelaksanaan Penyusunan Analisa Jabatan, Ketatalaksanaan dan Pengawasan
  3. Pengawasan Kegiatan Penyusunan Peta Proses Bisnis, SOP dan Standar Pelayanan unit kerja
  4. Membuat Pedoman Pengorganisasian Rumah Sakit
- 3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;
1. Perubahan lingkungan yang cepat
  2. Keterbatasan sumber daya
- 3.3 Rencana Tindak Lanjut;
1. Meningkatkan koordinasi dan kerja sama antar unit kerja.
  2. Beradaptasi dengan perubahan lingkungan.
  3. Meningkatkan sumber daya yang tersedia.

**4) Analisis Program/Kegiatan Penunjang Kinerja**

Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Provinsi

Kegiatan :

Peningkatan Pelayanan BLUD

Sub. Kegiatan :

Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD.

**Capaian Kinerja Esselon IV  
(Kasubag Evaluasi dan Pelaporan)**

No	Sasaran Strategis	Kinerja Utama	Indikator	Target	%Realisasi	% Capaian
1	Terselenggaranya kegiatan sub bagian evaluasi dan pelaporan	Meningkatnya pelaksanaan evaluasi dan pelaporan	Persentase penginputan realisasi program dan kegiatan pada aplikasi e-Monev	100%	100%	100%
			Persentase pemenuhan terkumpulnya laporan kinerja bulanan pejabat structural tepat waktu	100%	100%	100%
			Persentase pemenuhan dokumen laporan kinerja pejabat struktural rutin dilakukan setiap bulan	100%	100%	100%

			Persentase pemenuhan dokumen laporan hasil evaluasi kinerja satuan kerja perangkat daerah (SKPD) tahun sebelumnya	100%	100%	100%
<b>Rata-Rata Capaian</b>						<b>100%</b>

*Rumus perhitungan :*

1. Persentase penginputan realisasi program dan kegiatan pada aplikasi e-Monev  

$$\frac{\Sigma \text{ laporan realisasi program dan kegiatan yang terinput di aplikasi E MONEV}}{\Sigma \text{ laporan realisasi program dan kegiatan yang telah dilaksanakan}} \times 100\%$$
2. Persentase pemenuhan terkumpulnya laporan kinerja bulanan pejabat struktural tepat waktu  

$$\frac{\Sigma \text{ terkumpulnya laporan kinerja bulanan pejabat struktural tepat waktu}}{\Sigma \text{ seluruh pejabat struktural SKPD RSJ Sambang Lihum}} \times 100\%$$
3. Persentase pemenuhan dokumen laporan kinerja pejabat struktural rutin dilakukan setiap bulan  

$$\frac{\Sigma \text{ dokumen laporan kinerja bulanan pejabat struktural yang dilaporkan}}{\Sigma \text{ permintaan dokumen laporan kinerja bulanan pejabat struktural dari instansi terkait}} \times 100\%$$
4. Persentase pemenuhan dokumen laporan hasil evaluasi kinerja satuan kerja perangkat daerah (SKPD) tahun sebelumnya  

$$\frac{\Sigma \text{ hasil pemenuhan dokumen evaluasi capaian Indikator Kinerja Individu yang dilaporkan}}{\Sigma \text{ permintaan dokumen hasil evaluasi capaian Indikator Kinerja Individu dari instansi terkait}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon IV (Kasubag Evaluasi dan Pelaporan) RSJ Sambang Lihum Tahun 2023 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya.

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2023		
		2018	2019	2020	2021	2022	Target	Realisasi	% Capaian
1.	Persentase penginputan realisasi program dan kegiatan pada aplikasi e-Monev		-	-	-	100%	100%	100%	100%
2.	Persentase pemenuhan terkumpulnya laporan kinerja bulanan pejabat struktural tepat waktu		-	-	-	100%	100%	100%	100%
3.	Persentase pemenuhan dokumen laporan kinerja pejabat struktural rutin dilakukan setiap bulan		-	-	-	100%	100%	100%	100%
4.	Persentase pemenuhan dokumen laporan hasil evaluasi kinerja satuan kerja perangkat daerah (SKPD) tahun sebelumnya		-	-	-	100%	100%	100%	100%
<b>Rata-rata capaian</b>									<b>100 %</b>

Menurut tabel diatas maka terlihatlah perbandingan-perbandingannya, berikut penjelasannya :

### 1) Perbandingan Realisasi dengan Target

Kinerja Utama dari Esselon IV dengan jabatan Kasubag Evaluasi dan Pelaporan adalah Meningkatnya pelaksanaan evaluasi dan pelaporan dengan Indikator Kinerja sebagai berikut :

- a) Persentase penginputan realisasi program dan kegiatan pada aplikasi e-Monev dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 100%.
- b) Persentase pemenuhan terkumpulnya laporan kinerja bulanan pejabat structural tepat waktu dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 100%.
- c) Persentase pemenuhan dokumen laporan kinerja pejabat struktural rutin dilakukan setiap bulan dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 100%.
- d) Persentase pemenuhan dokumen laporan hasil evaluasi kinerja satuan kerja perangkat daerah (SKPD) tahun sebelumnya dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 100%.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2022 indikator tersebut adalah 100% dengan kategori **Sangat Memuaskan**.

### 2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait;

- a) Realisasi Persentase penginputan realisasi program dan kegiatan pada aplikasi e-Monev dengan target 100% pada tahun 2023 sama dengan realisasi pada tahun 2022 sebesar 100%.
- b) Realisasi Persentase pemenuhan terkumpulnya laporan kinerja bulanan pejabat structural tepat waktu dengan target 100% pada tahun 2023 sama dengan realisasi pada tahun 2022 sebesar 100%.
- c) Realisasi Persentase pemenuhan dokumen laporan kinerja pejabat struktural rutin dilakukan setiap bulan dengan target 100% pada tahun 2023 sama dengan realisasi pada tahun 2022 sebesar 100%.
- d) Realisasi Persentase pemenuhan dokumen laporan hasil evaluasi kinerja satuan kerja perangkat daerah (SKPD) tahun sebelumnya dengan target 100% pada tahun 2023 sama dengan realisasi pada tahun 2022 sebesar 100%.

### 3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja

Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja adalah:

#### 3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;

Memberikan Informasi batas waktu pengumpulan laporan kinerja, dimana ketepatan waktu menjadi poin utama dalam penilaian LAKIP

#### 3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;

Masih didapati ketidaktepatan waktu dalam pengumpulan data hasil laporan

#### 3.3 Rencana Tindak Lanjut;

Koordinasi kembali antara bidang terkait (Struktural, PPTK, Instalasi), sehingga proses penginputan Aplikasi E-Monev, E-Sakip dapat terlaksana tepat waktu

### 4) Analisis Program/Kegiatan Penunjang Kinerja

Program atau kegiatan yang menunjang keberhasilan pencapaian pernyataan kinerja tersebut adalah :

Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Provinsi

Kegiatan :

Perencanaan, Penganggaran, dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah

Sub Kegiatan :

1) Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah

2) Koordinasi dan Penyusunan Laporan Capaian Kinerja dan Ikhtisar Realisasi Kinerja SKPD

### Capaian Kinerja Esselon IV (Sub Bagian Penerimaan dan Mobilitas Dana)

No	Sasaran Strategis	Kinerja Utama	Indikator	Target	%Realisasi	% Capaian
1	Terselenggaranya kegiatan sub bagian Penerimaan dan Mobilitas Dana	Meningkatnya pengelolaan administrasi penerimaan pendapatan dan mobilisasi dana	Persentase pemenuhan dokumen penerimaan dan pendapatan RSJ Sambang Lihum	100%	100%	100%
			Persentase klaim tagihan pembayaran tunggakan pasien dan pihak ketiga dapat diselesaikan	90%	96.37%	107.07%
Rata-Rata Capaian						103.5%

Rumus Perhitungan :

1. Persentase pemenuhan dokumen penerimaan dan pendapatan RSJ Sambang Lihum

$$\frac{\Sigma \text{Dokumen penerimaan pendapatan RS yang disusun}}{\Sigma \text{Dokumen penerimaan pendapatan RS yang harus disusun}} \times 100\%$$

2. Persentase klaim tagihan pembayaran tunggakan pasien dan pihak ketiga dapat diselesaikan

$$\frac{\Sigma \text{ klaim/tagihan pembayaran kepada pasien atau pihak ketiga}}{\Sigma \text{ Realisasi pembayaran}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon IV (Sub Bagian Penerimaan dan Mobilitas Dana) RSJ Sambang Lihum Tahun 2023 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya.

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2023		
		2018	2019	2020	2021	2022	Target	Realisasi	% Capaian
1.	Persentase pemenuhan dokumen penerimaan dan pendapatan RSJ Sambang Lihum		-	-	100%	100%	100%	100%	100%
2.	Persentase klaim tagihan pembayaran tunggakan pasien dan pihak ketiga dapat diselesaikan		-	-	-	99.01%	90%	96.37%	107.07%
<b>Rata-rata capaian</b>									<b>103.5%</b>

Menurut tabel diatas maka terlihatlah perbandingan-perbandingannya, berikut penjelasannya :

### 1) Perbandingan Realisasi dengan Target

Kinerja Utama dari Esselon IV dengan jabatan Sub Bagian Penerimaan dan Mobilitas Dana adalah Meningkatnya pengelolaan administrasi penerimaan pendapatan dan mobilisasi dana dengan Indikator Kinerja sebagai berikut :

- a) Persentase pemenuhan dokumen penerimaan dan pendapatan RSJ Sambang Lihum dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 100%.
- b) Persentase klaim tagihan pembayaran tunggakan pasien dan pihak ketiga dapat diselesaikan dengan target 90% terealisasi 96.37% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 107.07%.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2023 indikator tersebut adalah 103,5% dengan kategori **Sangat Memuaskan**.

### 2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait

- a) Realisasi Persentase pemenuhan dokumen penerimaan dan pendapatan RSJ Sambang Lihum dengan target 100% pada tahun 2023 sama dengan realisasi pada tahun 2022 sebesar 100%.

- b) Realisasi Persentase klaim tagihan pembayaran tunggakan pasien dan pihak ketiga dapat diselesaikan dengan target 90% pada tahun 2023 terealisasi 96.37% menurun 2.64% dari realisasi tahun 2022 sebesar 99.01%.

### **3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja**

Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja adalah:

#### **3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;**

1. Berkoordinasi dengan pengelola data di unit kerja kasir dan Instalasi Pengelolaan Jaminan Kesehatan, sehingga didapatkan data penerimaan dan pendapatan rumah sakit yang valid, mutakhir (update) dan dapat dipertanggungjawabkan.
2. Meminimalkan terjadinya kesalahan, ketidaklengkapan dan fraud dalam proses klaim pembiayaan melalui verifikasi dokumen klaim dan mengoptimalkan kinerja tim pencegahan kecurangan (fraud).
3. Bekerja sama dengan para pihak agar tagihan pelayanan dapat segera dibayarkan.

#### **3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;**

1. Kekurangan tenaga verifikator secara kualitas dan kuantitas.
2. Pengelolaan data penerimaan masih manual dan belum terintegrasi dengan baik.
3. Ketidapatuhan terhadap Standar Prosedur Operasional (SPO).

#### **3.3 Rencana Tindak Lanjut;**

1. Menambah tenaga verifikator dan meningkatkan kompetensinya melalui diklat berkelanjutan
2. Mengupayakan agar data penerimaan melalui jaminan pembiayaan dan data penerimaan non jaminan dapat terintegrasi dalam Sistem Manajemen Informasi Rumah Sakit (SIM-RS).
3. Memperkuat monitoring dan pengawasan terhadap kegiatan penatausahaan penerimaan dan pendapatan rumah sakit.

### **4) Analisis Program/Kegiatan Penunjang Kinerja**

Program atau kegiatan yang menunjang keberhasilan pencapaian pernyataan kinerja tersebut adalah :

Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Provinsi

Kegiatan :

Administrasi Keuangan Perangkat Daerah

Sub Kegiatan :

Penyediaan Administrasi Pelaksanaan Tugas ASN

**Capaian Kinerja Esselon IV  
(Kasubbag Perbendaharaan dan Pelaksanaan Anggaran)**

No	Sasaran Strategis	Kinerja Utama	Indikator	Target	%Realisasi	% Capaian
1	Terselenggaranya kegiatan sub bagian Perbendaharaan dan Pelaksanaan Anggaran	Meningkatnya pelaksanaan fungsi perbendaharaan dan pelaksanaan anggaran	Persentase pemenuhan layanan administrasi pengeluaran dan keuangan	100%	100%	100%
			Persentase pemenuhan layanan verifikasi dokumen pengeluaran dan keuangan	100%	100%	100%
<b>Rata-Rata Capaian</b>						<b>100%</b>

*Rumus perhitungan :*

1. Persentase pemenuhan layanan administrasi pengeluaran dan keuangan

$$\frac{\Sigma \text{Kwitansi tagihan}}{\Sigma \text{Realisasi pembayaran}} \times 100\%$$

2. Persentase pemenuhan layanan verifikasi dokumen pengeluaran dan keuangan

$$\frac{\Sigma \text{Dokumen diperiksa}}{\Sigma \text{Dokumen yang diajukan}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon IV (Kasubbag Perbendaharaan dan Pelaksanaan Anggaran) RSJ Sambang Lihum Tahun 2023 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2023		
		2018	2019	2020	2021	2022	Target	Realisasi	% Capaian
1.	Persentase pemenuhan layanan administrasi pengeluaran dan keuangan		-	-	100%	100%	100%	100%	100%
2.	Persentase pemenuhan layanan verifikasi dokumen pengeluaran dan keuangan		-	-	100%	100%	100%	100%	100%
<b>Rata-rata capaian</b>									<b>100%</b>

Menurut tabel diatas maka terlihatlah perbandingan-perbandingannya, berikut penjelasannya :

**1) Perbandingan Realisasi dengan Target**

Kinerja utama dari Esselon IV dengan jabatan Kasubbag Perbendaharaan dan Pelaksanaan Anggaran adalah Meningkatnya pengelolaan administrasi penerimaan pendapatan dan mobilisasi dana dengan indikator kinerja sebagai berikut :

- a) Persentase pemenuhan layanan administrasi pengeluaran dan keuangan dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 100%.
- b) Persentase pemenuhan layanan verifikasi dokumen pengeluaran dan keuangan dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 100%.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2023 dengan dua indikator tersebut adalah 100% dengan kategori **Sangat Memuaskan**.

## **2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait**

- a) Realisasi Persentase pemenuhan layanan administrasi pengeluaran dan keuangan dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 tidak mengalami perubahan dengan realisasi tahun 2022 realisasi capaian memenuhi target 100%.
- b) Realisasi Persentase pemenuhan layanan verifikasi dokumen pengeluaran dan keuangan dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 tidak mengalami perubahan dengan realisasi tahun 2022 realisasi capaian memenuhi target 100%.

## **3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja**

Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja adalah:

### **3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;**

Melakukan koordinasi berkala dan berjenjang untuk pelaksanaan pekerjaan

### **3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;**

Kompetensi SDM masih terbatas dan belum mendapat pelatihan terkait tugas nya

### **3.3 Rencana Tindak Lanjut;**

Melaksanakan semua kegiatan pendokumenan tepat waktu, Meningkatkan monitoring, evaluasi dan pelaporan, meningkatkan kompetensi SDM dengan pelatihan terkait keuangan daerah.

