

LAPORAN KINERJA TAHUN 2025



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

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
RINGKASAN EKSEKUTIF	ii
DAFTAR ISI	vii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Dasar Hukum Pembentukan Dan Tugas Pokok	2
C. Struktur Organisasi	3
D. Isu Strategis RS Jiwa Sambang Lihum	6
E. Sistematika Penyajian	7
BAB II PERENCANAAN KINERJA	8
A. Rencana Strategis 2025-2029	8
1. Identifikasi Permasalahan Berdasarkan Tugas Dan Fungsi Pelayanan Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum	9
2. Telaahan Visi, Misi dan Program Kepala Daerah Dan Wakil Kepala Daerah	11
3. Telaahan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan	12
4. Telaahan Rencana Tata Ruang Wilayah dan Kajian Lingkungan Hidup	15
5. Penentuan Isu-Isu Strategis	16
B. Perjanjian Kinerja Tahun 2025	17
BAB III AKUNTABILITAS KINERJA	33
A. Akuntabilitas Kinerja Organisasi	33
A.1. Capaian Kinerja Organisasi	33
1. Sasaran RPJM	34
2. Direktur	35
3. Wakil Direktur Administrasi dan Keuangan ..	48
1) Kepala Bagian Umum dan Kepegawaian	53
a. Kepala Sub Bagian Umum dan Rumah Tangga	56
b. Kepala Sub Bagian Perlengkapan dan Aset	60
c. Kepala Sub Bagian Kepegawaian	63
2) Kepala Bagian Perencanaan dan Organisasi	66
a. Kepala Sub Bagian Perencanaan	69
b. Kepala Sub Bagian Organisasi dan	

Tatalaksana	72
c. Kepala Sub Bagian Evaluasi dan Pelaporan	74
3) Kepala Bagian Keuangan	76
a. Kepala Sub Bagian Penerimaan dan Mobilisasi Dana	79
b. Kepala Sub Bagian Perbendaharaan dan Pelaksanaan Anggaran	81
c. Kepala Sub Bagian Akuntansi dan Pelaporan Keuangan	84
4. Wakil Direktur Penunjang Non Medik, Hukum Dan Litbang	86
1) Kepala Bidang Penunjang Non Medik	90
a. Kepala Seksi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Non Medik	93
b. Kepala Seksi Sumber Daya Penunjang Non Medik	96
2) Kepala Bidang Hukum dan Informasi	99
a. Kepala Seksi Hukum dan Kerjasama .	102
b. Kepala Seksi Humas dan Informasi ...	104
3) Kepala Bidang Pendidikan, Penelitian, Dan Pengembangan	107
a. Kepala Seksi Pendidikan dan Pelatihan	110
b. Kepala Seksi Penelitian dan Pengembangan	113
5. Wakil Direktur Pelayanan dan Penunjang Medik	115
1) Kepala Bidang Pelayanan Medik	119
a. Kepala Seksi Mutu Pelayanan Medik .	122
b. Kepala Seksi Sumber Daya Medik	124
2) Kepala Bidang Keperawatan	127
a. Kepala Seksi Mutu Pelayanan Keperawatan	130
b. Kepala Seksi Sumber Daya Keperawatan	133
3) Kepala Bidang Penunjang Medik	136
a. Kepala Seksi Perbekalan dan Pemeliharaan Alat Medis dan Kesehatan	139
b. Kepala Seksi Sumber Daya Penunjang Diagnostik dan Terapi	141
A.2. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya	144
B. Akuntabilitas Keuangan	145

BAB IV	PENUTUP	150
	A. KESIMPULAN	150
	B. STRATEGI PENINGKATAN KINERJA	154

LAMPIRAN

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 2025 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 2025. 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.

Banjar, 07 Januari 2026

Direktur

Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum


dr. Yuddy Riswandhy Noora, M.Kes

NIP. 19770322 200604 1011

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 2025 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 2025. 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.

Banjar, 07 Januari 2026
Direktur
Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum

dr. Yuddy Riswandhy Noora, M.Kes
NIP. 19770322 200604 1011

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 2025 merupakan Laporan Kinerja dari periode Renstra RS. Jiwa Sambang Lihum tahun 2025-2029 yang mengacu pada RPJMD Provinsi Kalimantan Selatan tahun 2025-2029, sehingga di dalam laporan kinerja ini menyajikan capaian kinerja sasaran strategi tahun 2025 yang merupakan periode peralihan dari renstra dan RPJMD sebelumnya dengan membandingkan kinerjanya tahun tahun sebelumnya.

Dalam rangka memberikan kesimpulan pengukuran kinerjanya, Provinsi Kalimantan Selatan menetapkan kategorisasi pencapaian kinerja sesuai Peraturan Menteri Pemberdayaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi RI Nomor 22 Tahun 2024 tentang pedoman Evaluasi atas Implementasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah berdasarkan capaian rata-rata atas indikator kinerja menjadi 5 (lima) kategori Dan Peraturan Gubernur Kalimantan Selatan Nomor 0106 tahun 2017 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan Indikator Kinerja Utama, Pengukuran kinerja dan Pelaporan kinerja di Provinsi Kalimantan Selatan.

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 2025. Pengukuran keberhasilan sasaran strategis lebih dititik beratkan pada indikator *outcome*.

Berdasarkan 46 sasaran indikator kinerja keberhasilan yang ada didalam Indikator Kinerja Utama (IKU) capaian kinerja rata-rata sasaran strategis tersebut pada tahun 2025 adalah sebesar **99,29%** termasuk dalam kategori **Baik**, dengan rincian sebagai berikut pada tabel Capaian Kinerja Sasaran Strategis Tahun 2025.