## **4) Analisis Program/Kegiatan Penunjang Kinerja**

Program atau kegiatan yang menunjang keberhasilan pencapaian pernyataan kinerja tersebut adalah :

Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Provinsi

Kegiatan :

Administrasi Keuangan Perangkat Daerah

Sub Kegiatan :

Penyediaan Administrasi Pelaksanaan Tugas ASN

**Capaian Kinerja Esselon IV  
(Kasubbag Akuntansi dan Pelaporan Keuangan)**

No	Sasaran Strategis	Kinerja Utama	Indikator	Target	%Realisasi	% Capaian
1	Terselenggaranya kegiatan sub bagian Akuntansi dan Pelaporan Keuangan	Meningkatnya pelaksanaan akuntansi dan pelaporan keuangan	Persentase pemenuhan penatalaksanaan akuntansi pada transaksi keuangan Rumah Sakit	100%	100%	100%
			Persentase pemenuhan kebutuhan dokumen laporan keuangan tepat waktu	100%	100%	100%
<b>Rata-Rata Capaian</b>						<b>100%</b>

*Rumus perhitungan :*

1. Persentase pemenuhan penatalaksanaan akuntansi pada transaksi keuangan Rumah Sakit

$$\frac{\Sigma \text{Transaksi keuangan RS sesuai standar akuntansi}}{\Sigma \text{Seluruh transaksi keuangan RS}} \times 100\%$$

2. Persentase pemenuhan kebutuhan dokumen laporan keuangan tepat waktu

$$\frac{\Sigma \text{Dokumen laporan keuangan tepat waktu}}{\Sigma \text{Dokumen keuangan RS}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon IV (Kasubbag Akuntansi dan Pelaporan Keuangan) RSJ Sambang Lihum Tahun 2023 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2023		
		2018	2019	2020	2021	2022	Target	Realisasi	% Capaian
1.	Persentase pemenuhan penatalaksanaan akuntansi pada transaksi keuangan Rumah Sakit		-	-	100%	100%	100%	100%	100%
2.	Persentase pemenuhan kebutuhan dokumen laporan keuangan tepat waktu		-	-	100%	100%	100%	100%	100%
<b>Rata-rata capaian</b>									<b>100%</b>

Menurut tabel diatas maka terlihatlah perbandingan-perbandingannya, berikut penjelasannya :

- 1) Perbandingan Realisasi dengan Target

Kinerja utama dari Esselon IV dengan jabatan Kasubbag Akuntansi dan Pelaporan Keuangan adalah Meningkatnya pelaksanaan akuntansi dan pelaporan keuangan dengan indikator kinerja sebagai berikut :

- a) Persentase pemenuhan penatalaksanaan akuntansi pada transaksi keuangan Rumah Sakit dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 100%.
- b) Persentase pemenuhan kebutuhan dokumen laporan keuangan tepat waktu dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 100%.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2023 dengan dua indikator tersebut adalah 100% dengan kategori **Sangat Memuaskan**.

## **2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait**

- a) Realisasi Persentase pemenuhan penatalaksanaan akuntansi pada transaksi keuangan Rumah Sakit dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 tidak mengalami perubahan dengan realisasi tahun 2022 realisasi capaian memenuhi target 100%.
- b) Realisasi Persentase Persentase pemenuhan kebutuhan dokumen laporan keuangan tepat waktu dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 tidak mengalami perubahan dengan realisasi tahun 2022 realisasi capaian memenuhi target 100%.

## **3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja**

Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja adalah:

### **3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;**

1. Mengumpulkan, mengolah dan koordinasi dengan pihak BPKAD tentang pengolahan serta melaporkan laporan keuangan bulanan dan tahunan.
2. Mengumpulkan, mengolah dan koordinasi dengan antar kasubbag serta bidang terkait data administrasi dan data keuangan
3. Koordinasi dan melaporkan dengan pihak inspektorat terkait laporan bulanan dan tahunan.

### **3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;**

Kualitas dan kuantitas SDM yang masih perlu ditingkatkan.

### **3.3 Rencana Tindak Lanjut;**

1. Meningkatkan kompetensi SDM dengan mengikuti bimtek-bimtek yang terkait dengan akuntansi dan pelaporan keuangan.

2. Menambah personil yang sesuai kompetensi di akuntansi dan pelaporan keuangan.

#### 4) Analisis Program/Kegiatan Penunjang Kinerja

Program atau kegiatan yang menunjang keberhasilan pencapaian pernyataan kinerja tersebut adalah :

Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Provinsi

**Kegiatan :**

Administrasi Keuangan Perangkat Daerah

**Sub Kegiatan :**

Penyediaan Administrasi Pelaksanaan Tugas ASN

### Capaian Kinerja Esselon IV

#### (Kasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Non Medik)

No	Sasaran Strategis	Kinerja Utama	Indikator	Target	%Realisasi	% Capaian
1	Terselenggaranya kegiatan pemeliharaan sarana dan prasarana non medik	Meningkatnya pelaksanaan pemeliharaan sarana dan prasarana non medik	Persentase unit bangunan gedung RS dalam kondisi baik dan berfungsi	80%	88.46%	110.58%
			Persentase peralatan Penunjang Non medik dalam kondisi baik dan berfungsi	80%	92.61%	115.76%
<b>Rata-Rata Capaian</b>						<b>113.17%</b>

*Rumus perhitungan :*

1. Persentase unit bangunan gedung RS dalam kondisi baik dan berfungsi

$$\frac{\sum \text{Bangunan di Rumah Sakit dalam kondisi baik dan berfungsi}}{\sum \text{Seluruh bangunan yang ada di Lingkungan Rumah Sakit}} \times 100\%$$

2. Persentase peralatan Penunjang Non medik dalam kondisi baik dan berfungsi

$$\frac{\sum \text{Peralatan Penunjang Non Medik dalam kondisi baik dan berfungsi}}{\sum \text{Seluruh Peralatan Penunjang Non Medik yang ada di Lingkungan Rumah Sakit}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon IV (Kasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Non Medik) RSJ Sambang Lihum Tahun 2023 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2023		
		2018	2019	2020	2021	2022	Target	Realisasi	% Capaian
1.	Persentase unit bangunan gedung RS dalam kondisi baik dan berfungsi		-	-	-	92.31%	80%	88.46%	110.58%

2.	Persentase peralatan Penunjang Non medik dalam kondisi baik dan berfungsi		-	-	-	95.80%	80%	92.61%	115.76%
<b>Rata-rata capaian</b>									113.17%

Menurut tabel diatas maka terlihatlah perbandingan-perbandingannya, berikut penjelasannya :

### 1) Perbandingan Realisasi dengan Target

Kinerja utama dari Esselon IV dengan jabatan Kasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Non Medik adalah Meningkatnya pelaksanaan pemeliharaan sarana dan prasarana non medik dengan indikator kinerja sebagai berikut :

- a) Persentase unit bangunan gedung RS dalam kondisi baik dan berfungsi dengan target 80% terealisasi 88.46% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 110.58%.
- b) Persentase peralatan Penunjang Non medik dalam kondisi baik dan berfungsi dengan target 80% terealisasi 92.61% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 115.76%.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2023 dengan dua indikator tersebut adalah 113.17% dengan kategori **Sangat Memuaskan**.

### 2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait

- a) Realisasi Persentase unit bangunan gedung RS dalam kondisi baik dan berfungsi dengan target 80% terealisasi 88.46% pada tahun 2023 menurun 3.85% dari realisasi tahun 2022 yang mencapai 92.31%.
- b) Realisasi Persentase peralatan Penunjang Non medik dalam kondisi baik dan berfungsi dengan target 80% terealisasi 92.61% pada tahun 2023 menurun 3.19% dari realisasi tahun 2022 yang mencapai 95.80%.

### 3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja

Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja adalah:

#### 3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;

1. Menetapkan jadwal pemeliharaan rutin yang teratur untuk setiap jenis peralatan dan fasilitas. Ini membantu mencegah kerusakan yang dapat dihindari dan memungkinkan identifikasi masalah sejak dini.

2. Menggunakan sistem pemantauan yang otomatis dan perawatan preventif untuk mendeteksi potensi masalah sebelum mereka berkembang menjadi kerusakan serius
3. Memanfaatkan teknologi terkini untuk pemantauan jarak jauh, analisis prediktif, dan manajemen inventaris suku cadang guna meningkatkan efisiensi pemeliharaan
4. Mengalokasikan anggaran dengan bijak dan mengelola sumber daya dengan efisien untuk memastikan bahwa semua kebutuhan pemeliharaan tercakup dan dikelola dengan baik.

### 3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;

1. Pemeliharaan sarana dan prasarana memerlukan anggaran yang mencukupi. Keterbatasan anggaran dapat menghambat kemampuan organisasi untuk melakukan pemeliharaan secara teratur dan menyeluruh.
2. Keterbatasan personel dengan keterampilan dan pengetahuan yang sesuai dalam pemeliharaan dapat menjadi hambatan.
3. Faktor-faktor eksternal seperti bencana alam, perubahan iklim, atau situasi politik yang tidak stabil dapat menyulitkan perencanaan dan pelaksanaan pemeliharaan.
4. Kurangnya kesadaran akan pentingnya pemeliharaan dan kurangnya keterlibatan karyawan dapat mengurangi motivasi untuk menjaga dan merawat sarana dan prasarana

### 3.3 Rencana Tindak Lanjut;

1. Mengembangkan jadwal pemeliharaan rutin yang diperbarui dengan mempertimbangkan kebutuhan spesifik dan umur pakai peralatan.
2. Menerapkan sistem pemantauan jarak jauh dan teknologi analisis prediktif untuk mendeteksi potensi masalah sebelum terjadi.
3. Melakukan kampanye kesadaran untuk meningkatkan pemahaman karyawan tentang pentingnya pemeliharaan dan dampaknya terhadap kinerja organisasi.

## 4) Analisis Program/Kegiatan Penunjang Kinerja

Program atau kegiatan yang menunjang keberhasilan pencapaian pernyataan kinerja tersebut adalah :

1. Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat
2. Program penunjang urusan pemerintahan daerah provinsi

Kegiatan :

1. Penyediaan Fasilitas Pelayanan, Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi
2. Peningkatan Pelayanan BLUD.

Sub. Kegiatan :

1. Pengembangan Rumah Sakit
2. Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD

**Capaian Kinerja Esselon IV  
(Kasi Sumber Daya Penunjang Non Medik)**

No	Sasaran Strategis	Kinerja Utama	Indikator	Target	%Realisasi	% Capaian
1	Terselenggaranya kegiatan peningkatan Sumber Daya Penunjang Non Medik	Meningkatnya pengelolaan sumber daya penunjang non medik	Persentase pemenuhan kebutuhan SDM Penunjang Non Medik	80%	67.64%	84.55%
			Persentase Pemenuhan Kebutuhan Sarana Prasarana Penunjang Non Medik	80%	97.01%	121.26%
<b>Rata-Rata Capaian</b>						<b>102.9%</b>

*Rumus perhitungan :*

1. Persentase pemenuhan kebutuhan SDM Penunjang Non Medik

$$\frac{\Sigma \text{ Sumber Daya Manusia Non Medik sesuai kompetensi}}{\Sigma \text{ Sumber Daya Manusia Non Medik yang ada di Rumah Sakit}} \times 100\%$$

2. Persentase Pemenuhan Kebutuhan Sarana Prasarana Penunjang Non Medik

$$\frac{\Sigma \text{ Pemenuhan kebutuhan Sarana Prasarana Non Medik sesuai dengan standar}}{\Sigma \text{ Seluruh pemenuhan kebutuhan Sarana Prasarana Non Medik yang ada di Lingkungan Rumah Sakit}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon IV (Kasi Sumber Daya Penunjang Non Medik) RSJ Sambang Lihum Tahun 2023 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2023			
		2018	2019	2020	2021	2022	Target	Realisasi	% Capaian	
1.	Persentase pemenuhan kebutuhan SDM Penunjang Non Medik		-	-	-	58.82%	80%	67.64%	84.55%	
2.	Persentase Pemenuhan Kebutuhan Sarana Prasarana Penunjang Non Medik		-	-	-	97.50%	80%	97.01%	121.26%	
<b>Rata-rata capaian</b>									<b>102.9%</b>	

Menurut tabel diatas maka terlihatlah perbandingan-perbandingannya, berikut penjelasannya :

### 1) Perbandingan Realisasi dengan Target

Kinerja utama dari Esselon IV dengan jabatan Kasi Sumber Daya Penunjang Non Medik adalah Meningkatnya pengelolaan sumber daya penunjang non medik dengan indikator kinerja sebagai berikut :

- a) Persentase pemenuhan kebutuhan SDM Penunjang Non Medik target 80% terealisasi 67.64% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 84.55%. ditahun 2023 target capaian diturunkan yang semula 100% menjadi 80%.
- b) Persentase Pemenuhan Kebutuhan Sarana Prasarana Penunjang Non Medik dengan target 80% terealisasi 97.01% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 121.26%.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2023 dengan dua indikator tersebut adalah 102.9% dengan kategori **Sangat Memuaskan**.

### 2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait

- a) Realisasi Persentase pemenuhan kebutuhan SDM Penunjang Non Medik target 80% terealisasi 67.64% pada tahun 2023 dilakukan penyesuaian target capaian yang semula 100% menjadi 80%, sehingga mengalami perubahan dengan realisasi tahun 2022 yang terealisasi 58.82%.
- b) Realisasi Persentase Pemenuhan Kebutuhan Sarana Prasarana Penunjang Non Medik dengan target 80% terealisasi 97.01% pada tahun 2023 menurun 0.49% dengan realisasi tahun 2022 yang sebesar 97.50%

### 3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja

Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja adalah:

#### 3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;

Pengaturan SDM penjadwalan dinas seefisien mungkin

#### 3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;

1. Jumlah SDM yang kurang
2. Jumlah anggaran yang terbatas

#### 3.3 Rencana Tindak Lanjut;

1. Melakukan pengusulan jumlah anggaran yang cukup sesuai standar Rumah Sakit
2. Melakukan perencanaan pengusulan SDM sesuai standar Rumah Sakit

#### 4) Analisis Program/Kegiatan Penunjang Kinerja

Program atau kegiatan yang menunjang keberhasilan pencapaian pernyataan kinerja tersebut adalah :

Program penunjang urusan pemerintahan daerah provinsi

Kegiatan :

Peningkatan Pelayanan BLUD.

Sub. Kegiatan :

Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD

#### Capaian Kinerja Esselon IV (Kasi Hukum dan Kerjasama)

No	Sasaran Strategis	Kinerja Utama	Indikator	Target	%Realisasi	% Capaian
1	Terselenggaranya kegiatan pengelolaan hukum dan kerjasama	Meningkatnya pengelolaan hukum dan kerjasama	Persentase pemenuhan ketersediaan bahan referensi Peraturan perundang-undangan	100%	100%	100%
			Persentase pemenuhan penyusunan produk hukum dan kebijakan Rumah Sakit yang dapat diselesaikan	100%	100%	100%
			Persentase layanan perjanjian kerjasama kemitraan dengan pihak ketiga yang ditindak lanjuti	100%	100%	100%
			Persentase Pemenuhan kegiatan konsultasi dan fasilitasi pendampingan hukum bagi unsur-unsur rumah sakit	100%	100%	100%
<b>Rata-Rata Capaian</b>						<b>100%</b>

*Rumus perhitungan :*

- Persentase pemenuhan ketersediaan bahan referensi Peraturan perundang-undangan

$$\frac{\Sigma \text{ Bahan referensi perundang – undangan berlaku terbaru yang diperlukan}}{\Sigma \text{ Seluruh bahan referensi perundang – undangan berlaku terbaru yang diperlukan}} \times 100\%$$

- Persentase pemenuhan penyusunan produk hukum dan kebijakan Rumah Sakit yang dapat diselesaikan

$$\frac{\Sigma \text{ Produk hukum yang dapat diselesaikan}}{\Sigma \text{ Target permintaan produk hukum yang masuk (berdasarkan nota dinas)}} \times 100\%$$

3. Persentase layanan perjanjian kerjasama kemitraan dengan pihak ketiga yang ditindak lanjuti

$$\frac{\Sigma \text{ Perjanjian kerjasama yang ditindaklanjuti}}{\Sigma \text{ Seluruh perjanjian kerjasama dari dan ke pihak ketiga}} \times 100\%$$

4. Persentase Pemenuhan kegiatan konsultasi dan fasilitasi pendampingan hukum bagi unsur-unsur rumah sakit

$$\frac{\Sigma \text{ Konsultasi /pendamping hukum yang diberikan}}{\Sigma \text{ Kasus yang meminta konsultasi hukum /pendampingan hukum}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon IV (Kasi Hukum dan Kerjasama) RSJ Sambang Lihum Tahun 2023 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2023		
		2018	2019	2020	2021	2022	Target	Realisasi	% Capaian
1.	Persentase pemenuhan ketersediaan bahan referensi Peraturan perundang-undangan		-	-	-	100%	100%	100%	100%
2.	Persentase pemenuhan penyusunan produk hukum dan kebijakan Rumah Sakit yang dapat diselesaikan		-	-	-	100%	100%	100%	100%
3.	Persentase layanan perjanjian kerjasama kemitraan dengan pihak ketiga yang ditindak lanjuti				-	100%	100%	100%	100%
4.	Persentase Pemenuhan kegiatan konsultasi dan fasilitasi pendampingan hukum bagi unsur-unsur rumah sakit					-	100%	100%	100%
<b>Rata-rata capaian</b>									100%

Menurut tabel diatas maka terlihatlah perbandingan-perbandingannya, berikut penjelasannya :

### 1) Perbandingan Realisasi dengan Target

Kinerja utama dari Esselon IV dengan jabatan Kasi Hukum dan Kerjasama adalah Meningkatnya pengelolaan hukum dan kerja sama dengan indikator kinerja sebagai berikut :

- a) Persentase pemenuhan ketersediaan bahan dan referensi Peraturan perundang-undangan dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 100%.
- b) Persentase pemenuhan penyusunan produk hukum dan kebijakan Rumah Sakit yang dapat diselesaikan dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 100%.

- c) Persentase layanan perjanjian kerjasama kemitraan dengan pihak ketiga yang ditindak lanjuti dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 100%
- d) Persentase Pemenuhan kegiatan konsultasi dan fasilitasi pendampingan hukum bagi unsur-unsur rumah sakit dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 100%

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2023 dengan indikator tersebut adalah 100% dengan kategori **Sangat Memuaskan**.

## 2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait

- a) Realisasi Persentase pemenuhan ketersediaan bahan dan referensi Peraturan perundang-undangan dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 tidak mengalami perubahan dengan realisasi tahun 2022 realisasi capaian memenuhi target 100%
- b) Realisasi Persentase pemenuhan penyusunan produk hukum dan kebijakan Rumah Sakit yang dapat diselesaikan dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 tidak mengalami perubahan dengan realisasi tahun 2022 realisasi capaian memenuhi target 100%
- c) Realisasi Persentase layanan perjanjian kerjasama kemitraan dengan pihak ketiga yang ditindak lanjuti dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 tidak mengalami perubahan dengan realisasi tahun 2022 realisasi capaian memenuhi target 100%Realisasi
- d) Realisasi Persentase Pemenuhan kegiatan konsultasi dan fasilitasi pendampingan hukum bagi unsur-unsur rumah sakit dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 tidak belum dapat dibandingkan karena merupakan indikator baru.

## 3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja

Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja adalah:

### 3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;

1. Mempelajari dan update peraturan perundang-undangan yang berlaku dan terbaru
2. Menyusun produk hukum dan Melakukan koordinasi Perjanjian Kerja Sama dengan PARA PIHAK.
3. Melaksanakan koordinasi,konsultasi hokum dan fasilitasi pendampingan hukum bagi semua unsur rumah sakit

### 3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;

1. Terjadinya perubahan peraturan perundang-undangan yang cepat, sehingga belum dapat tersosialisasi secara maksimal.
2. Sarana prasarana yang masih terbatas.

### 3.3 Rencana Tindak Lanjut;

1. Monitoring dan evaluasi setiap produk hukum dan Perjanjian Kerja Sama yang telah dibuat.
2. Peningkatan kompetensi SDM dengan mengikuti pelatihan- pelatihan yang berkaitan dengan hukum dan kerjasama

## 4) Analisis Program/Kegiatan Penunjang Kinerja

Program atau kegiatan yang menunjang keberhasilan pencapaian pernyataan kinerja tersebut adalah :

Program penunjang urusan pemerintahan daerah provinsi

Kegiatan :

Peningkatan Pelayanan BLUD.

Sub. Kegiatan :

Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD

### Capaian Kinerja Esselon IV (Kasi Humas dan Informasi)

No	Sasaran Strategis	Kinerja Utama	Indikator	Target	%Realisasi	% Capaian
1	Terselenggaranya kegiatan pengelolaan humas dan informasi	Meningkatnya Kinerja Pelayanan Humas dan Informasi	Persentase Pemenuhan Layanan Humas dan Informasi	100%	100%	100%
			Persentase Pemenuhan Updating Data pada Media Informasi	100%	100%	100%
			Persentase Pengaduan yang Ditindaklanjuti	100%	100%	100%
<b>Rata-Rata Capaian</b>						<b>100%</b>

*Rumus perhitungan :*

1. Persentase Pemenuhan Layanan Humas dan Informasi

$$\frac{\Sigma \text{layanan kehumasan dan informasi yang diselesaikan}}{\Sigma \text{target layanan kehumasan dan informasi}} \times 100\%$$

2. Persentase Pemenuhan Updating Data pada Media Informasi

$$\frac{\Sigma \text{pelaksanaan update data pada media informasi}}{\Sigma \text{target update data pada media informasi}} \times 100\%$$

### 3. Persentase Pengaduan yang Ditindaklanjuti

$$\frac{\Sigma \text{ pengaduan yang ditindaklanjuti}}{\Sigma \text{ pengaduan yang masuk}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon IV (Kasi Humas dan Informasi) RSJ Sambang Lihum Tahun 2023 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2023		
		2018	2019	2020	2021	2022	Target	Realisasi	% Capaian
1.	Persentase Pemenuhan Layanan Humas dan Informasi		-	-	-	100%	100%	100%	100%
2.	Persentase Pemenuhan Updating Data pada Media Informasi		-	-	-	100%	100%	100%	100%
3	Persentase Pengaduan yang Ditindaklanjuti		-	-	-	100%	100%	100%	100%
Rata-rata capaian									100%

Menurut tabel diatas maka terlihatlah perbandingan-perbandingannya, berikut penjelasannya :

#### 1) Perbandingan Realisasi dengan Target

Kinerja utama dari Esselon IV dengan jabatan Kasi Humas dan Informasi adalah Meningkatnya Kinerja Pelayanan Humas dan Informasi dengan indikator kinerja sebagai berikut :

- a) Persentase Pemenuhan Layanan Humas dan Informasi dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 100%.
- b) Persentase Pemenuhan Updating Data pada Media Informasi dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 100%.
- c) Persentase Pengaduan yang Ditindaklanjuti dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 100%

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2023 dengan indikator tersebut adalah 100% dengan kategori **Sangat Memuaskan**.

#### 2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait

- a) Realisasi Persentase Pemenuhan Layanan Humas dan Informasi dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 tidak mengalami perubahan dengan realisasi tahun 2022 realisasi capaian memenuhi target 100%.

- b) Realisasi Persentase Pemenuhan Updating Data pada Media Informasi dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 tidak mengalami perubahan dengan realisasi tahun 2022 realisasi capaian memenuhi target 100%.
- c) Realisasi Persentase Pengaduan yang Ditindaklanjuti dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 tidak mengalami perubahan dengan realisasi tahun 2022 realisasi capaian memenuhi target 100%.

### **3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja**

Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja adalah:

#### **3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;**

- 1. Memaksimalkan potensi SDM dan SARPRAS yang ada.
- 2. Assisment di unit rawat jalan jiwa yg sudah diterapkan di Rumah Sakit.
- 3. Melakukan inovasi guna menerapkan assesment lainnya.

#### **3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;**

- 1. Tenaga programer yang masih terbatas terkait pelaksanaan SIMRS yang ada.
- 2. Tenaga pengadministrasian umum yang minim karena mutasi atau diterima diinstansi lain.
- 3. Sarpras pendukung yang kurang dan perlu segera pengadaan untuk kelancaran tugas humas dan informasi.

#### **3.3 Rencana Tindak Lanjut;**

- 1. Koordinasi dengan Umpeg maupun bagian organisasi tata laksana guna menindaklanjuti surat pengajuan penambahan tenaga programer, honor, P3K, PNS, maupun melalui assisting
- 2. Membuat telaahan staff sebagai dasar pengajuan Sarpras pendukung yg kurang dan perlu segera pengadaan untuk kelancaran tugas humas dan informasi
- 3. Memaksimalkan potensi yang ada sehingga roda informasi dan pelayanan masyarakat tercapai

### **4) Analisis Program/Kegiatan Penunjang Kinerja**

Program atau kegiatan yang menunjang keberhasilan pencapaian pernyataan kinerja tersebut adalah :

Program penunjang urusan pemerintahan daerah provinsi

**Kegiatan :**

Peningkatan Pelayanan BLUD.

**Sub. Kegiatan :**

Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD

**Capaian Kinerja Esselon IV  
(Kasi Pendidikan dan Pelatihan)**

No	Sasaran Strategis	Kinerja Utama	Indikator	Target	%Realisasi	% Capaian
1	Terselenggaranya kegiatan pengelolaan Pendidikan dan pelatihan	Meningkatnya pelaksanaan pendidikan dan pelatihan	Persentase pemenuhan dokumen rencana kebutuhan diklat di RS	100 %	100%	100%
			Persentase pemenuhan kebutuhan layanan pengembangan kompetensi SDM RS	80 %	100%	120%
			Persentase hasil evaluasi pelaksanaan diklat di RS yang ditindaklanjuti	80 %	100%	120%
<b>Rata-Rata Capaian</b>						<b>113.3%</b>

*Rumus perhitungan :*

1. Persentase pemenuhan dokumen rencana kebutuhan diklat di RS

$$\frac{\Sigma \text{Dokumen rencana kebutuhan yang terpenuhi}}{\Sigma \text{Dokumen rencana kebutuhan Diklat RS}} \times 100\%$$

2. Persentase pemenuhan kebutuhan layanan pengembangan kompetensi SDM RS

$$\frac{\Sigma \text{Layanan pengembangan kompetensi SDM RS yang terpenuhi}}{\Sigma \text{Kebutuhan layanan pengembangan kompetensi SDM RS}} \times 100\%$$

3. Persentase hasil evaluasi pelaksanaan diklat di RS yang ditindaklanjuti

$$\frac{\Sigma \text{Evaluasi yang ditindaklanjuti}}{\Sigma \text{Pelaksanaan Diklat RS yang dilaksanakan}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon IV (Kasi Pendidikan dan Pelatihan) RSJ Sambang Lihum Tahun 2023 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2023		
		2018	2019	2020	2021	2022	Target	Realisasi	% Capaian
1.	Persentase pemenuhan dokumen rencana kebutuhan diklat di RS		-	-	-	100%	100%	100%	100%
2.	Persentase pemenuhan kebutuhan layanan pengembangan kompetensi SDM RS		-	-	-	100%	80%	100%	125%
3	Persentase hasil evaluasi pelaksanaan diklat di RS yang ditindaklanjuti		-	-	-	100%	80%	100%	125%
<b>Rata-rata capaian</b>									<b>116.7%</b>

Menurut tabel diatas maka terlihatlah perbandingan-perbandingannya, berikut penjelasannya :

### 1) Perbandingan Realisasi dengan Target

Kinerja utama dari Esselon IV dengan jabatan Kasi Pendidikan dan Pelatihan adalah Meningkatnya pelaksanaan pendidikan dan pelatihan dengan indikator kinerja sebagai berikut :

- a) Persentase pemenuhan dokumen rencana kebutuhan diklat di RS dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 100%.
- b) Persentase pemenuhan kebutuhan layanan pengembangan kompetensi SDM RS dengan target 80% terealisasi 100% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 125%.
- c) Persentase hasil evaluasi pelaksanaan diklat di RS yang ditindaklanjuti dengan target 80% terealisasi 100% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 125%

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2023 dengan indikator tersebut adalah 116,7% dengan kategori **Sangat Memuaskan**.

### 2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait

- a) Realisasi Persentase pemenuhan dokumen rencana kebutuhan diklat di RS dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 tidak mengalami perubahan dengan realisasi tahun 2022 realisasi capaian memenuhi target 100%.
- b) Realisasi Persentase pemenuhan kebutuhan layanan pengembangan kompetensi SDM RS dengan target 80% terealisasi 100% pada tahun 2023 tidak mengalami perubahan dengan realisasi tahun 2022 realisasi capaian memenuhi target 100%.
- c) Realisasi Persentase hasil evaluasi pelaksanaan diklat di RS yang ditindaklanjuti dengan target 80% terealisasi 100% pada tahun 2023 tidak mengalami perubahan dengan realisasi tahun 2022 realisasi capaian memenuhi target 100%.

### 3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja

Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja adalah:

#### 3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;

1. Peningkatan perencanaan kebutuhan Pendidikan dan pelatihan (training need assisment) di rumah sakit
2. Peningkatan penyelenggaraan Pendidikan dan pelatihan untuk tenaga Kesehatan di rumah sakit

3. Melaksanakan pengumpulan dan pengolahan data penyelenggaraan Pendidikan dan pelatihan di rumah sakit
4. Melaksanakan evaluasi dan penyusunan laporan pelaksanaan Pendidikan dan pelatihan di rumah sakit

### 3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;

1. Kurangnya anggaran
2. Kurangnya sumber daya manusia
3. Kurangnya perencanaan dan pelaksanaan yang baik

### 3.3 Rencana Tindak Lanjut;

1. Meningkatkan konsultasi dan koordinasi dengan kepala bidang Pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan.
2. Kurangnya perencanaan dan pelaksanaan yang baik
3. Mempelajari data dan laporan-laporan di seksi diklat yang sudah dilaksanakan.