Tabel : Capaian Kinerja Tahun 2025

No	Kinerja Utama	% Capaian	Penanggung Jawab	Kategori
1	Meningkatnya Tata Kelola dan Mutu Pelayanan Kesehatan	101,22%	Direktur	Istimewa
2	Meningkatnya Kualitas Tata Kelola Pemerintahan Perangkat Daerah	98,03%	Direktur	Baik
3	Meningkatnya Tata Kelola dan Mutu Pelayanan Medik, Penunjang Medik dan Keperawatan	63,30%	Wakil Direktur Pelayanan dan Penunjang Medik	Butuh Perbaikan
4	Meningkatnya Tata Kelola dan Mutu Pelayanan Penunjang Non Medik, Hukum dan Litbang	100,00%	Wakil Direktur Penunjang Non Medik, Hukum dan Litbang	Baik
5	Meningkatnya Kelancaran Pelaksanaan Tugas dan Fungsi Perangkat Daerah serta Layanan UPT dan BLUD	101,38%	Wakil Direktur Administrasi Umum dan Keuangan	Istimewa
6	Meningkatnya Kualitas dan Ketepatan Waktu Perencanaan, Penganggaran, dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah	100%	Kepala Bagian Perencanaan dan Organisasi	Baik
7	Meningkatnya Tata Kelola Perencanaan dan Organisasi	100%	Kepala Bagian Perencanaan dan Organisasi	Baik
8	Meningkatnya Kualitas dan Ketepatan Waktu Pelaksanaan Administrasi Keuangan	100%	Kepala Bagian Keuangan	Baik
9	Meningkatnya Kualitas Pelayanan BLUD	100%	Kepala Bagian Keuangan	Baik
10	Meningkatnya Tata Kelola Keuangan	108,77%	Kepala Bagian Keuangan	Istimewa
11	Meningkatnya Penyelenggaraan Urusan Umum dan Rumah Tangga, Pengelolaan Ketatausahaan, Kepegawaian serta Perlengkapan dan Aset	100%	Kepala Bagian Umum dan Kepegawaian	Baik
12	Meningkatnya Kualitas Layanan Penyediaan Jasa Penunjang Perangkat Daerah	100%	Kepala Bagian Umum dan Kepegawaian	Baik
13	Meningkatnya Tata Kelola Umum dan Kepegawaian	94,64%	Kepala Bagian Umum dan Kepegawaian	Baik
14	Meningkatnya Kualitas Pelayanan Penunjang Non Medik	100%	Kepala Bidang Penunjang Non Medik	Baik
15	Meningkatkan Akses dan Kualitas layanan Kesehatan	100%	Kepala Bidang Penunjang Non Medik	Baik
16	Meningkatnya Mutu Pelayanan Hukum dan Informasi	100%	Kepala Bidang Hukum dan Informasi	Baik
17	Meningkatnya Keuliatas Sistem Informasi Kesehatan yang Terintegrasi	100%	Kepala Bidang Hukum dan Informasi	Baik
18	Meningkatnya Kualitas Pelayanan Pendidikan, Penelitian dan Pengembangan	100%	Kepala Bidang Pendidikan, Penelitian dan Pengembangan	Baik
19	Meningkatnya Kompetensi Tenaga Kesehatan sesuai standar	100%	Kepala Bidang Pendidikan, Penelitian dan Pengembangan	Baik
20	Meningkatnya Kualitas Pelayanan Medik	100%	Kepala Bidang Pelayanan Medik	Baik

21	Meningkatnya Akses dan Kualitas Layanan Kesehatan	100%	Kepala Bidang Pelayanan Medik	Baik
22	Meningkatnya Kualitas Pelayanan Keperawatan	100%	Kepala Bidang Keperawatan	Baik
23	Meningkatnya Kualitas Pelayanan Kesehatan yang didukung Pembiayaan Efektif, Sistem Rujukan Terintegrasi dan Standar Pelayanan yang Berkualitas	100%	Kepala Bidang Keperawatan	Baik
24	Meningkatnya Akses dan Kualitas Sediaan Farmasi di Fasilitas Kesehatan sesuai Standar serta Pengendalian	100%	Kepala Bidang Penunjang Medik	Baik
25	Meningkatnya Kualitas Pelayanan Penunjang Medik	100%	Kepala Bidang Penunjang Medik	Baik
26	Meningkatnya Tata Kelola Umum dan Rumah Tangga	100%	Kepala Sub Bagian Umum dan Rumah Tangga	Baik
27	Meningkatnya Tata Kelola Aset dan Perlengkapan	100%	Kepala Sub Bagian Perlengkapan dan Aset	Baik
28	Meningkatnya Tata Kelola Kepegawaian	100%	Kepala Sub Bagian Kepegawaian	Baik
29	Meningkatnya Tata Kelola Perencanaan	100%	Kepala Sub Bagian Perencanaan	Baik
30	Meningkatnya Kualitas Organisasi dan Tatalaksana	99,96%	Kepala Sub Bagian Organisasi dan Tatalaksana	Baik
31	Meningkatnya Tata Kelola Evaluasi dan Pelaporan	100%	Kepala Sub Bagian Evaluasi dan Pelaporan	Baik
32	Meningkatnya Tata Kelola Penerimaan dan Mobilisasi Dana	100%	Kepala Sub Bagian Penerimaan dan Mobilisasi Dana	Baik
33	Meningkatnya Tata Kelola Perbendaharaan dan Pelaksanaan Anggaran	100%	Kepala Sub Bagian Perbendaharaan dan Pelaksanaan Anggaran	Baik
34	Meningkatnya Tata Kelola Akuntansi dan Pelaporan Keuangan	100%	Kepala Sub Bagian Akuntansi dan Pelaporan Keuangan	Baik
35	Meningkatnya Mutu Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Non Medik	100%	Kepala Seksi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Non Medik	Baik
36	Meningkatnya Tata Kelola Sumber Daya Penunjang Non Medik	100%	Kepala Seksi Sumber Daya Penunjang Non Medik	Baik
37	Meningkatnya Mutu Pelayanan Humas dan Informasi	100%	Kepala Seksi Humas dan Informasi	Baik
38	Meningkatnya Tata Kelola Hukum dan Kerja sama	100%	Kepala Seksi Hukum dan Kerjasama	Baik
39	Meningkatnya Mutu Pelayanan Pendidikan dan Pelatihan	100%	Kepala Seksi Pendidikan dan Pelatihan	Baik
40	Meningkatnya Tata Kelola Penelitian dan Pengembangan	100%	Kepala Seksi Penelitian dan Pengembangan	Baik
41	Meningkatnya Mutu Pelayanan Medik	100%	Kepala Seksi Mutu Pelayanan Medik	Baik
42	Meningkatnya Tata Kelola Sumber Daya Medik	100%	Kepala Seksi Sumber Daya Medik	Baik
43	Meningkatnya Mutu Pelayanan Keperawatan	100%	Kepala Seksi Mutu Pelayanan Keperawatan	Baik
44	Meningkatnya Tata Kelola Sumber Daya Keperawatan	100%	Kepala Seksi Sumber Daya Keperawatan	Baik
45	Meningkatnya Tata Kelola Perbekalan dan Pemeliharaan Alat Medis dan Kesehatan	100%	Kepala Seksi Perbekalan dan Pemeliharaan Alat Medis dan Kesehatan	Baik

46	Meningkatnya Mutu Pelayanan dan Sumber Daya Penunjang Diagnostik dan Terapi	100%	Kepala Seksi Sumber Daya Penunjang Diagnostik dan Terapi	Baik
TOTAL		99,29%	RSJ Sambang Lihum	Baik

Mengacu pada sasaran strategis yang ditetapkan oleh Rencana Strategis 2025-2029 yang diturunkan kedalam 46 Indikator Kinerja Utama (IKU). Terdapat 3 indikator dengan capaian Istimewa, 42 indikator telah berhasil dicapai dengan capaian **Baik**, dan 1 indikator dengan kategori **Butuh Perbaikan**.