## 4) Analisis Program/Kegiatan Penunjang Kinerja

Program atau kegiatan yang menunjang keberhasilan pencapaian pernyataan kinerja tersebut adalah :

1. Program peningkatan kapasitas sumber daya manusia Kesehatan
2. Program penunjang urusan pemerintahan daerah provinsi

Kegiatan :

1. Pengembangan Mutu dan Peningkatan Kompetensi Teknis Sumber Daya Manusia Kesehatan Tingkat Daerah Provinsi
2. Peningkatan Pelayanan BLUD

Sub.Kegiatan :

1. Peningkatan Kompetensi dan Kualifikasi Sumber Daya Manusia Kesehatan
2. Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD

### Capaian Kinerja Esselon IV (Kasi Penelitian dan Pengembangan)

No	Sasaran Strategis	Kinerja Utama	Indikator	Target	%Realisasi	% Capaian
1	Terselenggaranya kegiatan pengelolaan Penelitian dan pengembangan	Meningkatnya pelaksanaan penelitian dan pengembangan	Persentase pemenuhan dokumen rencana penelitian dan pengembangan di RS	100 %	100%	100%
			Persentase pemenuhan layanan penelitian dan pengembangan di RS	80 %	100%	125%
			Persentase pemenuhan dokumen laporan hasil penelitian dan pengembangan	100 %	100%	100%

			Persentasi pemenuhan dokumen hasil kegiatan survey kepuasan masyarakat dan Karyawan di RS	100 %	100%	100%
<b>Rata-Rata Capaian</b>						<b>106.3%</b>

*Rumus perhitungan :*

1. Persentase pemenuhan dokumen rencana penelitian dan pengembangan di RS

$$\frac{\Sigma \text{Pemenuhan dokumen rencana penelitian dan pengembangan yang dilaksanakan}}{\Sigma \text{Pemenuhan dokumen rencana penelitian dan pengembangan yang direncanakan}} \times 100\%$$

2. Persentase pemenuhan layanan penelitian dan pengembangan di RS

$$\frac{\Sigma \text{Pelayanan penelitian dan pengembangan RS yang dilaksanakan}}{\Sigma \text{Pelayanan penelitian dan pengembangan RS yang diusulkan}} \times 100\%$$

3. Persentase pemenuhan dokumen laporan hasil penelitian dan pengembangan

$$\frac{\Sigma \text{Dokumen laporan hasil penelitian dan pengembangan yang dilaksanakan}}{\Sigma \text{Dokumen laporan hasil penelitian dan pengembangan yang direncanakan}} \times 100\%$$

4. Persentasi pemenuhan dokumen hasil kegiatan survey kepuasan masyarakat dan Karyawan di RS

$$\frac{\Sigma \text{Dokumen laporan hasil survey yang dilaksanakan Rumah sakit}}{\Sigma \text{Dokumen laporan hasil survey yang direncanakan Rumah sakit}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon IV (Kasi Penelitian dan Pengembangan) RSJ Sambang Lihum Tahun 2023 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2023		
		2018	2019	2020	2021	2022	Target	Realisasi	% Capaian
1.	Persentase pemenuhan dokumen rencana penelitian dan pengembangan di RS	-	-	-	-	100%	100%	100%	100%
2.	Persentase pemenuhan layanan penelitian dan pengembangan di RS	-	-	-	-	100%	80%	100%	125%
3.	Persentase pemenuhan dokumen laporan hasil penelitian dan pengembangan	-	-	-	-	100%	100%	100%	100%
4.	Persentasi pemenuhan dokumen hasil kegiatan survey kepuasan masyarakat dan Karyawan di RS	-	-	-	-	100%	100%	100%	100%
<b>Rata-rata capaian</b>									<b>106.3%</b>

Menurut tabel diatas maka terlihatlah perbandingan-perbandingannya, berikut penjelasannya :

### 1) Perbandingan Realisasi dengan Target

Kinerja utama dari Esselon IV dengan jabatan Kasi Penelitian dan Pengembangan adalah Meningkatnya pelaksanaan penelitian dan pengembangan dengan indikator kinerja sebagai berikut :

- a) Persentase pemenuhan dokumen rencana penelitian dan pengembangan di RS dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 100%.
- b) Persentase pemenuhan layanan penelitian dan pengembangan di RS dengan target 80% terealisasi 100% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 125%.
- c) Persentase pemenuhan dokumen laporan hasil penelitian dan pengembangan dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 100%
- d) Persentasi pemenuhan dokumen hasil kegiatan survey kepuasan masyarakat dan Karyawan di RS dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 100%.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2023 dengan indikator tersebut adalah 106.3% dengan kategori **Sangat Memuaskan**.

### 2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait

- a) Realisasi Persentase pemenuhan dokumen rencana penelitian dan pengembangan di RS dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sama dengan realisasi tahun 2022 yang terealisasi 100%.
- b) Realisasi Persentase pemenuhan layanan penelitian dan pengembangan di RS dengan target 80% terealisasi 100% pada tahun 2023 sama dengan realisasi tahun 2022 yang terealisasi 100%.
- c) Realisasi Persentase pemenuhan dokumen laporan hasil penelitian dan pengembangan dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sama dengan realisasi tahun 2022 yang terealisasi 100%.
- d) Realisasi Persentasi pemenuhan dokumen hasil kegiatan survey kepuasan masyarakat dan Karyawan di RS dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sama dengan realisasi tahun 2022 yang terealisasi 100%.

### 3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja

Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja adalah:

3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;

---

1. Peningkatan kompetensi dan penambahan wawasan kepada karyawan melalui pelatihan dan sosialisasi tentang kegiatan penelitian dan pengembangan RS (inovasi)
2. Koordinasi dalam memberikan pelayanan sesuai indikator mutu terhadap calon peneliti yang melakukan pengambilan data dan melakukan penelitian di RSJ Sambang Lihum.
3. Melakukan monitoring dan evaluasi kegiatan penelitian, survei dan pengembangan RS (inovasi)
4. Mengoptimalkan sarana dan prasarana pendukung kegiatan pengembangan RS (inovasi)

### 3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;

1. Pengetahuan dan motivasi dari karyawan untuk melakukan penelitian dan pengembangan RS (inovasi) masih kurang
2. Sarana dan prasarana pendukung kegiatan penelitian dan pengembangan (inovasi) masih terbatas

### 3.3 Rencana Tindak Lanjut;

1. Mengusulkan kegiatan pelatihan tentang kegiatan penelitian dan pembuatan rancangan inovasi
2. Mengusulkan sarana pendukung kegiatan penelitian, survei dan pengembangan RS
3. Peningkatan monitoring dan evaluasi kegiatan penelitian, survei dan pengembangan RS

## 4) Analisis Program/Kegiatan Penunjang Kinerja

Program penunjang urusan pemerintahan daerah provinsi

Kegiatan :

Peningkatan Pelayanan BLUD.

Sub. Kegiatan :

Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD

### Capaian Kinerja Esselon IV (Seksi Mutu Pelayanan Medik)

No	Sasaran Strategis	Kinerja Utama	Indikator	Target	%Realisasi	% Capaian
1	Terselenggaranya kegiatan mutu pelayanan medik	Meningkatnya pelaksanaan mutu pelayanan medik	Persentase pemenuhan ketersediaan Regulasi sesuai dengan	100%	100%	100%

			kebutuhan pelayanan medik			
			Persentase tenaga medis memberikan pelayanan sesuai dengan Clinical pathway	100%	99.9%	99.9%
<b>Rata-rata Capaian</b>						99.95%

Rumus perhitungan :

1. Persentase pemenuhan ketersediaan Regulasi sesuai dengan kebutuhan pelayanan medik

$$\frac{\Sigma \text{Regulasi yang tersedia sesuai dengan ketentuan}}{\Sigma \text{Regulasi yang dibutuhkan dalam pelayanan medik}} \times 100\%$$

2. Persentase tenaga medis memberikan pelayanan sesuai dengan Clinical pathway

$$\frac{\Sigma \text{Tindakan tenaga medik dalam memberikan pelayanan sesuai dengan Clinical Pathway}}{\Sigma \text{Pasien yang memerlukan tindakan medis}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon IV (Kasi Mutu Pelayanan Medik) RSJ Sambang Lihum Tahun 2023 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2023		
		2018	2019	2020	2021	2022	Target	Realisasi	% Capaian
1.	Persentase pemenuhan ketersediaan Regulasi sesuai dengan kebutuhan pelayanan medik	-	-	-	-	-	100%	100%	100%
2	Persentase tenaga medis memberikan pelayanan sesuai dengan Clinical pathway	-	-	-	100%	100%	100%	99.9%	99.9%
<b>Rata-rata capaian</b>									99.95%

Menurut tabel diatas maka terlihatlah perbandingan-perbandingannya, berikut penjelasannya :

### 1) Perbandingan Realisasi dengan Target

Kinerja Utama dari Esselon IV dengan jabatan Kasi Mutu Pelayanan Medik adalah Meningkatnya Pelaksanaan Mutu Pelayanan Medik dengan indikator kinerja sebagai berikut :

- a) Persentase pemenuhan ketersediaan Regulasi sesuai dengan kebutuhan pelayanan medik dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 100%.

- b) Persentase tenaga medis memberikan pelayanan sesuai dengan Clinical pathway dengan target 100% terealisasi 99.9% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 99.9%.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2022 indikator tersebut adalah 99.95% dengan kategori **Sangat Memuaskan**.

## 2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait

- a) Realisasi Persentase pemenuhan ketersediaan Regulasi sesuai dengan kebutuhan pelayanan medik belum dapat di perbandingkan karena merupakan indikator baru.
- b) Realisasi Persentase tenaga medis memberikan pelayanan sesuai dengan Clinical pathway dengan target 100% terealisasi 99.9% pada tahun 2023 menurun 0.1% dari realisasi pada tahun 2022 yang terealisasi 100%.

## 3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja

Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja adalah:

### 3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;

Melakukan bimbingan dan arahan terhadap tenaga medik dalam melakukan dokumentasi pelayanan sesuai dengan standar atau Clinical Pathway.

### 3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;

Apabila ada regulasi yang baru maka perlu disosialisasikan dengan tenaga medik.

### 3.3 Rencana Tindak Lanjut;

Meningkatkan monitoring dan evaluasi terhadap tenaga medis agar memberikan pelayanan sesuai dengan standar atau Clinical Pathway.

## 4) Analisis Program/Kegiatan Penunjang Kinerja

Program atau kegiatan yang menunjang keberhasilan pencapaian pernyataan kinerja tersebut adalah :

1. Program pemenuhan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat
2. Program peningkatan kapasitas sumber daya manusia kesehatan
3. Program penunjang urusan pemerintahan daerah provinsi

Kegiatan :

1. Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi
2. Perencanaan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan untuk UKM dan UKP Provinsi

### 3. Peningkatan Pelayanan BLUD

Sub Kegiatan :

1. Peningkatan Mutu Pelayanan Fasilitas Kesehatan
2. Pemenuhan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan
3. Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD

#### Capaian Kinerja Esselon IV (Kepala Seksi Sumber Daya Medik)

No	Sasaran Strategis	Kinerja Utama	Indikator	Target	%Realisasi	% Capaian
1	Terselenggaranya kegiatan pengelolaan sumber daya medik	Meningkatnya ketersediaan dan pemanfaatan sarana dan alat medik serta peningkatan dan pengembangan kompetensi dan kapasitas tenaga medik	Persentase pemenuhan Dokumen kebutuhan tenaga medik	100%	100%	100%
			Persentase pemenuhan dokumen sarana dan alat medik	100%	100%	100%
			Persentase Tenaga Medis Yang memiliki STR dan SIP yang masih berlaku	100%	100%	100%
<b>Rata-Rata Capaian</b>						<b>100%</b>

*Rumus perhitungan :*

1. Persentase pemenuhan Dokumen kebutuhan tenaga medik

$$\frac{\Sigma \text{Tenaga medis yang tersedia}}{\Sigma \text{Tenaga medis sesuai standar}} \times 100\%$$

2. Persentase pemenuhan dokumen sarana dan alat medik

$$\frac{\Sigma \text{Peralatan medis yang tersedia}}{\Sigma \text{Peralatan medis sesuai standar}} \times 100\%$$

3. Persentase Tenaga Medis Yang memiliki STR dan SIP yang masih berlaku

$$\frac{\Sigma \text{Tenaga medis dengan STR dan SIP yang berlaku}}{\Sigma \text{Tenaga medis yang ada}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon IV (Kepala Seksi Sumber Daya Medik) RSJ Sambang Lihum Tahun 2023 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2023		
		2018	2019	2020	2021	2022	Target	Realisasi	% Capaian
1.	Persentase pemenuhan Dokumen kebutuhan tenaga medik	-	-	-	-	100%	100%	100%	100%
2.	Persentase pemenuhan dokumen sarana dan alat medik	-	-	-	-	100%	100%	100%	100%

3.	Persentase Tenaga Medis Yang memiliki STR dan SIP yang masih berlaku	-	-	-	100%	100%	100%	100%	100%
<b>Rata-rata capaian</b>									100%

Menurut tabel diatas maka terlihatlah perbandingan-perbandingannya, berikut penjelasannya :

### 1) Perbandingan Realisasi dengan Target

Kinerja Utama dari Esselon IV dengan jabatan Kepala Seksi Sumber Daya Medik adalah Meningkatnya ketersediaan dan pemanfaatan sarana dan alat medik serta peningkatan dan pengembangan kompetensi dan kapasitas tenaga medik dengan indikator kinerja sebagai berikut :

- a) Persentase pemenuhan Dokumen kebutuhan tenaga medik dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 100%.
- b) Persentase pemenuhan dokumen sarana dan alat medik dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 100%.
- c) Persentase Tenaga Medis Yang memiliki STR dan SIP yang masih berlaku dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 100%.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2023 indikator tersebut adalah 100% dengan kategori **Sangat Memuaskan**.

### 2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait

- a) Realisasi Persentase pemenuhan Dokumen kebutuhan tenaga medik dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sama dengan realisasi pada tahun 2022.
- b) Realisasi Persentase pemenuhan dokumen sarana dan alat medik dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sama dengan realisasi pada tahun 2022.
- c) Realisasi Persentase Tenaga Medis Yang memiliki STR dan SIP yang masih berlaku dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sama dengan realisasi pada tahun 2022.

### 3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja

Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja adalah:

- 3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;

1. Melakukan monitoring dan evaluasi kebutuhan tenaga medik sesuai standar pelayanan RSJ Sambang Lihum
2. Melakukan penambahan tenaga medik dari luar untuk mencukupi peningkatan pelayanan di RSJ Sambang Lihum
3. Melakukan monitoring ketersediaan alat kedokteran dan alat kesehatan di RSJ Sambang Lihum sesuai standar
4. Melakukan pengadaan alat kedokteran dan alat kesehatan di RSJ Sambang Lihum berdasarkan standar sesuai skala prioritas.
5. Melakukan pengawasan masa berlaku STR dan SIP semua dokter RSJ Sambang Lihum.

### 3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;

1. Terbatasnya anggaran daerah dan BLUD RSJ Sambang Lihum untuk meningkatkan pendidikan dokter spesialis, dan belum adanya regulasi tenaga dokter PPPK untuk bisa mengikuti pendidikan dokter spesialis.
2. Terbatasnya anggaran dari DAK, APBD dan BLUD untuk pengadaan alat kesehatan dan alat kedokteran, baik alat yang terkait dengan pengobatan kejiwaan maupun non kejiwaan.
3. Para dokter harus selalu di ingatkan untuk melakukan perpanjangan STR dan SIP

### 3.3 Rencana Tindak Lanjut;

1. RSJ Sambang lihum melakukan kerja sama (MOU) dengan dokter luar dan mengajukan formasi pendidikan dokter spesialis di RSJ Sambang Lihum demi terpenuhinya standar pelayanan.
2. Menyusun rencana kebutuhan alat kedokteran dan alat kesehatan dari masing-masing unit pelayanan, untuk menyesuaikan anggaran dan skala prioritas.
3. Melakukan monitoring secara terus menerus terhadap masa berlaku STR dan SIP dokter, untuk meminimalisir keterlambatan proses perpanjangan.

## 4) Analisis Program/Kegiatan Penunjang Kinerja

Program atau kegiatan yang menunjang keberhasilan pencapaian pernyataan kinerja tersebut adalah :

1. Program peningkatan kapasitas sumber daya manusia kesehatan
2. Program penunjang urusan pemerintahan daerah provinsi

Kegiatan :

1. Perencanaan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan untuk UKM dan UKP Provinsi
  2. Peningkatan Pelayanan BLUD
- Sub Kegiatan :
1. Pemenuhan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan
  2. Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD

### Capaian Kinerja Esselon IV (Seksi Mutu Pelayanan Keperawatan)

No	Sasaran Strategis	Kinerja Utama	Indikator	Target	%Realisasi	% Capaian
1	Terselenggaranya kegiatan pengelolaan mutu pelayanan keperawatan	Meningkatnya mutu pelayanan keperawatan	Persentase pasien mengalami perbaikan setelah mendapat pelayanan keperawatan	90 %	90%	100%
			Persentase insiden keselamatan pasien dapat dicegah	100 %	99.95%	99.,95%
			Persentase kepatuhan perawat melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan secara lengkap dan jelas dalam Rekam Medik	100 %	100%	100%
<b>Rata-Rata Capaian</b>						<b>99.98%</b>

*Rumus perhitungan :*

1. Persentase pasien mengalami perbaikan setelah mendapat pelayanan keperawatan

$$\frac{\Sigma \text{ Pasien mengalami perbaikan setelah mendapat pelayanan keperawatan}}{\Sigma \text{ Pasien yang dirawat inap dalam 1 bulan}} \times 100\%$$

2. Persentase insiden keselamatan pasien dapat dicegah

$$\frac{\Sigma \text{ Insiden keselamatan pasien yang dapat dicegah}}{\Sigma \text{ Pasien yang dirawat inap dalam 1 bulan}} \times 100\%$$

3. Persentase kepatuhan perawat melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan secara lengkap dan jelas dalam Rekam Medik

$$\frac{\Sigma \text{ Dokumentasi asuhan keperawatan terisi lengkap dan jelas dalam rekam medik}}{\Sigma \text{ Rekam medik pasien yang dilayani dalam 1 bulan}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon IV (Seksi Mutu Pelayanan Keperawatan) RSJ Sambang Lihum Tahun 2023 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2023		
		2018	2019	2020	2021	2022	Target	Realisasi	% capaian
1.	Persentase pasien mengalami perbaikan setelah mendapat pelayanan keperawatan		-	-	-	80%	90%	90%	100%
2.	Persentase insiden keselamatan pasien dapat dicegah		-	-	-	99%	100%	99.95%	99.,95%
3.	Persentase kepatuhan perawat melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan secara lengkap dan jelas dalam Rekam Medik		-	-	-	100%	100%	100%	100%
<b>Rata-rata capaian</b>									99.98%

Menurut tabel diatas maka terlihatlah perbandingan-perbandingannya, berikut penjelasannya :

### 1) Perbandingan Realisasi dengan Target

Kinerja Utama dari Esselon IV dengan jabatan Seksi Mutu Pelayanan Keperawatan adalah Meningkatnya mutu pelayanan keperawatan dengan Indikator Kinerja sebagai berikut :

- a) Persentase pasien mengalami perbaikan setelah mendapat pelayanan keperawatan dengan target 90% terealisasi 90% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 100%.
- b) Persentase insiden keselamatan pasien dapat dicegah dengan target 100% terealisasi 99.95% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 99.95%.
- c) Persentase kepatuhan perawat melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan secara lengkap dan jelas dalam Rekam Medik dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 100%.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2023 indikator tersebut adalah 99.98% dengan kategori **Sangat Memuaskan**.

### 2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait

- a) Persentase pasien mengalami perbaikan setelah mendapat pelayanan keperawatan dengan target 90% terealisasi 90% pada tahun 2023 meningkat 10% dari tahun 2022 yang sebesar 80%.
- b) Persentase insiden keselamatan pasien dapat dicegah dengan target 100% terealisasi 99.95% pada tahun 2023 menurun 0.05% dengan realisasi pada tahun 2022 yang sebesar 100%.
- c) Persentase kepatuhan perawat melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan secara lengkap dan jelas dalam Rekam Medik dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sama dengan realisasi pada tahun 2022.

### **3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja**

Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja adalah:

3.1 Upaya – upaya yang telah dilakukan;

1. Dilakukan pengawasan berjenjang
2. System pelaporan keperawatan terpadu
3. Dilakukan peminaan berjenjang

3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja ;

1. Sarana dan prasarana belum memadai dalam mendukung pelayanan keperawatan
2. Masih kurangnya kesadaran dalam pendokumentasian secara paripurna.

3.3 Rencana Tindak Lanjut ;

1. Penguatan system role model
2. Peningkatan system reward dan punishment
3. Upaya peningkatan kompetensi SDM
4. Peningkatan system pelaporan terpadu
5. Koordinasi dan komunikasi terkait penyediaan sarana dan prasarana

### **4) Analisis Program/Kegiatan Penunjang Kinerja**

Program atau kegiatan yang menunjang keberhasilan pencapaian pernyataan kinerja tersebut adalah :

1. Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat.
2. Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan

Kegiatan :

1. Penyediaan Fasilitas Pelayanan, Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi.
2. Pengembangan Mutu dan Peningkatan Kompetensi Teknis Sumber Daya Manusia Kesehatan Tingkat Daerah Provinsi

Sub. Kegiatan :

1. Pengadaan Sarana di Fasilitas Layanan Kesehatan.
2. Peningkatan Kompetensi dan Kualifikasi Sumber Daya Manusia Kesehatan

## Capaian Kinerja Esselon IV (Seksi Sumber Daya Keperawatan)

No	Sasaran Strategis	Kinerja Utama	Indikator	Target	%Realisasi	% Capaian
1	Terselenggaranya kegiatan pengelolaan sumber daya keperawatan	Meningkatnya pendayagunaan tenaga keperawatan	Persentase pemenuhan kebutuhan dokumen hasil analisis kebutuhan tenaga keperawatan	100 %	100%	100%
			Persentase tenaga keperawatan melaksanakan tugas sesuai kompetensinya	100 %	100%	100%
			Persentase Tenaga Keperawatan Yang memiliki STR dan SIPP yang masih berlaku	100 %	99.34%	99.34%
		Terpenuhinya sarana dan prasarana keperawatan sesuai kebutuhan	Persentase pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana keperawatan	100 %	100%	100%
<b>Rata-Rata Capaian</b>						<b>99.84%</b>

*Rumus perhitungan :*

- Persentase pemenuhan kebutuhan dokumen hasil analisis kebutuhan tenaga keperawatan

$$\frac{\Sigma \text{Tenaga perawat sesuai standar}}{\Sigma \text{Tenaga perawat yang ada di Rumah Sakit}} \times 100\%$$

- Persentase tenaga keperawatan melaksanakan tugas sesuai kompetensinya

$$\frac{\Sigma \text{Tenaga keperawatan sesuai PK}}{\Sigma \text{Seluruh perawat yang ada di Rumah Sakit}} \times 100\%$$

- Persentase Tenaga Keperawatan Yang memiliki STR dan SIPP yang masih berlaku

$$\frac{\Sigma \text{Tenaga perawat yang memiliki STR \& SIP}}{\Sigma \text{Tenaga perawat yang ada di Rumah Sakit}} \times 100\%$$

- Persentase pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana keperawatan

$$\frac{\Sigma \text{pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana sesuai dengan standar}}{\Sigma \text{Kebutuhan sarana dan prasarana yang direncanakan}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon IV (Seksi Sumber Daya Keperawatan) RSJ Sambang Lihum Tahun 2023 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya.

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2023		
		2018	2019	2020	2021	2022	Target	Realisasi	% Capaian
1.	Persentase pemenuhan kebutuhan dokumen hasil analisis kebutuhan tenaga keperawatan		-	-	-	100%	100%	100%	100%
2.	Persentase tenaga keperawatan melaksanakan tugas sesuai kompetensinya		-	-	-	100%	100%	100%	100%
3	Persentase Tenaga Keperawatan Yang memiliki STR dan SIPP yang masih berlaku		-	-	100%	95.8%	100%	99.34%	99.34%
4	Persentase pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana keperawatan		-	-	85%	100%	100%	100%	100%
<b>Rata-rata capaian</b>									98.84%

Menurut tabel diatas maka terlihatlah perbandingan-perbandingannya, berikut penjelasannya :

### 1) Perbandingan Realisasi dengan Target

Kinerja Utama dari Esselon IV dengan jabatan Seksi Sumber Daya Keperawatan adalah Meningkatnya pendayagunaan tenaga keperawatan dan Terpenuhinya sarana dan prasarana keperawatan sesuai kebutuhan dengan Indikator Kinerja sebagai berikut :

- a. Persentase pemenuhan kebutuhan dokumen hasil analisis kebutuhan tenaga keperawatan dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 100%.
- b. Persentase tenaga keperawatan melaksanakan tugas sesuai kompetensinya dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 100%.
- c. Persentase Tenaga Keperawatan Yang memiliki STR dan SIPP yang masih berlaku dengan target 100% terealisasi 99.34% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 99.34%.
- d. Persentase pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana keperawatan dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 100%.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2023 indikator tersebut adalah 98.84% dengan kategori **Sangat Memuaskan**.

## 2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait

- a) Realisasi Persentase pemenuhan kebutuhan dokumen hasil analisis kebutuhan tenaga keperawatan dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sama dengan realisasi tahun 2022.
- b) Realisasi Persentase tenaga keperawatan melaksanakan tugas sesuai kompetensinya dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sama dengan realisasi tahun 2022.
- c) Realisasi Persentase Tenaga Keperawatan Yang memiliki STR dan SIPP yang masih berlaku dengan target 100% terealisasi 99.34% pada tahun 2023 meningkat 3.54% dari realisasi pada tahun 2022 yang 95.8%.
- d) Realisasi Persentase pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana keperawatan dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sama dengan realisasi tahun 2022.

## 3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja

Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja adalah:

### 3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;

1. Melakukan monitoring dan evaluasi kebutuhan tenaga keperawatan sesuai kebutuhan RSJ Sambang Lihum
2. Melakukan pembinaan terhadap tenaga keperawatan yang memiliki permasalahan berkaitan dengan kinerjanya
3. Melakukan peningkatan kompetensi tenaga keperawatan melalui pelatihan-pelatihan bekerjasama dengan diklat RSJ Sambang Lihum
4. Melakukan pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana keperawatan sesuai kebutuhan ruangan dan sesuai standar
5. Melakukan pengawasan, fasilitasi dan pembinaan terhadap tenaga keperawatan yang masa berlaku STR dan SIPP nya yang mendekati dan habis masa berlakunya

### 3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;

1. Terbatasnya anggaran daerah dan BLUD RSJ Sambang Lihum dalam pemenuhan kebutuhan sarana prasarana sesuai standar
2. Kondisi sarana dan prasarana yang kurang mendukung seperti pada bangsal perawatan pasien yang sebagian kurang memenuhi standar keamanan dan keselamatan pasien
3. Harus selalu diingatkan untuk melakukan perpanjangan STR dan SIPP

4. Kurangnya kepatuhan dalam perpanjangan STR dan SIPP.

3.3 Rencana Tindak Lanjut;

1. Menyusun rencana kebutuhan sarana dan prasarana keperawatan, pemeliharaan, perbaikan masing-masing ruang rawat inap dan jalan untuk menyesuaikan anggaran dan skala prioritas
2. Melakukan evaluasi secara berkala terhadap kinerja tenaga keperawatan melalui penilaian IKI (Indikator Kinerja Individu)
3. Monitoring terhadap perpanjangan masa berlakunya STR dan SIPP
4. Membuat aturan berkaitan dengan masa perpanjangan STR dan SIPP dan tindakan yang akan dilakukan apabila masa berlakunya habis dan belum diajukan untuk pembuatan kembali.

4) Analisis Program/Kegiatan Penunjang Kinerja

Program atau kegiatan yang menunjang keberhasilan pencapaian pernyataan kinerja tersebut adalah :

1. Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat.
2. Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan

Kegiatan :

1. Penyediaan Fasilitas Pelayanan, Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi.
2. Pengembangan Mutu dan Peningkatan Kompetensi Teknis Sumber Daya Manusia Kesehatan Tingkat Daerah Provinsi

Sub. Kegiatan :

1. Pengadaan Sarana di Fasilitas Layanan Kesehatan.
2. Peningkatan Kompetensi dan Kualifikasi Sumber Daya Manusia Kesehatan

**Capaian Kinerja Esselon IV  
(Seksi Pembekalan Pemeliharaan Alat Medis dan Kesehatan)**

No	Sasaran Strategis	Kinerja Utama	Indikator	Target	%Realisasi	% Capaian
1	Terselenggaranya kegiatan pengelolaan Pembekalan Pemeliharaan Alat Medis dan Kesehatan	Meningkatnya pengelolaan perbekalan dan pemeliharaan alat medis dan kesehatan	Persentase peralatan medis dalam kondisi baik dan berfungsi	100%	100%	100%
			persentase pemenuhan perbekalan dan alat kesehatan	100%	100%	100%
<b>Rata-Rata Capaian</b>						<b>100%</b>

Rumus perhitungan :

1. Persentase peralatan medis dalam kondisi baik dan berfungsi

$$\frac{\Sigma \text{ Usulan ALKES yang perlu perbaikan/pemeliharaan}}{\Sigma \text{ ALKES yang sudah dilakukan perbaikan/pemeliharaan}} \times 100\%$$

2. persentase pemenuhan perbekalan dan alat Kesehatan

$$\frac{\Sigma \text{ Usulan pengadaan perbekalan Farmasi dan ALKES}}{\Sigma \text{ Realisasi pengadaan perbekalan Farmasi dan ALKES}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon IV (Seksi Pembekalan Pemeliharaan Alat Medis dan Kesehatan) RSJ Sambang Lihum Tahun 2023 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2023		
		2018	2019	2020	2021	2022	Target	Realisasi	% Capaian
1.	Persentase peralatan medis dalam kondisi baik dan berfungsi		-	83%	99.9%	100%	100%	100%	100%
2.	Persentase pemenuhan perbekalan dan alat kesehatan		-	-	-	100%	100%	100%	100%
<b>Rata-rata capaian</b>									100%

Menurut tabel diatas maka terlihatlah perbandingan-perbandingannya, berikut penjelasannya :

### 1) Perbandingan Realisasi dengan Target

Kinerja Utama dari Esselon IV dengan jabatan Seksi Pembekalan Pemeliharaan Alat Medis dan Kesehatan adalah Meningkatnya pengelolaan perbekalan dan pemeliharaan alat medis dan kesehatan dengan Indikator Kinerja sebagai berikut:

- a. Persentase peralatan medis dalam kondisi baik dan berfungsi dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 100%
- b. Persentase pemenuhan perbekalan dan alat kesehatan dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 100%

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2023 indikator tersebut adalah 100% dengan kategori **Sangat Memuaskan**.

### 2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait;

- a. Realisasi Persentase peralatan medis dalam kondisi baik dan berfungsi dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sama dengan realisasi tahun 2022.

- b. Realisasi Persentase pemenuhan perbekalan dan alat kesehatan dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sama dengan realisasi tahun 2022.

### **3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja**

Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja adalah:

#### **3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;**

1. Mendata seluruh alat medis dan kesehatan di setiap ruangan
2. Mengklasifikasikan alat medis dan kesehatan sesuai dengan kondisinya (baik, rusak ringan, rusak berat)
3. Melakukan kalibrasi alat secara berkala minimal 1 tahun sekali
4. Memberikan pelatihan yang sesuai kepada petugas pemeliharaan terkait alat medis dan Kesehatan
5. Membuat rencana pemeliharaan preventif yang mencakup jadwal rutin untuk pemeriksaan suku cadang agar alat tetap berkinerja optimal
6. Melakukan penilaian berkala terhadap program pemeliharaan untuk mengevaluasi keefektifan dan menemukan area perbaikan pertriwulan
7. Memastikan bahwa semua kegiatan pemeliharaan sesuai dengan standar keselamatan dan kualitas yang berlaku, seperti standar yang ditetapkan oleh badan pengawas Kesehatan
8. Melibatkan user dalam program pemeliharaan

#### **3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;**

1. Ketersediaan sparepart alat medis yang terbatas dari pemasok
2. Usia alat medis yang sudah tua
3. Keterlambatan pelaporan barang yang rusak dari user
4. Tidak adanya pemeliharaan berkala lanjutan dari user

#### **3.3 Rencana Tindak Lanjut;**

1. Membangun hubungan yang erat dengan pemasok dan produsen alat medis untuk mendapatkan dukungan teknis, pembaruan perangkat lunak, dan akses ke sumber daya yang diperlukan
2. Menggencarkan partisipasi dan keterlibatan karyawan dalam program pemeliharaan
3. Menerapkan pemantauan proaktif terhadap kinerja alat medis untuk mendeteksi potensi masalah sebelum mereka menjadi serius. Pencegahan kerusakan melalui pemeliharaan rutin juga menjadi kunci.
4. Peremajaan alat untuk alat yang sudah tua

#### 4) Analisis Program/Kegiatan Penunjang Kinerja

Program atau kegiatan yang menunjang keberhasilan pencapaian pernyataan kinerja tersebut adalah :

Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Provinsi

Kegiatan :

Peningkatan Pelayanan BLUD

Sub. Kegiatan :

Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD.