B. CAPAIAN KINERJA KEUANGAN

Total anggaran Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Tahun 2025 Rp.128.340.717.264,00 yang berasal dari APBD dan BLUD dengan rincian sebagai berikut :

1. Anggaran dan Realisasi APBD 2025

Anggaran Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum tahun 2025 yang berasal dari APBD Provinsi Kalimantan Selatan **Rp 96.040.895.507,00** dengan rincian sebagai berikut :

Anggaran	Jumlah Anggaran	Realisasi Anggaran	Sisa Pagu Anggaran
Belanja Pegawai	Rp 62.234.523.162,00	Rp 52.935.387.055,00	Rp 9.299.136.107,00
Belanja Barang Jasa	Rp 21.567.482.815,00	Rp 18.077.429.042,00	Rp 3.490.053.773,00
Belanja Modal	Rp 12.238.889.530,00	Rp 11.489.447.221,56	Rp 749.442.308,44
Total	Rp 96.040.895.507,00	Rp 82.502.263.318,56	Rp 13.538.632.188,44

Sisa anggaran tersebut berasal dari Efisiensi anggaran

2. Anggaran dan Realisasi BLUD RSJ Sambang Lihum tahun 2025

Berasal dari proyeksi pendapatan BLUD RSJ Sambang Lihum tahun 2025 Rp.28.000.000.000,- dan anggaran silva tahun (2024) sebelumnya Rp.4.299.821.757,87 total anggaran BLUD **Rp.32.299.821.757,-** dengan rincian sebagai berikut :

Anggaran	Jumlah Anggaran	Realisasi Anggaran	Sisa Pagu Anggaran
Belanja Pegawai	Rp 1.500.000.000,00	Rp 732.400.000,00	Rp 767.600.000,00
Belanja Barang jasa	Rp 28.799.821.757,00	Rp 26.967.931.839,00	Rp 1.831.889.918,00
Belanja Modal	Rp 2.000.000.000,00	Rp 757.791.656,00	Rp 1.242.208.344,00
Total	Rp 32.299.821.757,00	Rp 26.458.123.495,00	Rp 3.841.698.262,00

Target pendapatan BLUD RSJ Sambang Lihum tahun 2025 sebesar Rp 28.000.000.000,00 yang terealisasi Rp 32.291.721.091,46 atau 115,33% dari target.

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 kuantitas, kualitas dan kompetensi Sumber daya manusia.
5. Meningkatkan ketersediaan sarana dan prasarana serta rehabilitasi/pemeliharaan Rumah Sakit.
6. Meningkatkan aksesibilitas pelayanan kesehatan jiwa
7. Meningkatkan partisipasi keluarga pasien
8. Melakukan sosialisasi dan edukasi tentang kesehatan jiwa
9. Membangun jejaring kerja dengan masyarakat, Mendorong partisipasi masyarakat dalam pelayanan kesehatan jiwa.
10. Meningkatkan tata kelola rumah sakit dengan pengelolaan Rumah Sakit yang transparansi dan akuntabel.

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 2025. Rencana Strategis Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum tahun 2025-2029 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 2025 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 spesialistik, 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.

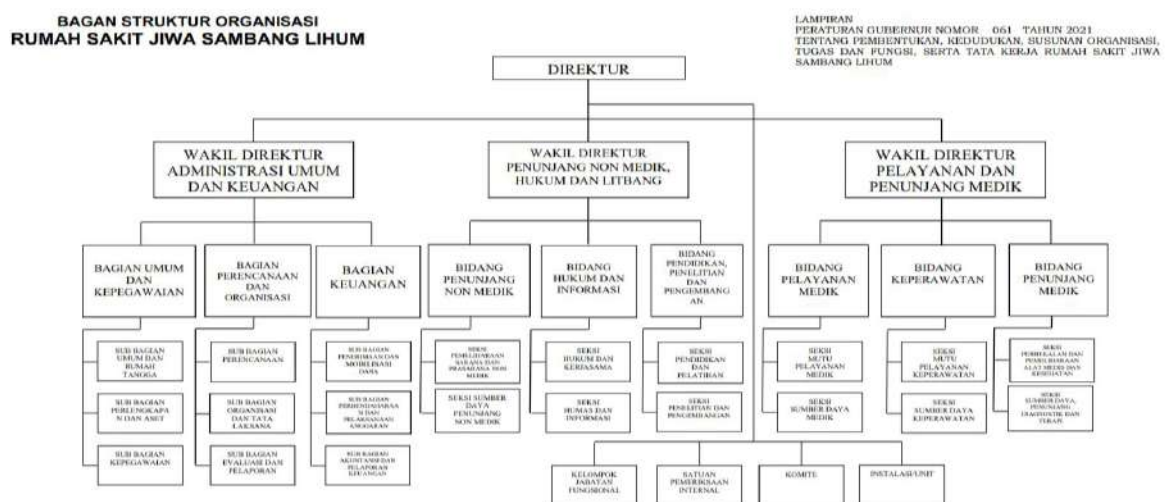
17. Kelompok Jabatan Fungsional

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.



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 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. Optimalisasi pelayanan melalui peningkatan akses, mutu dan keselamatan pasien.
2. Pengembangan penyelenggaraan pelayanan non-kekhususan sesuai dengan kerangka regulasi yang ditetapkan dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 dan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024.
3. Masih banyak pasien yang sudah dinyatakan boleh pulang oleh dokter penanggungjawab tetapi tidak dijemput oleh keluarga, sehingga menjadi beban rumah sakit.
4. Optimalisasi kualitas, kuantitas, dan kompetensi SDM, antara lain belum tersedianya dokter spesialis radiologi, dokter spesialis rehabilitasi medik, dokter spesialis patologi klinik, dokter Spesialis Anestesi, dokter spesialis gigi serta masih kurangnya dokter jiwa Sub spesialis dan spesialis, perawat spesialis jiwa dan tenaga kesehatan penunjang lainnya..
5. Belum memadainya kualitas sarana prasarana gedung perawatan yang ada, sebagian bangunan harus dibangun ulang dan direnovasi.
6. Terbatasnya alokasi anggaran yang disediakan untuk keperluan pemeliharaan dan penguatan sarana prasarana yang ada dan untuk pengadaan alat kesehatan.
7. Belum mandirinya Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) karena masih rendahnya pendapatan yang diperoleh setiap tahun.

8. Masih diperlukan dukungan anggaran melalui APBD Provinsi Kalimantan Selatan terutama untuk pemenuhan kebutuhan obat-obatan, makan minum pasien, peningkatan sarana prasaranan dan pemenuhan kebutuhan peralatan kesehatan.

E. Sistematika Penyajian

Laporan Kinerja Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Tahun 2025 melaporkan pencapaian kinerja selama tahun 2025. Capaian kinerja tahun 2025 diukur dan dinilai berdasarkan Perjanjian Kinerja (PK) 2025 sebagai tolak ukur keberhasilan tahunan organisasi. Perjanjian Kinerja sendiri merupakan penjabaran Renstra Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum 2025–2029. Sistematika Laporan Kinerja Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2025, 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 2025-2029, Rencana Kerja Pemerintah Daerah pada Tahun 2025, dan Penetapan Kinerja Tahun 2025.
- Bab III Adalah akuntabilitas kinerja, menyajikan analisis pencapaian kinerja, keberhasilan dan kegagalan, sebagai pertanggungjawaban pencapaian hasil tahun 2025.
- Bab IV Penutup, menjelaskan kesimpulan hasil meyeluruh dari Laporan Akuntabilitas Kinerja Pemerintah Provinsi Kalimantan Selatan.

BAB II

PERENCANAAN KINERJA

A. Rencana Strategis 2025-2029

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

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang berkualitas perlu didukung oleh sumber daya manusia memenuhi standar kuantitas dan kualitas. Sebagai rumah sakit rujukan, pelayanan di Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum

harus didukung oleh dokter spesialis. Beberapa pelayanan yang diselenggarakan masih belum didukung oleh ketersediaan dokter spesialis seperti pelayanan radiologi, pelayanan laboratorium, pelayanan rehabilitasi medik. Hal ini akan menimbulkan masalah saat mengajukan klaim ke BPJS Kesehatan.