#### Capaian Kinerja Esselon IV (Seksi Sumber Daya Penunjang Diagnostik dan Terapi)

No	Sasaran Strategis	Kinerja Utama	Indikator	Target	%Realisasi	% Capaian
1	Terselenggaranya kegiatan pengelolaan Sumber Daya Penunjang Diagnostik dan Terapi	Meningkatnya Mutu pelayanan Penunjang diagnostik dan terapi	Persentase Kepatuhan Tenaga terhadap standar pelayanan penunjang diagnostik dan terapi	100 %	100 %	100%
			Persentase peralatan penunjang diagnostik dan terapi dalam kondisi baik dan berfungsi	100 %	100 %	100%
			Persentase respon terhadap laporan gangguan dan kerusakan alat penunjang diagnostik dan terapi maksimal 1 X 24 jam	100 %	100 %	100%
		Meningkatnya sumber daya penunjang diagnostik dan terapi	Persentase tenaga penunjang diagnostik dan terapi memiliki STR dan SIP yang masih berlaku	100 %	100 %	100%
			Persentase peralatan penunjang diagnostik dan terapi dikalibrasi tepat waktu	80 %	80 %	100%
			Persentase pemenuhan kebutuhan Bahan dan Alat Kesehatan habis pakai (BAKHP) untuk penunjang diagnostik dan terapi	100 %	100 %	100%
			Persentase pemenuhan kebutuhan peralatan penunjang diagnostik dan terapi	100 %	100%	100%
			<b>Rata-Rata Capaian</b>			

*Rumus perhitungan :*

1. Persentase Kepatuhan Tenaga terhadap standar pelayanan penunjang diagnostik dan terapi

$$\frac{\Sigma \text{ pegawai yang melaksanakan kegiatan pelayanan penunjang diagnostik dan terapi sesuai dengan standar}}{\Sigma \text{ seluruh pegawai penunjang diagnostik dan terapi yang tersedia}} \times 100$$

2. Persentase peralatan penunjang diagnostik dan terapi dalam kondisi baik dan berfungsi

$$\frac{\Sigma \text{ peralatan penunjang diagnostik dan terapi yang dalam kondisi baik dan berfungsi}}{\Sigma \text{ seluruh peralatan penunjang diagnostik dan terapi yang tersedia}} \times 100\%$$

3. Persentase respon terhadap laporan gangguan dan kerusakan alat penunjang diagnostik dan terapi maksimal 1 X 24 jam

$$\frac{\Sigma \text{ laporan gangguan dan kerusakan alat penunjang diagnostik dan terapi } \leq 1 \times 24 \text{ jam}}{\Sigma \text{ seluruh laporan gangguan dan kerusakan alat penunjang diagnostik dan terapi}} \times 100\%$$

4. Persentase tenaga penunjang diagnostik dan terapi memiliki STR dan SIP yang masih berlaku

$$\frac{\Sigma \text{ tenaga penunjang diagnostik dan terapi memiliki STR dan SIP yang masih berlaku}}{\Sigma \text{ seluruh tenaga penunjang diagnostik dan terapi yang tersedia}} \times 100\%$$

5. Persentase peralatan penunjang diagnostik dan terapi dikalibrasi tepat waktu

$$\frac{\Sigma \text{ peralatan penunjang diagnostik dan terapi dikalibrasi tepat waktu}}{\Sigma \text{ permintaan kalibrasi seluruh peralatan penunjang diagnostik dan terapi}} \times 100\%$$

6. Persentase pemenuhan kebutuhan Bahan dan Alat Kesehatan habis pakai (BAKHP) untuk penunjang diagnostik dan terapi

$$\frac{\Sigma \text{ BAKHP untuk penunjang diagnostik dan terapi yang dipenuhi kebutuhannya}}{\Sigma \text{ seluruh kebutuhan BAKHP untuk penunjang diagnostik dan terapi}} \times 100\%$$

7. Persentase pemenuhan kebutuhan peralatan penunjang diagnostik dan terapi

$$\frac{\Sigma \text{ peralatan penunjang diagnostik dan terapi yang dipenuhi kebutuhannya}}{\Sigma \text{ seluruh kebutuhan peralatan penunjang diagnostik dan terapi}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon IV (Seksi Sumber Daya Penunjang Diagnostik dan Terapi) RSJ Sambang Lihum Tahun 2023 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2023		
		2018	2019	2020	2021	2022	Target	Realisasi	% Capaian
1.	Persentase Kepatuhan Tenaga terhadap standar pelayanan penunjang diagnostik dan terapi	-	-	-	-	100%	100 %	100 %	100%
2.	Persentase peralatan penunjang diagnostik dan terapi dalam kondisi baik dan berfungsi	-	-	-	-	90%	100 %	100 %	100%
3.	Persentase respon terhadap laporan gangguan dan kerusakan alat penunjang diagnostik dan terapi maksimal 1 X 24 jam	-	-	-	-	-	100 %	100 %	100%
4.	Persentase tenaga penunjang diagnostik dan terapi memiliki	-	-	-	100%	100%	100 %	100 %	100%

	STR dan SIP yang masih berlaku								
5.	Persentase peralatan penunjang diagnostik dan terapi dikalibrasi tepat waktu	-	-	-	-	-	80 %	80 %	100%
6.	Persentase pemenuhan kebutuhan Bahan dan Alat Kesehatan habis pakai (BAKHP) untuk penunjang diagnostik dan terapi	-	-	-	-	-	100 %	100 %	100%
7.	Persentase pemenuhan kebutuhan peralatan penunjang diagnostik dan terapi	-	-	-	-	-	100 %	100%	100%
<b>Rata-rata capaian</b>									100%

Menurut tabel diatas maka terlihatlah perbandingan-perbandingannya, berikut penjelasannya :

### 1) Perbandingan Realisasi dengan Target

Kinerja Utama dari Esselon IV dengan jabatan Seksi Sumber Daya Penunjang Diagnostik dan Terapi adalah Meningkatnya Mutu Pelayanan Penunjang diagnostik dan terapi dan Meningkatnya sumber daya penunjang diagnostik dan terapi dengan Indikator Kinerja sebagai berikut :

- a. Persentase Kepatuhan Tenaga terhadap standar pelayanan penunjang diagnostik dan terapi dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 100%.
- b. Persentase peralatan penunjang diagnostik dan terapi dalam kondisi baik dan berfungsi dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 100%.
- c. Persentase respon terhadap laporan gangguan dan kerusakan alat penunjang diagnostik dan terapi maksimal 1 X 24 jam dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 100%.
- d. Persentase tenaga penunjang diagnostik dan terapi memiliki STR dan SIP yang masih berlaku dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 100%.
- e. Persentase peralatan penunjang diagnostik dan terapi dikalibrasi tepat waktu dengan target 80% terealisasi 80% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 100%.
- f. Persentase pemenuhan kebutuhan Bahan dan Alat Kesehatan habis pakai (BAKHP) untuk penunjang diagnostik dan terapi dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 100%.

- g. Persentase pemenuhan kebutuhan peralatan penunjang diagnostik dan terapi dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sehingga capaian persentasenya 100%.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2023 indikator tersebut adalah 100% dengan kategori **Sangat Memuaskan**.

## 2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait

- a) Realisasi Persentase Kepatuhan Tenaga terhadap standar pelayanan penunjang diagnostik dan terapi dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sama dengan tahun 2022.
- b) Realisasi Persentase peralatan penunjang diagnostik dan terapi dalam kondisi baik dan berfungsi dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sama dengan tahun 2022.
- c) Realisasi Persentase tenaga penunjang diagnostik dan terapi memiliki STR dan SIP yang masih berlaku dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2023 sama dengan tahun 2022.
- d) Realisasi Persentase indikator-indikator lainnya belum bisa di perbandingkan karena merupakan indikator baru.

## 3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja

Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja adalah:

### 3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;

1. Melakukan monitoring dan evaluasi kebutuhan tenaga penunjang medik sesuai standar pelayanan
2. Melakukan monitoring dan evaluasi terkait standar operasional prosedur disemua instalasi di bawah Bidang Penunjang Medik
3. Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap kondisi, fungsi dan jadwal kalibrasi semua peralatan di Bidang Penunjang Medik.
4. Melakukan koordinasi dengan Bidang terkait terhadap laporan gangguan dan kerusakan alat Penunjang Diagnostik dan Terapi.
5. Melakukan pengadaan untuk pemenuhan kebutuhan Bahan dan Alat Kesehatan Habis Pakai (BAKHP) untuk Penunjang Diagnostik dan Terapi.
6. Melakukan koordinasi dengan PPTK terkait terhadap pemenuhan kebutuhan peralatan Penunjang Diagnostik dan Terapi.
7. Melakukan pengawasan masa berlaku STR dan SIP semua tenaga fungsional di Bidang Penunjang Medik.

### 3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;

Terbatasnya anggaran daerah dan BLUD untuk pemenuhan kebutuhan Bahan dan Alat Kesehatan Habis Pakai (BAKHP) dan pemenuhan kebutuhan peralatan Penunjang Diagnostik dan Terapi

### 3.3 Rencana Tindak Lanjut;

1. Menyusun rencana kebutuhan Bahan dan Alat Kesehatan Habis Pakai (BAKHP) dan kebutuhan peralatan Penunjang Diagnostik dan Terapi, untuk menyesuaikan anggaran dan skala prioritas.
2. Melakukan monitoring secara terus menerus terhadap masa berlaku STR dan SIP tenaga fungsional di bidang Penunjang Medik, untuk meminimalisir keterlambatan proses perpanjangan.

#### 4) Analisis Program/Kegiatan Penunjang Kinerja

Program atau kegiatan yang menunjang keberhasilan pencapaian pernyataan kinerja tersebut adalah :

1. Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat
2. Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Provinsi

Kegiatan :

1. Penyediaan Fasilitas Pelayanan, Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi.
2. Peningkatan Pelayanan BLUD

Sub. Kegiatan :

1. Pengadaan Obat, Vaksin, Makanan dan Minuman Serta Fasilitas Kesehatan Lainnya.
2. Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD

## B. AKUNTABILITAS KEUANGAN

### 1. Anggaran dan Realisasi APBD 2023

Anggaran Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum tahun 2023 yang berasal dari APBD Provinsi Kalimantan Selatan adalah :

Anggaran	Jumlah Anggaran	Realisasi Anggaran	Sisa Pagu Anggaran
Belanja Pegawai	Rp. 49,902,141,282,-	Rp. 44.179.725.662,-	Rp. 5.722.415.620,-
Belanja Barang Jasa	Rp. 11,995,698,200,-	Rp. 11.154.525.396,-	Rp. 841.172.804,-
Belanja Modal	Rp. 2,440,000,000,-	Rp. 2.265.391.238,-	Rp. 174.608.762,-
<b>Total</b>	<b>Rp. 64,337,839,482,-</b>	<b>Rp. 57.599.642.296,-</b>	<b>Rp. 6.738.197.186,-</b>

Sisa anggaran tersebut terdiri dari :

- a) Efisiensi anggaran;
- b) Kegiatan yang tidak terserap pada tahun anggaran 2023

Anggaran RSJ Sambang Lihum tahun 2023 yang berasal dari pendapatan BLUD RSJ Sambang Lihum Provins Kalimantan Selatan adalah :

Anggaran	Jumlah Anggaran	Realisasi Anggaran	Sisa Pagu Anggaran
Belanja Pegawai	Rp. 4,070,486,486,-	Rp. 3.081.887.000,-	Rp. 988.599.486,-
Belanja Barang jasa	Rp. 26,494,325,896,-	Rp. 24.946.251.258,-	Rp. 1.548.074.638,-
Belanja Modal	Rp. 3,850,260,000,-	Rp. 1.006.771.250,-	Rp. 2.843.488.750,-
Total	Rp. 34,415,072,382,-	Rp. 29.034.909.508,-	Rp. 5.380.162.874,-

Target pendapatan BLUD RSJ Sambang Lihum tahun 2023 sebesar Rp.25.000.000.000,- yang terealisasi Rp.25.455.757.700,48 atau 101,82% dari target, jadi total sisa pagu anggaran BLUD (Silpa) tahun 2023 adalah sebesar Rp.5.835.920.574,48, Sisa anggaran tersebut dari efisiensi kegiatan dan peningkatan pendapatan tahun 2023.

## 2. Anggaran dan Realisasi menurut Sasaran dan Program

Berikut rincian data-data anggaran berdasarkan program dan sasaran tertentu.

Program Prioritas					
No	Sasaran Strategis	Uraian	Anggaran	Realisasi	Persentase
			Rp	Rp	%
1	Meningkatnya Pelayanan Kesehatan	Program pemenuhan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat	Rp. 7.229.464.200,-	Rp. 6.410.250.734,-	88,67%
2		Program peningkatan kapasitas sumber daya manusia kesehatan	Rp. 3.793.801.000,-	Rp. 3.610.312.900,-	95,16%
3		Program penunjang urusan pemerintahan daerah provinsi	Rp. 53.314.574.282,-	Rp. 47.579.078.662,-	89,24%
	Total		Rp. 64.337.839.482,-	Rp. 57.599.642.296,-	89,53%

### **3. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya**

Program/kegiatan yang menunjang pencapaian semua sasaran strategis ini adalah sebanyak 3 program 8 Kegiatan dengan anggaran APBD dan 1 kegiatan dengan anggaran BLUD RSJ Sambang Lihum. Adapun pencapaian dari setiap program tersebut diuraikan di bawah ini :

#### **a. Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Provinsi**

Untuk mewujudkan pelaksanaan program ini dialokasikan anggaran sebesar Rp.53.314.574.282,- dan realisasi keuangan Rp. 47.579.078.662,- dengan realisasi fisik 100% dan realisasi keuangan 89,24%, yang diarahkan untuk melaksanakan kegiatan :

1. Perencanaan, Penganggaran dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah
2. Administrasi Keuangan Perangkat Daerah
3. Penyediaan Jasa Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah

Kegiatan tersebut dapat menunjang kinerja utama direktur untuk meningkatkan mutu pelayanan RSJ Sambang Lihum.

#### **b. Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat.**

Untuk mewujudkan pelaksanaan program ini dialokasikan anggaran sebesar Rp.7.229.464.200,- dan realisasi keuangan Rp. 6.410.250.734,- dengan realisasi fisik 100% dan realisasi keuangan 88,67%, yang diarahkan untuk melaksanakan kegiatan :

1. Penyediaan Fasilitas Pelayanan, Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi
2. Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi
3. Penerbitan Izin Rumah Sakit Kelas B dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Daerah Provinsi

Kegiatan tersebut dapat menunjang kinerja utama direktur untuk meningkatkan mutu pelayanan RSJ Sambang Lihum.

#### **c. Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan.**

Untuk mewujudkan pelaksanaan program ini dialokasikan anggaran sebesar Rp.3.793.801.000,- dan realisasi keuangan Rp. 3.610.312.900,- dengan realisasi fisik 100% dan realisasi keuangan 95,16%, yang diarahkan untuk melaksanakan kegiatan;

1. Peningkatan Kompetensi dan Kualifikasi Sumber Daya Manusia Kesehatan

2. Perencanaan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan untuk UKM dan UKP Provinsi

Kegiatan tersebut dapat menunjang kinerja utama direktur untuk meningkatkan mutu pelayanan RSJ Sambang Lihum.