Untuk meningkatkan dan mengembangkan pelayanan, saat ini Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum masih membutuhkan dokter spesialis, Sub Spesialis dan tenaga kesehatan lainnya sebagai berikut :

- a. Dokter Spesialis Jiwa dan Dokter Spesialis Jiwa Sub Spesialis.
- b. Dokter Spesialis Radiologi untuk pelayanan radiologi.
- c. Dokter Spesialis Rehabilitasi Medik untuk pelayanan rehabilitasi medik.
- d. Dokter Spesialis Patologi Klinik untuk pelayanan laboratorium.
- e. Perawat Spesialis Jiwa.
- f. Tenaga kesehatan lain Penunjang pelayanan.

b. Sarana dan Prasarana

Dilihat dari segi kuantitas sarana dan prasarana yang ada saat ini di Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum secara umum perlu ditingkatkan, kondisi fisik prasarana yang masih perlu perhatian. Sebagian bangunan rumah sakit secara konstruksi ada yang sudah tidak layak lagi sehingga perlu untuk dibangun kembali, Sebagian perlu direnovasi untuk menyesuaikan dengan kebutuhan pelayanan.

Selain bangunan gedung, sarana prasarana lain seperti instalasi pengelolaan limbah, jalan lingkungan / Selasar rumah sakit masih memerlukan perbaikan. Untuk menunjang pengembangan sarana prasaran ini, Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum sudah memiliki master plan untuk pengembangan organisasi dan peningkatan pelayanan.

Disamping itu Sering terjadi kerusakan jaringan dan berbagai fasilitas akibat gangguan hewan liar khususnya monyet. Hal ini disebabkan lokasi RSJ Sambang Lihum berdampingan dengan habitat monyet yang sekaligus sebagai hutan lindung.

c. Pelayanan

Pelayanan kesehatan bagi Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) dan pasien rehabilitasi NAPZA secara umum dapat diselenggarakan dengan baik. Beberapa permasalahan yang masih dihadapi diantaranya :

- 1) Masih ada pasien yang dirujuk ke Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum tanpa ada kejelasan penanggungjawab dan tidak memiliki jaminan kesehatan.
- 2) Masih banyak, pasien-pasien dengan gangguan jiwa yang sudah dinyatakan boleh pulang oleh dokter penanggungjawab tetapi tidak dijemput keluarga. Hal ini menjadi beban Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum untuk menanggung kebutuhan sehari-hari pasien yang ditempatkan di ruang transit.
- 3) Masih ada penolakan dari keluarga dan lingkungannya saat dilakukan pengantaran (dropping) bagi pasien yang tidak dijemput oleh keluarganya

d. Ketersediaan Anggaran

Dengan penetapan status sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD), diharapkan Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum mampu mengembangkan kemandirian khususnya dalam penyediaan anggaran baik untuk pemenuhan berbagai upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan dan tidak lagi membebani anggaran APBD Provinsi Kalimantan Selatan terutama untuk memenuhi kebutuhan SDM, Obat-obatan, makan dan minum pasien, pemeliharaan peralatan dan sarana prasarana serta pengadaan alat kesehatan dan pembangunan gedung pelayanan. Kenyataan, sampai saat ini, pendapatan Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum setiap tahun masih sangat kecil dan hanya dapat mencukupi kebutuhan sangat minimal dari kebutuhan anggaran ideal. Oleh karena itu masih sangat diperlukan dukungan melalui anggaran APBD Provinsi Kalimantan Selatan terutama untuk memenuhi kebutuhan obat-obatan, bahan makan minum pasien, pembangunan gedung, pemeliharaan gedung dan pengadaan peralatan kesehatan.

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 2025 – 2029 adalah :

“KALSEL BEKERJA (Berkelanjutan, Berbudaya, Religi dan Sejahtera) melalui Gerbang Logistik Kalimantan”

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

1. Pembangunan Manusia yang unggul, berbudaya dan berakhlak mulia
2. Pembangunan Infrastruktur yang handal
3. Pertumbuhan ekonomi yang berkelanjutan, merata dan syariah
4. Penguatan ketahanan terhadap perubahan iklim
5. Tata kelola pelayanan yang mudah dan cepat

Berkaitan dengan Visi dan Misi Pembangunan Provinsi Kalimantan Selatan 2025 – 2029, keberadaan Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum mendukung pelaksanaan **Misi ke-1** yaitu Pembangunan Manusia yang Unggul, Berbudaya dan Berakhlak Mulia dan **Misi ke-5** Tata Kelola Pelayanan Publik yang Mudah dan Cepat.

Dengan adanya penetapan visi ini, diharapkan seluruh stakeholder dan komponen yang ada di RSJ Sambang Lihum dapat bekerja sama bahu-membahu untuk memaksimalkan seluruh potensi dan kapasitas yang dimilikinya, agar visi tersebut dapat di capai dan di wujudkan. 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 2025 – 2029 dituangkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 12 tahun 2025 tentang rencana strategis kementerian Kesehatan Tahun 2025-2029. Di dalam Renstra Kementerian Kesehatan tersebut dijelaskan bahwa permasalahan kesehatan jiwa sangat besar dan menimbulkan beban kesehatan yang signifikan.

Data Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 mengungkapkan bahwa 2 persen remaja usia 15-24 tahun mengalami depresi angka yang lebih tinggi dibanding prevalensi nasional (1,4 persen) sementara prevalensi pikiran bunuh diri pada kelompok usia tersebut mencapai 0,39 persen, melebihi rata-rata nasional sebesar 0,25 persen. Masalah kesehatan mental seperti kecemasan, gangguan makan, penyalahgunaan NAPZA (1,73 persen atau 3,3 juta jiwa usia 15-64 tahun menurut BNN 2023), serta kekerasan terhadap perempuan (9.799 kasus) dan anak (16.849 kasus) yang dilaporkan melalui Simfoni PPA 2023, semakin memperparah beban kesehatan jiwa. Kondisi ini diperburuk oleh keterbatasan akses layanan akibat stigma, biaya, dan ketiadaan fasilitas inklusif, dan 45 persen puskesmas belum dapat diakses oleh 1,43 persen penduduk penyandang disabilitas (BPS 2023). Kecemasan, depresi, gangguan makan, dan perilaku berisiko penggunaan zat serta aktivitas seksual yang berbahaya merupakan contoh permasalahan kesehatan jiwa yang pada umumnya dialami di masyarakat. Padahal, masalah kesehatan jiwa tidak hanya menimbulkan beban ganda penyakit tetapi juga menyebabkan hilangnya tahun produktif (YLDs). Sayangnya, akses informasi, biaya, waktu, dan stigma yang masih ada di masyarakat berdampak pada penggunaan layanan kesehatan yang tersedia. Untuk mengatasi hal ini, diperlukan penguatan sistem layanan kesehatan mental yang komprehensif, mulai dari pencegahan, deteksi dini, hingga rehabilitasi, termasuk untuk 430.000 estimasi pecandu NAPZA yang membutuhkan rehabilitasi medis (UNODC 2023). Langkah strategis harus mencakup: (1) penyediaan layanan inklusif dengan tenaga profesional dan sarana prasarana memadai; (2) edukasi masyarakat untuk mengurangi stigma; serta (3) integrasi layanan kesehatan mental dalam sistem kesehatan primer guna menjangkau seluruh kelompok rentan secara merata dan berkelanjutan.

Salah Satu Sasaran program pelayanan kesehatan Direktorat Kesehatan Primer dan komunitas adalah Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan jiwa.

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 meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan jiwa sebagaimana tertuang dalam program Direktorat Kesehatan Primer dan komunitas Kementerian Kesehatan Tahun 2025 – 2029.

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 Kalimantan Selatan Bebas Pasung.

UU No. 17 Tahun 2023 mengatur bahwa pemerintah pusat dan pemerintah daerah bertanggung jawab dalam penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan, termasuk rumah sakit, yang memenuhi standar pelayanan, sumber daya manusia, prasarana, sarana, dan peralatan. Pengembangan rumah sakit harus dilakukan secara terencana, berkelanjutan, dan berbasis kebutuhan masyarakat, dengan memperhatikan pemerataan akses serta mutu pelayanan. Oleh karena itu, pengembangan rumah sakit menjadi prioritas strategis dalam pembangunan kesehatan nasional untuk memastikan layanan yang holistik, berkeadilan, dan berkelanjutan, sesuai dengan kerangka regulasi yang telah ditetapkan dalam UU No. 17 Tahun 2023 dan PP No. 28 Tahun 2024.

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 dilengkapai 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 strategi RSJ Sambang Lihum ditetapkan dengan memperhatikan gambaran pelayanan rumah sakit, sasaran jangka menengah pada Renstra Kementerian Kesehatan, Renstra Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan, implikasi RTRW, implikasi KLHS bagi pelayanan RSJ Sambang Lihum. Berikut isu-isu strategis RSJ Sambang Lihum :

- 1) Optimalisasi pelayanan melalui peningkatan akses, mutu dan keselamatan pasien.
- 2) Pengembangan penyelenggaraan pelayanan non-kekhususan sesuai dengan kerangka regulasi yang ditetapkan dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 dan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024.
- 3) Masih banyak pasien yang sudah dinyatakan boleh pulang oleh dokter penanggungjawab tetapi tidak dijemput oleh keluarga, sehingga menjadi beban rumah sakit.
- 4) Optimalisasi kualitas, kuantitas, dan kompetensi SDM, antara lain belum tersedianya dokter spesialis radiologi, dokter spesialis rehabilitasi medik, dokter spesialis patologi klinik, dokter Spesialis Anastesi, dokter spesialis gigi

serta masih kurangnya dokter jiwa Sub spesialis dan spesialis, perawat spesialis jiwa dan tenaga kesehatan penunjang lainnya.

- 5) Belum memadainya kualitas sarana prasarana gedung perawatan yang ada, sebagian bangunan harus dibangun ulang dan direnovasi.
- 6) Terbatasnya alokasi anggaran yang disediakan untuk keperluan pemeliharaan dan penguatan sarana prasarana yang ada dan untuk pengadaan alat kesehatan.
- 7) Belum mandirinya Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) karena masih rendahnya pendapatan yang diperoleh setiap tahun.
- 8) Masih diperlukan dukungan anggaran melalui APBD Provinsi Kalimantan Selatan terutama untuk pemenuhan kebutuhan obat-obatan, makan minum pasien, peningkatan sarana prasarana dan pemenuhan kebutuhan peralatan kesehatan.

B. Perjanjian Kinerja Tahun 2025

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	IKU sebelum			Target	NO	IKU Perubahan			Target
	Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja			Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja	
1	Meningkatnya Kualitas Pelayanan Publik di Rumah Sakit Jiwa Sumbang Lihum	1	Persentase Pasien Berhasil Mandiri	100%	1	Meningkatnya Tata Kelola dan Mutu Pelayanan Kesehatan	1	Nilai Akreditasi Rumah Sakit	89
		2	Tingkat Akreditasi Rumah Sakit	100			2	Persentase Pasien Keluar Sembuh / Mandiri	95%
		3	Indek Pelayanan Publik	2,5	2	Meningkatnya Kualitas Tata Kelola Pemerintahan Perangkat Daerah	1	Nilai SAKIP Perangkat daerah	90.5
		4	Indeks Kepuasan Masyarakat	95			2	Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) Perangkat Daerah	95
		5	Jumlah Inovasi Pelayanan Publik yang diterapkan	2			3	Jumlah Inovasi Yang Diterapkan	2
				4	Indeks Maturitas SPIP Perangkat Daerah	3.0			
				5	Indeks Pelayanan Publik	4.58			

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

NO	IKU sebelum			Target	NO	IKU Perubahan			Target
	Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja			Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja	
1	Meningkatnya Capaian Bidang Pelayanan dan Penunjang Medik	1	Persentase tempat tidur yang dimanfaatkan (BOR)	70%	1	Meningkatnya Tata Kelola dan Mutu Pelayanan Medik, Penunjang Medik dan Keperawatan	1	Persentase tempat tidur yang dimanfaatkan (BOR)	70%
		2	Nilai ALOS pasien jiwa	25					
		3	Nilai ALOS pasien NAPZA	100					
		4	Nilai Capaian Indikator Nasional Mutu (INM) Rumah Sakit	100%					

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

NO	IKU sebelum			Target	NO	IKU Perubahan			Target
	Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja			Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja	
1	Meningkatnya Tata Kelola Rumah Sakit	1	Nilai SAKIP	85	1	Meningkatnya kelancaran pelaksanaan tugas dan fungsi perangkat daerah serta layanan UPT dan BLUD	1	Persentase Kegiatan Tepat Waktu	100%
		2	Nilai Survei Kepuasan Karyawan	90			2	Persentase Laporan/Telaahan Staf Tepat Waktu	100%
		3	Tingkat Maturitas SPIP	level 3			3	Nilai Kepatuhan Pengelolaan Administrasi Internal	100
		4					4	Persentase Aduan/Keluhan antar Bidang terkait Layanan Kesekretariatan yang Ditindaklanjuti	100%
		5					5	Persepsi Internal antar Bidang/Unit terhadap Layanan Sekretariat	100
		6					6	Indeks Kepuasan Masyarakat Layanan BLUD	95
		7					7	Nilai Pendapatan Daerah BLUD	100%

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

NO	IKU sebelum			Target	NO	IKU Perubahan			Target
	Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja			Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja	
1	Meningkatnya mutu pelayanan penunjang non medik, hukum dan litbang	1	Presentase sarana dan prasarana Penunjang Non Medik yang dapat difungsikan/digunakan	85%	1	Meningkatnya Tata Kelola dan Mutu Pelayanan Penunjang Non Medik, Hukum dan Litbang	1	Persentase Pemenuhan Sumber Daya Penunjang Non Medik, Hukum dan Litbang Sesuai Standar	100%
		2	Tingkat capaian SDM Penunjang Non Medis, Hukum dan Litbang yang sesuai dengan kebutuhan RS	80%					
		3	Capaian pelayanan produk hukum, kerjasama kemitraan, pemberian informasi dan kehumasan RS	100%					
		4	Capaian Kegiatan diklat dan Litbang yang dikoordinasikan dan terlaksana	100%					

Perjanjian Kinerja Esselon III (Kepala Bidang Pelayanan Medik)