**Perbandingan Program dan Kegiatan tahun 2022 dan 2023**

No	Tahun 2022		Tahun 2023	
	Nama Program	Nama Kegiatan	Nama Program	Nama Kegiatan
1	Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Provinsi	Perencanaan, Penganggaran dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah	Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Provinsi	Perencanaan, Penganggaran dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah
		Administrasi Keuangan Perangkat Daerah		Administrasi Keuangan Perangkat Daerah
		Pemeliharaan Barang Milik Daerah Penunjang Urusan Pemerintah daerah		Penyediaan Jasa Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah
		Penyediaan Jasa Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah		Peningkatan Pelayanan BLUD
		Peningkatan Pelayanan BLUD		
2	Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat	Penyediaan Fasilitas Pelayanan, Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi	Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat	Penyediaan Fasilitas Pelayanan, Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi
		Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi		Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi
		Penerbitan Izin Rumah Sakit Kelas B dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Daerah Provinsi		Penerbitan Izin Rumah Sakit Kelas B dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Daerah Provinsi
3	Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan	Pengembangan Mutu dan Peningkatan Kompetensi Teknis Sumber Daya Manusia Kesehatan Tingkat Daerah Provinsi.	Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan	Perencanaan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan untuk UKM dan UKP Provinsi
		Perencanaan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan untuk		Pengembangan Mutu dan Peningkatan Kompetensi Teknis Sumber Daya

	UKM dan UKP Provinsi		Manusia Kesehatan Tingkat Daerah Provinsi
	Total Realisasi		Total Realisasi
	<b>Rp. 83,467,623,206,-</b>		<b>Rp. 86,634,551,804,-</b>
	Total Anggaran		Total Anggaran
	<b>Rp. 92,772,491,358,-</b>		<b>Rp. 98,752,911,864,-</b>

No	2022		2023	
	Belanja langsung	Jumlah	Belanja Langsung	Jumlah
1.	Belanja pegawai	Rp. 40,115,509,640,-	Belanja pegawai	Rp. 53,972,627,768,-
2.	Belanja Barang Jasa	Rp. 46,339,481,718,-	Belanja Barang Jasa	Rp. 38,490,024,096,-
3.	Belanja Modal	Rp. 6,317,500,000,-	Belanja Modal	Rp. 6,290,260,000,-
	Total	Rp. 92,772,491,358,-	Total	Rp. 98,752,911,864,-

Pada tahun anggaran 2023 untuk RSJ Sambang Lihum Provinsi Kalimantan Selatan dialokasikan anggaran APBD dan BLUD sebesar Rp.98.752.911.864,- sedangkan anggaran pada tahun 2022 sebesar Rp.92.772.491.358,-. Anggaran RSJ Sambang Lihum ditahun 2023 meningkat Rp.5.980.420.506,- khususnya pada belanja pegawai dikarenakan penerimaan ASN khususnya PPPK.

## BAB IV PENUTUP

---

Laporan Kinerja (Lkj) Instansi Pemerintah merupakan bentuk akuntabilitas dari pelaksanaan tugas dan fungsi yang dipercayakan kepada setiap instansi pemerintah atas penggunaan anggarannya. Hal terpenting yang diperlukan dalam penyusunan laporan kinerja adalah pengukuran dan evaluasi serta pengungkapan (*disclosure*) secara memadai hasil analisis terhadap pengukuran kinerja.

Penyusunan Laporan Kinerja Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Tahun 2023 didasarkan pada Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP), dan Peraturan Menteri Negara Pemberdayaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi No 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah.

Laporan Kinerja disusun sebagai bentuk pertanggungjawaban Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Provinsi Kalimantan Selatan berkaitan dengan penyelenggaraan pada tahun Anggaran 2023 sebagai bahan pengambilan keputusan dalam perencanaan tahun berikutnya. Dari hasil pengukuran dan evaluasi terhadap capaian Indikator Kinerja Utama (IKU) yang ditetapkan pada Rencana Strategi 2021-2026 dikategorikan SANGAT MEMUASKAN.

### A. KESIMPULAN

#### Capaian Realisasi Tahun 2023

No	Kinerja Utama	% Capaian	Penanggung Jawab	Kategori
1	Meningkatnya Mutu Pelayanan RS Jiwa Sambang Lihum	98,31%	Direktur	Sangat Memuaskan
2	Meningkatkan Capaian Bidang Pelayanan dan Penunjang Medik	88.46%	Wakil Direktur Pelayanan dan Penunjang Medik	Memuaskan
3	Meningkatnya Mutu Administrasi, Keuangan dan Akuntabilitas Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum	100,12%	Wakil Direktur Administrasi Umum dan Keuangan	Sangat Memuaskan
4	Meningkatnya Mutu Pelayanan Penunjang Non Medik, Hukum dan Litbang	98.75%	Wakil Direktur Penunjang Non Medik, Hukum dan Litbang	Sangat Memuaskan

5	Meningkatnya Kinerja Pelayanan Medik	100%	Kepala Bidang Pelayanan Medik	Sangat Memuaskan
6	Meningkatnya Kinerja Penunjang Medik	100%	Kepala Bidang Penunjang Medis	Sangat Memuaskan
7	Meningkatnya mutu pelayanan keperawatan dan keselamatan pasien	99,99%	Kepala Bidang Keperawatan	Sangat Memuaskan
8	Meningkatnya sumber daya keperawatan	90%		Sangat Memuaskan
9	Meningkatnya kualitas pelayanan penunjang non medik	102,9%	Kepala Bidang Penunjang Non Medis	Sangat Memuaskan
10	Meningkatnya mutu pelayanan hukum dan informasi	100%	Kepala Bidang Hukum dan Informasi	Sangat Memuaskan
11	Meningkatnya kinerja pendidikan, penelitian dan pengembangan	100%	Kepala Bidang Pendidikan, Penelitian dan Pengembangan	Sangat Memuaskan
12	Meningkatnya penyelenggaraan urusan umum dan rumah tangga, pengelolaan ketatausahaan, kepegawaian serta perlengkapan dan aset	90%	Kepala Bagian Umum dan Kepegawaian	Sangat Memuaskan
13	Meningkatnya pengkoordinasian dan pengendalian perencanaan, kegiatan pengembangan organisasi, pembinaan tatalaksana dan evaluasi pelaksanaan kegiatan serta penyusunan laporan akuntabilitas kinerja Rumah Sakit	100%	Kepala Bagian Perencanaan dan Organisasi	Sangat Memuaskan
14	Meningkatkan kinerja bagian keuangan RSJ Sambang Lihum	101,78%	Kepala Bagian Keuangan	Sangat Memuaskan
15	Meningkatnya pelayanan ketatausahaan, kearsipan dan rumah tangga	100%	Kepala Sub Bagian Umum dan Rumah Tangga	Sangat Memuaskan
16	Meningkatnya penyelenggaraan administrasi dan penatalaksanaan perlengkapan dan aset	100%	Kepala Sub Bagian Perlengkapan dan Aset	Sangat Memuaskan
17	Meningkatnya penyelenggaraan pengelolaan kepegawaian	100%	Kepala Sub Bagian Kepegawaian	Sangat Memuaskan
18	Meningkatnya penyusunan perencanaan	100%	Kepala Sub Bagian Perencanaan	Sangat Memuaskan
19	Meningkatnya kegiatan pengembangan organisasi dan pembinaan tatalaksana rumah sakit	100%	Kepala Sub Bagian Organisasi dan Tata Laksana	Sangat Memuaskan
20	Meningkatnya pelaksanaan evaluasi dan pelaporan	100%	Kepala Sub Bagian Evaluasi dan Pelaporan	Sangat Memuaskan
21	Meningkatnya pengelolaan administrasi penerimaan	103,5%	Kepala Sub Bagian Penerimaan dan	Sangat Memuaskan

	pendapatan dan mobilisasi dana		Mobilisasi Dana	
22	Meningkatnya pelaksanaan fungsi perbendaharaan dan pelaksanaan anggaran	100%	Kepala Sub Bagian Perbendaharaan dan Pelaksanaan Anggaran	Sangat Memuaskan
23	Meningkatnya pelaksanaan akuntansi dan pelaporan keuangan	100%	Kepala Sub Bagian Akuntansi dan Pelaporan Keuangan	Sangat Memuaskan
24	Meningkatnya pelaksanaan pemeliharaan sarana dan prasarana non medik	113,17%	Kepala Seksi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Non Medik	Sangat Memuaskan
25	Meningkatnya pengelolaan sumber daya penunjang non medik	102,9%	Kepala Seksi Sumber Daya Penunjang Non Medik	Sangat Memuaskan
26	Meningkatnya pengelolaan hukum dan kerja sama	100%	Kepala Seksi Hukum dan Kerjasama	Sangat Memuaskan
27	Meningkatnya Kinerja Pelayanan Humas dan Informasi	100%	Kepala Seksi Humas dan Informasi	Sangat Memuaskan
28	Meningkatnya pelaksanaan pendidikan dan pelatihan	116,7%	Kepala Seksi Pendidikan dan Pelatihan	Sangat Memuaskan
29	Meningkatnya pelaksanaan penelitian dan pengembangan	106,3%	Kepala Seksi Penelitian dan Pengembangan	Sangat Memuaskan
30	Meningkatnya pelaksanaan mutu pelayanan medik	99,95%	Kepala Seksi Mutu Pelayanan Medik	Sangat Memuaskan
31	Meningkatnya ketersediaan dan pemanfaatan sarana dan alat medik serta peningkatan dan pengembangan kompetensi dan kapasitas tenaga medik	100%	Kepala Seksi Sumber Daya Medik	Sangat Memuaskan
32	Meningkatnya mutu pelayanan keperawatan	99,98%	Kepala Seksi Mutu Pelayanan Keperawatan	Sangat Memuaskan
33	Meningkatnya pendayagunaan tenaga keperawatan	99,78%	Kepala Seksi Sumber Daya Keperawatan	Sangat Memuaskan
34	Terpenuhinya sarana dan prasarana keperawatan sesuai kebutuhan	100%		Sangat Memuaskan
35	Meningkatnya Mutu pelayanan Penunjang diagnostik dan terapi	100%	Kepala Seksi Sumber Daya, Penunjang Diagnostik dan Terapi	Sangat Memuaskan
36	Meningkatnya sumber daya penunjang diagnostik dan terapi	100%		Sangat Memuaskan
37	Meningkatnya pengelolaan perbekalan dan pemeliharaan alat medis dan kesehatan	100%	Kepala Seksi Perbekalan dan Pemeliharaan Alat Medis Dan Kesehatan	Sangat Memuaskan
<b>TOTAL</b>		<b>100,34%</b>	<b>RSJ Sambang Lihum</b>	<b>Sangat Memuaskan</b>

Mengacu pada sasaran strategis yang ditetapkan oleh Rencana Strategis 2021-2026 yang diturunkan kedalam 37 Indikator Kinerja Utama

(IKU). Ada 36 indikator telah berhasil dicapai dengan capaian Sangat Memuaskan dan 1 indikator dengan kategori memuaskan.

Capaian realisasi kinerja dengan kategori sangat memuaskan diharapkan bisa terus mempertahankan kinerjanya dan dapat mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2024.

Rata-rata pencapaian target kinerja pada tahun 2023 adalah sebesar **100,34%** dari target yang telah ditetapkan berarti pencapaian target kinerja dengan kategori **Sangat Memuaskan**.

Anggaran Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum tahun 2023 yang berasal dari APBD Provinsi Kalimantan Selatan adalah :

Anggaran	Jumlah Anggaran	Realisasi Anggaran	Sisa Pagu Anggaran
<b>Belanja Pegawai</b>	Rp. 49,902,141,282,-	Rp. 44.179.725.662,-	Rp. 5.722.415.620,-
<b>Belanja Barang Jasa</b>	Rp. 11,995,698,200,-	Rp. 11.154.525.396,-	Rp. 841.172.804,-
<b>Belanja Modal</b>	Rp. 2,440,000,000,-	Rp. 2.265.391.238,-	Rp. 174.608.762,-
<b>Total</b>	Rp. 64,337,839,482,-	Rp. 57.599.642.296,-	Rp. 6.738.197.186,-

Anggaran Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum tahun 2023 yang berasal dari BLUD pendapatan Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Provinsi Kalimantan Selatan adalah :

Anggaran	Jumlah Anggaran	Realisasi Anggaran	Sisa Pagu Anggaran
<b>Belanja Pegawai</b>	Rp. 4,070,486,486,-	Rp. 3.081.887.000,-	Rp. 988.599.486,-
<b>Belanja Barang jasa</b>	Rp. 26,494,325,896,-	Rp. 24.946.251.258,-	Rp. 1.548.074.638,-
<b>Belanja Modal</b>	Rp. 3,850,260,000,-	Rp. 1.006.771.250,-	Rp. 2.843.488.750,-
<b>Total</b>	Rp. 34,415,072,382,-	Rp. 29.034.909.508,-	Rp. 5.380.162.874,-

Hasil capaian tahun 2023 ini merupakan hasil kerja keras dan komitmen bersama semua pihak yang ada di Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum selama tahun 2023. Namun demikian Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum tidak lantas berpuas diri dan perlu bekerja lebih keras lagi agar dapat mempertahankan capaian yang sudah didapatkan. Untuk pejabat yang belum mendapatkan kategori sangat memuaskan diharapkan menganalisa

masalah yang dialami lebih dalam dan dapat mengambil keputusan yang bijak untuk meningkatkan capaian kinerja

## **B. STRATEGI PENINGKATAN KINERJA**

Untuk mengoptimalkan pelaksanaan tugas pokok dan fungsi serta meningkatkan kinerja Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum kedepan, upaya-upaya yang akan dilakukan antara lain sebagai berikut :

1. Melakukan Koordinasi dengan kabupaten/kota dalam penanganan pasien yang sudah boleh pulang tapi belum dijemput oleh keluarga atau pihak yang bertanggung jawab.
2. Meningkatkan promosi pelayanan Rumah Sakit
3. Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap capaian kinerja masing masing bidang dan bagian.
4. Meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan jiwa
5. Meningkatkan ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan jiwa
6. Meningkatkan aksesibilitas pelayanan kesehatan jiwa
7. Meningkatkan kualitas program rehabilitasi
8. Meningkatkan kemitraan dengan lembaga rehabilitasi lainnya
9. Meningkatkan partisipasi keluarga pasien
10. Melakukan sosialisasi dan edukasi tentang kesehatan jiwa
11. Membangun jejaring kerja dengan masyarakat
12. Mendorong partisipasi masyarakat dalam pelayanan kesehatan jiwa
13. Meningkatkan efisiensi dan efektivitas penggunaan sumber daya
14. Meningkatkan transparansi dan akuntabilitas pengelolaan rumah sakit jiwa
15. Meningkatkan tata kelola rumah sakit jiwa

Sebagai akhir kata, kiranya Laporan Kinerja (LKj) Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum tahun 2023 ini dapat digunakan sebagai bahan evaluasi yang objektif bagi pihak-pihak yang berkepentingan (*stakeholders*) dalam menilai kinerja Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum serta memberikan masukan bagi peningkatan dan penguatan peran Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum di daerah untuk memenuhi tujuan rumah sakit, yaitu Meningkatkan pelayanan Kesehatan khususnya pelayanan Kesehatan jiwa

secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan peningkatan Kesehatan lainnya dan pencegahan gangguan kejiwaan serta pelaksanaan upaya rujukan.

Banjar, Januari 2024

Direktur

Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum



**Dr.dr. Anna Martiana Afida, Sp.PK. MPH**  
**NIP. 19690312 200003 2 001**



**PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN SELATAN  
RUMAH SAKIT JIWA SAMBANG LIHUM**

**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023**

Dalam rangka mewujudkan manajemen pemerintahan yang efektif, transparan dan akuntabel serta berorientasi pada hasil, kami yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Dr. dr. ANNA MARTIANA AFIDA, Sp.PK, M.P.H  
Jabatan : DIREKTUR RUMAH SAKIT JIWA SAMBANG LIHUM

Selanjutnya disebut PIHAK PERTAMA

Nama : SAHBIRIN NOOR  
Jabatan : GUBERNUR KALIMANTAN SELATAN

Selaku atasan PIHAK PERTAMA, selanjutnya disebut PIHAK KEDUA.