NO	IKU sebelum			Target	NO	IKU Perubahan			Target		
	Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja			Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja			
1	Meningkatnya kinerja pelayanan medik	1	Persentase pasien rawat inap yang mengalami perbaikan gejala	100%	1	Meningkatnya kualitas pelayanan medik	1	Persentase Pemenuhan Sumber Daya Medik Sesuai Standar	100%		
		2	Persentase pemenuhan layanan jiwa bagi pasien peserta JKN	100%			2	Meningkatnya Akses dan Kualitas Layanan Kesehatan	2	Persentase Fasyankes dengan Alat Kesehatan sesuai Standar	86%
		3	Persentase pemenuhan layanan Rehabilitasi NAPZA	100%							
		4	Persentase pemenuhan layanan rujukan	100%							

Perjanjian Kinerja Esselon III (Kepala Bidang Penunjang Medis)

NO	IKU sebelum			Target	NO	IKU Perubahan			Target		
	Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja			Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja			
1	Meningkatnya Kinerja Penunjang Medik	1	Persentase pelayanan penunjang medik sesuai standar	100%	1	Meningkatnya Akses dan Kualitas Sediaan Farmasi di Fasilitas Kesehatan sesuai Standar serta Pengendalian Resistensi Antimikroba	1	Persentase fasyankes yang melaksanakan pelayanan kefarmasian sesuai standar	100%		
		2	Persentase SDM penunjang medik sesuai kompetensi	100%			2	Meningkatnya Kualitas Pelayanan Penunjang Medik	2	Persentase Pemenuhan Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Sesuai Standar	100%
		3	Persentase Sarana Prasarana Penunjang Medik sesuai standar masing masing unit	100%							

Perjanjian Kinerja Esselon III (Kepala Bidang Keperawatan)

NO	IKU sebelum			Target	NO	IKU Perubahan			Target
	Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja			Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja	
1	Meningkatnya mutu pelayanan keperawatan, keselamatan pasien dan terpenuhinya sumber daya keperawatan	1	Persentase pasien mengalami perbaikan setelah mendapat asuhan keperawatan	100%	1	Meningkatnya Kualitas Pelayanan Keperawatan	1	Persentase Insiden Keselamatan Pasien Dapat Dicegah	100%
		2	Persentase pasien lari dapat dicegah	100%	2	Meningkatnya Kualitas Pelayanan Kesehatan yang didukung pembiayaan efektif, sistem rujukan terintegrasi dan standar pelayanan yang berkualitas	2	Persentase Masyarakat Miskin dan Tidak Mampu dan Kriteria Lainnya yang Terpenuhi Layanan Kesehatan	100%
		3	Persentase pasien jatuh dapat dicegah	100%					
		4	Persentase pasien bunuh diri dapat dicegah	100%					
		5	Persentase pemenuhan sumber daya keperawatan	100%					

Perjanjian Kinerja Esselon III (Kepala Bidang Penunjang Non Medis)

NO	IKU sebelum			Target	NO	IKU Perubahan			Target
	Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja			Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja	
1	Meningkatnya kualitas pelayanan penunjang non medik	1	Persentase pemenuhan sarana prasarana penunjang non medik sesuai standar	90%	1	Meningkatnya Kualitas Pelayanan Penunjang Non Medik	1	Persentase Sarana Prasarana Rumah Sakit Yang Berfungsi Dengan Baik	100%
		2	Persentase pemenuhan SDM penunjang non medik sesuai kompetensi	80%	2	Meningkatnya Akses dan Kualitas Layanan Kesehatan	2	Persentase Penyediaan Sarana dan Prasarana Sesuai Kebutuhan Pelayanan Rumah Sakit	100%

Perjanjian Kinerja Esselon III (Kepala Bidang Hukum dan Informasi)

NO	IKU sebelum			Target	NO	IKU Perubahan			Target		
	Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja			Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja			
1	Meningkatnya mutu pelayanan hukum dan informasi	1	Persentase pemenuhan kebutuhan layanan, fasilitasi, perlindungan dan pendampingan hukum kepada semua unsur RS	100%	1	Meningkatnya mutu pelayanan hukum dan informasi	1	Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana Teknologi Informasi Rumah Sakit	100%		
		2	Persentase pemenuhan penyusunan produk hukum dan kebijakan Rumah Sakit	100%			2	Meningkatnya Kualitas Sistem Informasi Kesehatan yang Terintegrasi	2	Persentase Ketersediaan Data dan informasi Bidang Kesehatan Tingkat Provinsi	100%
		3	Persentase kerjasama kemitraan dengan pihak ketiga dapat ditindaklanjuti	100%							
		4	Persentase pemenuhan kebutuhan layanan humas dan informasi	100%							

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

NO	IKU sebelum			Target	NO	IKU Perubahan			Target		
	Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja			Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja			
1	Meningkatnya kinerja pendidikan, penelitian dan pengembangan	1	Persentase pelaksanaan kegiatan peningkatan kompetensi SDM sesuai kebutuhan	100%	1	Meningkatnya Kualitas Pelayanan Pendidikan, Penelitian dan Pengembangan	1	Jumlah Inovasi yang di tetapkan	2		
		2	Persentase pelaksanaan kegiatan RS sebagai wahana Pendidikan	100%			2	Meningkatnya Kompetensi Tenaga Kesehatan sesuai Standar	2	Persentase Tenaga Kesehatan Yang Mengikuti Pelatihan Sesuai Dengan Kebutuhan Kompetensi	100%
		3	Persentase pelaksanaan penelitian oleh pegawai RS	100%							
		4	Persentase pelaksanaan kegiatan pengembangan serta inovasi di RS	100%							
		5	Persentase perencanaan dan pelaksanaan kegiatan survei kepuasan masyarakat dan kepuasan karyawan di RS	100%							

Perjanjian Kinerja Esselon III (Kepala Bagian Umum dan Kepegawaian)

NO	IKU sebelum			Target	NO	IKU Perubahan			Target
	Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja			Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja	
1	Meningkatnya penyelenggaraan urusan umum dan rumah tangga, pengelolaan ketatausahaan, kepegawaian serta perlengkapan dan aset	1	Persentase pemenuhan layanan administrasi umum, rumah tangga dan ketertiban keamanan Lingkungan Rumah Sakit Jiwa Sumbang Lihum	100%	1	Meningkatnya penyelenggaraan urusan umum dan rumah tangga, pengelolaan ketatausahaan, kepegawaian serta perlengkapan dan aset	1	Persentase Ketersediaan Layanan Administrasi Umum Perangkat Daerah	100%
		2	Persentase pemenuhan kebutuhan SDM	100%	2	Meningkatnya kualitas layanan penyediaan jasa penunjang di perangkat daerah	2	Persentase Ketersediaan Jasa Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah	100%
		3	Persentase pemenuhan sarana prasarana sesuai kebutuhan	100%	3	Meningkatnya Tata Kelola Umum dan Kepegawaian	3	Nilai Survei Budaya Kerja	100%

Perjanjian Kinerja Esselon III (Kepala Bagian Perencanaan dan Organisasi)

NO	IKU sebelum			Target	NO	IKU Perubahan			Target
	Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja			Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja	
1	Meningkatnya pengkoordinasian dan pengendalian perencanaan, kegiatan pengembangan organisasi, pembinaan tatalaksana dan evaluasi pelaksanaan kegiatan serta penyusunan laporan akuntabilitas kinerja Rumah Sakit	1	Persentase pemenuhan layanan dokumen perencanaan program dan kegiatan	100%	1	Meningkatnya kualitas dan ketepatan waktu Perencanaan, Penganggaran, dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah	1	Persentase Dokumen Perencanaan, Penganggaran dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah Tersusun Tepat Waktu	100%
		2	Persentase pemenuhan dokumen pengembangan organisasi dan tatalaksana	100%	2	Meningkatnya Tata Kelola Perencanaan dan Organisasi	2	Persentase Pemenuhan Laporan Tindak Lanjut Evaluasi Dokumen Tata Laksana Rumah Sakit	100%
		3	Persentase pemenuhan dokumen evaluasi dan pelaporan	100%					

Perjanjian Kinerja Esselon III (Kepala Bagian Keuangan)

NO	IKU sebelum			Target	NO	IKU Perubahan			Target
	Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja			Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja	
1	Meningkatkan kinerja bagian keuangan RSJ Sambang Lihum	1	Persentase pemenuhan ketersediaan dokumen rencana anggaran RS	100%	1	Meningkatnya Kualitas dan Ketepatan Waktu Pelaksanaan Administarsi Keuangan Perangkat Daerah	1	Persentase Ketersediaan Layanan Administrasi Keuangan Perangkat Daerah	100%
		2	Persentase realisasi penerimaan pendapatan	95%					
		3	Persentase pemenuhan kebutuhan dokumen laporan keuangan	100%					
		4	Persentase pemenuhan pelaksanaan fungsi perbendaharaan dan pelaksanaan anggaran	100%					

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

NO	IKU sebelum			Target	NO	IKU Perubahan			Target
	Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja			Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja	
1	Meningkatnya pemenuhan layanan umum dan rumah tangga serta pengelolaan ketatausahaan Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum	1	Persentase pemenuhan layanan surat menyurat	100%	1	Meningkatnya Tata Kelola Umum dan Rumah Tangga	1	Persentase Pemenuhan Bahan Logistik Kantor	100%
		2	Persentase pemenuhan kebutuhan pengetikan, penggandaan dan pencetakan naskah dinas dan ekspedisi	100%					
		3	Persentase pemenuhan pelayanan pengelolaan arsip, ketertiban dan keamanan Lingkungan Rumah Sakit	100%					

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

NO	IKU sebelum			Target	NO	IKU Perubahan			Target
	Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja			Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja	
1	Meningkatnya penyelenggaraan administrasi dan penatalaksanaan perlengkapan dan aset	1	Persentase ketersediaan dokumen Rencana Kebutuhan Barang Unit (RKBU) dan Rencana Tahunan Barang Unit (RTBU)	100%	1	Meningkatnya Tata Kelola Aset dan Perlengkapan	1	Persentase Pemenuhan Dokumen Barang Inventaris	100%
		2	Persentase Pengadaan, Penyimpanan dan Distribusi Barang, Aset dan Inventaris yang Terdokumentasi	75%					
		3	Persentase barang inventaris tercatat dalam kartu aset	75%					
		4	Persentase pemeliharaan barang inventaris	75%					

Perjanjian Kinerja Esselon IV (Kepala Sub Bagian Kepegawaian)

NO	IKU sebelum			Target	NO	IKU Perubahan			Target
	Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja			Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja	
1	Meningkatnya pemenuhan pengelolaan urusan kepegawaian	1	Persentase pemenuhan ketersediaan dokumen rencana kebutuhan pegawai	100%	1	Meningkatnya Tata Kelola Kepegawaian	1	Persentase Update Data Sistem Informasi Kepegawaian	100%
		2	Persentase pemenuhan layanan administrasi kepegawaian	100%					
		3	Persentase pemenuhan pelaksanaan Sistem Informasi Manajemen Kepegawaian	100%					

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

NO	IKU sebelum			Target	NO	IKU Perubahan			Target
	Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja			Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja	
1	Meningkatnya penyusunan perencanaan	1	Persentase Pemenuhan Dokumen Rencana Strategis (Restra) Rumah Sakit	100%	1	Meningkatnya Tata Kelola Perencanaan	1	Persentase Pemenuhan Dokumen RKA Perangkat Daerah Tepat Waktu	100%
		2	Persentase pemenuhan ketersediaan Dokumen Rencana Kerja Rumah Sakit	100%					
		3	Persentase pemenuhan ketersediaan Dokumen Rencana Kerja dan Anggaran (RKA)	100%					
		4	Persentase Pemenuhan Ketersediaan Dokumen Proposal, TOR dan RAB Usulan Anggaran APBD (DAK)	100%					

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

NO	IKU sebelum			Target	NO	IKU Perubahan			Target
	Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja			Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja	
1	Meningkatnya kegiatan pengembangan Organisasi dan pembinaan tatalaksana Rumah Sakit	1	Persentase pelaksanaan kegiatan pengembangan organisasi Rumah Sakit	100%	1	Meningkatnya Kualitas Organisasi dan Tatalaksana	1	Persentase Pemenuhan Laporan Dokumen Tatalaksana yang Disusun dan dievaluasi Setiap Tahun	100%
		2	Persentase ketersediaan Regulasi dan Pembinaan Tatalaksana Rumah Sakit	100%					

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

NO	IKU sebelum			Target	NO	IKU Perubahan			Target
	Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja			Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja	
1	Meningkatnya pelaksanaan evaluasi dan pelaporan	1	Persentase penginputan realisasi program dan kegiatan pada aplikasi e-monev	100%	1	Meningkatnya Tata Kelola Evaluasi dan Pelaporan	1	Persentase Pemenuhan Dokumen Pelaporan Perangkat Daerah Tepat Waktu	100%
		2	Persentase pemenuhan terkumpulnya laporan tepat waktu	100%					
		3	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	IKU sebelum			Target	NO	IKU Perubahan			Target
	Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja			Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja	
1	Meningkatnya pengelolaan administrasi penerimaan pendapatan dan mobilisasi dana	1	Persentase pemenuhan dokumen penerimaan dan pendapatan RSJ Sambang Lihum	100%	1	Meningkatnya Tata Kelola Penerimaan dan Mobilisasi Dana	1	Persentase pemenuhan dokumen penerimaan dan pendapatan RSJ Tepat Waktu	100%
		2	Persentase klaim tagihan pembayaran tunggakan pasien dan pihak ketiga dapat diselesaikan	90%					

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

NO	IKU sebelum			Target	NO	IKU Perubahan			Target
	Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja			Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja	
1	Meningkatnya pelaksanaan fungsi perbendaharaan dan pelaksanaan anggaran	1	Persentase pemenuhan layanan administrasi pengeluaran dan keuangan	100%	1	Meningkatnya Tata Kelola Perbendaharaan dan Pelaksanaan Anggaran	1	Persentase Penyampaian Usulan Pembayaran Gaji dan Tunjangan Tepat waktu	100%
		2	Persentase pemenuhan layanan verifikasi dokumen pengeluaran dan keuangan	100%					

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

NO	IKU sebelum			Target	NO	IKU Perubahan			Target
	Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja			Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja	
1	Meningkatnya pelaksanaan akuntansi dan pelaporan keuangan	1	Persentase pemenuhan penatalaksanaan akuntansi pada transaksi keuangan Rumah Sakit	100%	1	Meningkatnya Tata Kelola Akuntansi dan Pelaporan Keuangan	1	Persentase Pemenuhan Laporan Akuntansi dan Keuangan Tepat Waktu	100%
		2	Persentase pemenuhan kebutuhan dokumen laporan keuangan tepat waktu	100%					