PIHAK PERTAMA berjanji akan mewujudkan target kinerja tahunan sesuai lampiran perjanjian ini dalam rangka mencapai target kinerja jangka menengah seperti yang telah ditetapkan dalam dokumen perencanaan. Keberhasilan dan kegagalan pencapaian target kinerja tersebut menjadi tanggung jawab PIHAK PERTAMA.

PIHAK KEDUA akan memberikan supervisi yang diperlukan serta akan melakukan evaluasi akuntabilitas kinerja terhadap capaian kinerja dari perjanjian ini dan mengambil tindakan yang diperlukan dalam rangka pemberian penghargaan dan sanksi.

Banjarbaru, 09 Januari 2023

PIHAK KEDUA,

SAHBIRIN NOOR

PIHAK PERTAMA,

Dr. dr. ANNA MARTIANA AFIDA, Sp.PK, M.P.H  
NIP. 19690312 200003 2 001

**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023**  
**RUMAH SAKIT JIWA SAMBANG LIHUM**

NO	KINERJA UTAMA	INDIKATOR KINERJA	TARGET
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Meningkatnya Mutu Pelayanan RSJ Sambang Lihum	Jumlah Inovasi Pelayanan Publik yang Diterapkan	1 Inovasi
		Nilai survey kepuasan masyarakat	95 Poin
		Persentase pasien berhasil mandiri	100%
		Tingkat akreditasi RS	PARIPURNA 80 – 100

PROGRAM / KEGIATAN / SUB KEGIATAN		PAGU	
<b>1</b>	<b>PROGRAM PENUNJANG URUSAN PEMERINTAH DAERAH PROVINSI</b>	<b>Rp.</b>	<b>74.759.805.190</b>
1	<b>Perencanaan, Penganggaran, dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah</b>	Rp.	9.033.000
1	Penyusunan Dokumen Perencanaan Perangkat Daerah	Rp.	2.826.000
2	Koordinasi dan Penyusunan Dokumen RKA-SKPD	Rp.	1.368.000
3	Koordinasi dan Penyusunan Dokumen Perubahan RKA-SKPD	Rp.	1.017.000
4	Koordinasi dan Penyusunan Laporan Capaian Kinerja dan Ikhtisar Realisasi Kinerja SKPD	Rp.	2.196.000
5	Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah	Rp.	1.626.000
<b>2</b>	<b>Administrasi Keuangan Perangkat Daerah</b>	<b>Rp.</b>	<b>46.256.372.190</b>
1	Penyediaan Gaji dan Tunjangan ASN	Rp.	46.205.972.190
2	Penyediaan Administrasi Pelaksanaan Tugas ASN	Rp.	50.400.000
<b>3</b>	<b>Penyediaan Jasa Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah</b>	<b>Rp.</b>	<b>3.494.400.000</b>
1	Penyediaan Jasa Pelayanan Umum Kantor	Rp.	3.494.400.000
<b>4</b>	<b>Peningkatan Pelayanan BLUD</b>	<b>Rp.</b>	<b>25.000.000.000</b>
1	Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	Rp.	25.000.000.000
<b>2</b>	<b>PROGRAM PEMENUHAN UPAYA KESEHATAN PERORANGAN DAN UPAYA KESEHATAN MASYARAKAT</b>	<b>Rp.</b>	<b>5.529.064.200</b>
1	<b>Penyediaan Fasilitas Pelayanan, Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi</b>	<b>Rp.</b>	<b>3.222.267.200</b>
1	Pengembangan Rumah Sakit	Rp.	2.440.000.000

	2	Pengadaan Obat, Vaksin, Makanan dan Minuman serta Fasilitas Kesehatan Lainnya	Rp.	782.267.200
	2	<b>Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi</b>	Rp.	<b>2.058.885.000</b>
	1	Pengelolaan Jaminan Kesehatan Masyarakat	Rp.	2.058.885.000
	3	<b>Penerbitan Izin Rumah Sakit Kelas B dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Daerah Provinsi</b>	Rp.	<b>247.912.000</b>
	1	Peningkatan Mutu Pelayanan Fasilitas Kesehatan	Rp.	247.912.000
<b>3</b>		<b>PROGRAM PENINGKATAN KAPASITAS SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN</b>	Rp.	<b>5.403.201.000</b>
	1	<b>Perencanaan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan untuk UKM dan UKP Provinsi</b>	Rp.	<b>5.155.620.000</b>
	1	Pemenuhan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan	Rp.	5.155.620.000
	2	<b>Pengembangan Mutu dan Peningkatan Kompetensi Teknis Sumber Daya Manusia Kesehatan Tingkat Daerah Provinsi</b>	Rp.	<b>247.581.000</b>
	1	Peningkatan Kompetensi dan Kualifikasi Sumber Daya Manusia Kesehatan	Rp.	247.581.000
		<b>TOTAL ANGGARAN</b>	<b>Rp</b>	<b>85.692.070.390</b>

Banjarbaru, 09 Januari 2023

PIHAK KEDUA,

SAHBIRIN NOOR

PIHAK PERTAMA,

Dr. dr. ANNA MARTIANA AFIDA, Sp.PK, M.P.H  
NIP. 19690312 200003 2 001

### Critical Success Factors (CSF) Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum

FAKTOR PENYEBAB	KONDISI YANG DIPERLUKAN
Adanya penderita gangguan jiwa dimasyarakat yang perlu pengobatan dan perawatan	Meningkatnya Pelayanan Kesehatan jiwa yang berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien
Adanya penyalahguna NAPZA di masyarakat yang perlu di rehabilitasi	Meningkatnya Pelayanan rehabilitasi NAPZA yang Profesional

**Meningkatnya Mutu Pelayanan Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum**

Meningkatnya Capaian Bidang Pelayanan dan Penunjang Medik

Meningkatnya Mutu Administrasi keuangan dan Akuntabilitas Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum

Meningkatnya Mutu Pelayanan Penunjang Non Medik, Hukum dan Litbang

CSF	KONDISI YANG DIPERLUKAN
Meningkatnya Capaian Bidang Pelayanan dan Penunjang Medik	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peningkatan mutu dan keselamatan pasien</li> <li>• Penyediaan dan peningkatan layanan unggulan dan layanan non khususan</li> <li>• Terpenuhinya sarana prasarana pelayanan dan penunjang medik</li> <li>• Terpenuhinya pemeliharaan sarana prasarana pelayanan dan penunjang medik</li> </ul>
Meningkatnya Mutu Administrasi keuangan dan Akuntabilitas Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinerja keuangan dan penganggaran yang efisien dan akuntabel</li> <li>• Administrasi pelaksanaan kegiatan dan Perencanaan yang sistematis</li> <li>• Peningkatan Pengawasan, pengendalian, evaluasi dan Pelaporan</li> <li>• Rekrutmen SDM sesuai standar dan kompetensi yang dibutuhkan</li> </ul>
Meningkatnya Mutu Pelayanan Penunjang Non Medik, Hukum dan Litbang	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pendidikan dan pelatihan SDM</li> <li>• Promosi pelayanan kesehatan RS</li> <li>• Pengadaan dan pemeliharaan sarana prasarana dan penunjang pelayanan non Medik RS</li> <li>• Pengembangan dan inovasi pelayanan</li> <li>• SIM RS (Billing system berbasis teknologi informasi) yang optimal</li> <li>• Survei Kepuasan masyarakat terhadap pelayanan</li> </ul>

**Meningkatnya Mutu Pelayanan Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum**

**Meningkatnya Capaian Bidang Pelayanan dan Penunjang Medik**

Meningkatnya cakupan, jenis, dan kualitas pelayanan RSJ Sambang Lihum

Meningkatnya mutu dan keselamatan pasien (Akreditasi Rumah Sakit Paripurna)

Meningkatnya Pengadaan dan pemeliharaan sarana prasarana dan penunjang pelayanan Medik RSJ Sambang Lihum

**Meningkatnya Mutu Administrasi keuangan dan Akuntabilitas Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum**

Meningkatnya perencanaan program, kegiatan dan anggaran secara terpadu

Meningkatnya monitoring dan evaluasi pelaksanaan program dan kegiatan

Meningkatnya kinerja keuangan yang efisien dan akuntabel

Meningkatnya pengadaan SDM sesuai standar dan kompetensi yang di butuhkan RSJ Sambang Lihum

**Meningkatnya Mutu Pelayanan Penunjang Non Medik, Hukum dan Litbang**

Meningkatnya kepuasan masyarakat terhadap pelayanan RS

Meningkatnya promosi dan sosialisasi kepada seluruh lapisan masyarakat termasuk instansi pemerintah dan swasta tentang pelayanan-pelayanan yang dapat diselenggarakan di RSJ Sambang Lihum

Meningkatnya Pengembangan dan kompetensi SDM tenaga medis maupun non medis sesuai kebutuhan perkembangan RSJ Sambang Lihum

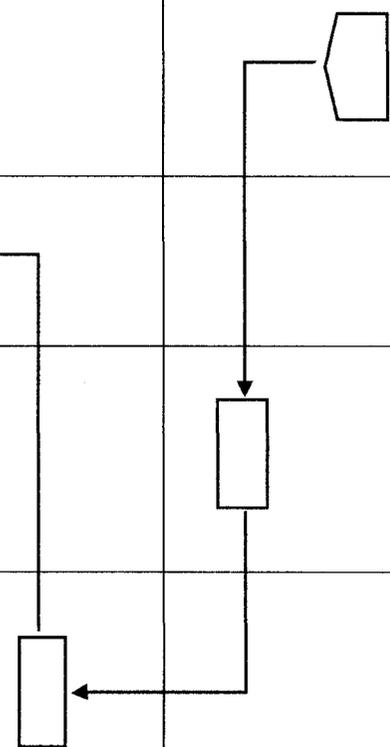
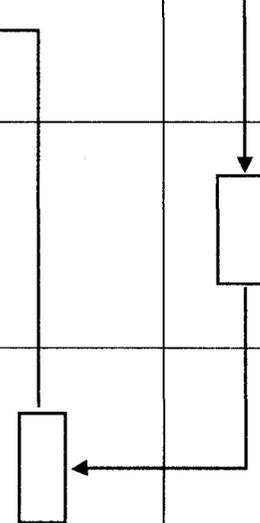
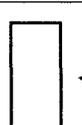
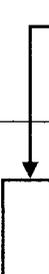
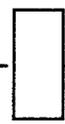
Meningkatnya motivasi seluruh karyawan untuk melakukan inovasi guna meningkatkan kinerja dan mutu pelayanan



**PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN SELATAN**  
**RUMAH SAKIT JIWA SAMBANG LIHUM**

Nomor SOP	0008.3.3/001/RSJ-SAMLIH/2023
Tanggal Pembuatan	Juni 2022
Tanggal Revisi	8 Juli 2023
Tanggal Efektif	8 Juli 2023
Disahkan Oleh	Direktur  Dr. dr. Anna Matiana Afida, Sp.PK, MPH Ranibina Tingkat I NIP. 19690312 200003 2 001
Nama SOP	Pengumpulan Data Kinerja
Dasar Hukum :	Kualifikasi Pelaksana :
1. Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah	1. Mampu mengidentifikasi dan Analisa terkait pelaksanaan kegiatan
2. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 tentang petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Review atas Laporan Kinerja	2. Memahami aturan dan ketentuan yang berlaku
3. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 18 Tahun 2020 tentang Peraturan Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 13 Tahun 2019 tentang Laporan dan Evaluasi Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah	3. Menguasai penggunaan computer dan jaringan internet
4. Peraturan gubernur Kalimantan Selatan Nomor 106 Tahun 2017 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan Indikator Kinerja Utama, Pengukuran dan Pelaporan Kinerja Provinsi Kalimantan Selatan	4. Memiliki tingkat ketelitian yang baik
5. Peraturan Gubernur Kalimantan Selatan nomor 023 Tahun 2022 tentang Pedoman Penyusunan Standar Operasional prosedur Administrasi Pemerintahan di Lingkungan Pemerintah Provinsi Kalimantan Selatan	5. Mampu berkomunikasi dengan baik dan tepat waktu
Keterkaitan	Peralatan / Kelengkapan :
1. SOP Pengelolaan Surat Masuk	1. Komputer
2. SOP Pengelolaan Surat Keluar	2. ATK
	3. E-Sakip
	4. Renstra, Renja, RKA, DPA, IKU, PK
Peringatan :	Pencatatan Dan Pendataan :
Jika SOP tidak dilaksanakan maka penyusunan LAKIP tidak maksimal dan tidak tercapainya kinerja sesuai target yang ditetapkan.	Database Sub Bagian Evaluasi dan Pelaporan berupa Hardcopy dan softcopy

No	Kegiatan	Pelaksana					Kelengkapan	Waktu	Output	Ket.
		Direktur	Kabag Perencanaan dan organisasi	Pelabat Eselon III dan IV	Kasubag Evaluasi dan Pelaporan	Pengelola Data				
1	Memberikan Perintah untuk mengumpulkan data kinerja						Lembar disposisi	30 menit	Disposisi	
2	Memberikan disposisi dan arahan untuk melakukan pengumpulan data kinerja, memerintahkan KSB EP untuk mempersiapkan kegiatan pengumpulan dan form data kinerja						Disposisi	45 menit	Disposisi	
3	Membuat konsep form data kinerja serta memerintahkan pengelola data kinerja untuk mengolah data melengkapi dokumen form data kinerja						Disposisi	1 jam	Konsep Form data kinerja	
4	Memperiapkan dan mengolah dokumen form isian data kinerja untuk masing masing bidang dan bagian						Konsep Surat Edaran dan Form data kinerja	1 jam	Draf SE dan Form data kinerja	
5	Memeriksa konsep dokumen form data kinerja untuk disampaikan ke Kabag perencanaan dan organisasi						Draf Konsep Surat Edaran dan Form data kinerja	30 menit	Draf SE dan Form data kinerja	
6	Memeriksa konsep dokumen form data kinerja serta memerintahkan KSB EP untuk mendistribusikan dokumen tersebut						Draf Konsep Surat Edaran dan Form data kinerja	30 menit	Draf SE dan Form data kinerja	

No	Kegiatan	Pelaksana					Kelengkapan	Mutu Baku Waktu	Output	Ket.
		Direktur	Kabag Perencanaan dan organisasi	Pejabat Eselon III dan IV	Kasubag Evaluasi dan Pelaporan	Pengelola Data				
7	Menerima dan mempelajari perintah serta menyampaikan kepada pengelola data kinerja		YA 				Dokumen Surat Edaran dan Form data kinerja	15 menit	Dokumen SE dan Form data kinerja	
8	Menerima dan mendistribusikan form data kinerja ke pejabat Eselon III dan IV						Dokumen Surat Edaran dan Form data kinerja	1 jam	Dokumen SE dan Form data kinerja	
9	Menerima, mempelajari dan mengisi form data kinerja serta menyampaikan dokumen dimaksud ke KSB PE						Dokumen Surat Edaran dan Form data kinerja	1 jam	Dokumen form data kinerja yang telah diisi	
10	Menerima dan memverifikasi form data kinerja dari Eselon III dan IV serta menyampaikan dokumen dimaksud ke pengelola data kinerja						Dokumen Form data kinerja yang telah diisi	1 jam	Dokumen form data kinerja yang telah diisi telah diverifikasi	
11	Menginventarisasi data kinerja dari Eselon III dan IV sesuai dengan waktu yang telah ditentukan						Dokumen Form data kinerja yang telah diisi	1 jam	Dokumen form data kinerja terinventarisasi	
12	Entry data kinerja ke aplikasi e-Sakip dan pengarsipan							2 jam	Data kinerja telah diinput ke e-Sakip dan diarsipkan	