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

NO	IKU sebelum			Target	NO	IKU Perubahan			Target
	Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja			Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja	
1	Meningkatnya pelaksanaan pemeliharaan sarana dan prasarana non medik	1	Persentase unit bangunan gedung RS dalam kondisi baik dan berfungsi	90%	1	Meningkatnya Mutu Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Non Medik	1	Persentase Sarana Prasarana Rumah Sakit Yang Dilakukan Pemeliharaan Tepat Waktu	100%
		2	Persentase peralatan Penunjang Non medik dalam kondisi baik dan berfungsi	90%					

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

NO	IKU sebelum			Target	NO	IKU Perubahan			Target
	Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja			Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja	
1	Meningkatnya pengelolaan sumber daya penunjang non medik	1	Persentase pemenuhan kebutuhan SDM Penunjang Non Medik	80%	1	Meningkatnya Tata Kelola Sumber Daya Penunjang Non Medik	1	Persentase Pemenuhan Kebutuhan Sarana Prasarana Non Medik sesuai standar	100%
		2	Persentase Pemenuhan Kebutuhan Sarana Prasarana Non Medik	90%					

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

NO	IKU sebelum			Target	NO	IKU Perubahan			Target
	Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja			Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja	
1	Meningkatnya pengelolaan hukum dan kerja sama	1	Persentase pemenuhan ketersediaan bahan referensi Peraturan perundang-undangan	100%	1	Meningkatnya Tata Kelola Hukum dan Kerja Sama	1	Persentase layanan perjanjian kerjasama kemitraan dengan pihak ketiga yang ditindak lanjuti	100%
		2	Persentase pemenuhan penyusunan produk hukum dan kebijakan Rumah Sakit yang dapat diselesaikan	100%					
		3	Persentase layanan perjanjian kerjasama kemitraan dengan pihak ketiga yang ditindak lanjuti	100%					
		4	Persentase Pemenuhan kegiatan konsultasi dan fasilitasi pendampingan hukum bagi unsur-unsur rumah sakit	100%					

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

NO	IKU sebelum			Target	NO	IKU Perubahan			Target
	Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja			Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja	
1	Meningkatnya Kinerja Pelayanan Humas dan Informasi	1	Persentase Pemenuhan Layanan Humas dan Informasi	100%	1	Meningkatnya Mutu Pelayanan Humas dan Informasi	1	Persentase Pengembangan E-Hospital	100%
		2	Persentase Pemenuhan Updating Data pada Media Informasi	100%					
		3	Persentase Pengaduan yang Ditindaklanjuti	100%					

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

NO	IKU sebelum			Target	NO	IKU Perubahan			Target
	Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja			Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja	
1	Meningkatnya pelaksanaan pendidikan dan pelatihan	1	Persentase pemenuhan dokumen rencana kebutuhan diklat di RS	100%	1	Meningkatnya Mutu Pelayanan Pendidikan dan Pelatihan	1	Persentase Pelaksanaan Kegiatan Peningkatan Kompetensi SDM Sesuai Standar	100%
		2	Persentase pemenuhan kebutuhan layanan pengembangan kompetensi SDM RS	100%					
		3	Persentase hasil evaluasi pelaksanaan diklat di RS yang ditindaklanjuti	100%					
		4	Persentase Pemenuhan layanan mahasiswa berpraktek	100%					

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

NO	IKU sebelum			Target	NO	IKU Perubahan			Target
	Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja			Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja	
1	Meningkatnya pelaksanaan penelitian dan pengembangan	1	Persentase pemenuhan dokumen penelitian RS	100%	1	Meningkatnya Tata Kelola Penelitian dan Pengembangan	1	Persentase Pelaksanaan Penjaringan Inovasi Rumah Sakit Sesuai Standar	100%
		2	Persentase pemenuhan dokumen kegiatan inovasi sebagai usaha pengembangan RS	100%					
		3	Persentasi pemenuhan dokumen hasil kegiatan survei Rumah Sakit	100%					

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

NO	IKU sebelum			Target	NO	IKU Perubahan			Target
	Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja			Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja	
1	Meningkatnya pelaksanaan mutu pelayanan medik	1	Persentase tenaga medis memberikan pelayanan sesuai dengan Clinical pathway	100%	1	Meningkatnya Mutu Pelayanan Medik	1	Persentase Kepatuhan Tenaga Medik Dalam Pengisian E-Rekam Medik	100%
		2	Persentase pemenuhan ketersediaan regulasi sesuai kebutuhan pelayanan medik	100%					

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

NO	IKU sebelum			Target	NO	IKU Perubahan			Target
	Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja			Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja	
1	Meningkatnya ketersediaan dan pemanfaatan sarana dan alat medik serta peningkatan dan pengembangan kompetensi dan kapasitas tenaga medik	1	Persentase pemenuhan Dokumen kebutuhan tenaga medik	100%	1	Meningkatnya Tata Kelola Sumber Daya Medik	1	Persentase pemenuhan Dokumen kebutuhan tenaga medik	100%
		2	Persentase pemenuhan dokumen sarana dan alat medik	100%					
		3	Persentase Tenaga Medis memiliki STR dan SIP yang masih berlaku	100%					

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

NO	IKU sebelum			Target	NO	IKU Perubahan			Target
	Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja			Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja	
1	Meningkatnya mutu pelayanan keperawatan	1	Persentase pasien mengalami perbaikan setelah mendapat pelayanan keperawatan	90%	1	Meningkatnya Mutu pelayanan keperawatan	1	Persentase Kepatuhan Tenaga Perawat Dalam Pengisian SIM RS	100%
		2	Persentase insiden keselamatan pasien dapat dicegah	100%					
		3	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	IKU sebelum			Target	NO	IKU Perubahan			Target
	Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja			Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja	
1	Meningkatnya pendaaygunaan tenaga keperawatan	1	Persentase pemenuhan dokumen rencana kebutuhan tenaga keperawatan	100%	1	Meningkatnya Tata Kelola Sumber Daya Keperawatan	1	Persentase pemenuhan kebutuhan dokumen hasil analisis kebutuhan tenaga keperawatan	100%
		2	Persentase tenaga keperawatan yang mengikuti pengembangan kompetensi minimal 20 JPL dalam 1 tahun	100%					
		3	Persentase Tenaga Keperawatan Yang memiliki STR dan SIP yang masih berlaku	100%					
2	Terpenuhinya sarana dan prasarana keperawatan sesuai kebutuhan	4	Persentase pemenuhan kebutuhan sarana keperawatan	100%					

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

NO	IKU sebelum			Target	NO	IKU Perubahan			Target
	Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja			Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja	
1	Meningkatnya Mutu Pelayanan Penunjang diagnostik dan terapi	1	Persentase Kepatuhan Tenaga terhadap standar pelayanan penunjang diagnostik dan terapi	100%	1	Meningkatnya Mutu Pelayanan dan Sumber Daya Penunjang Diagnostik dan Terapi	1	Persentase Kepatuhan Tenaga Penunjang Medik Dalam Pengisian E-Rekam Medik	100%
		2	Persentase tenaga penunjang diagnostik dan terapi melaksanakan tugas sesuai kompetensinya	100%					
2	Meningkatnya sumber daya penunjang diagnostik dan terapi	3	Persentase tenaga penunjang diagnostik dan terapi memiliki STR dan SIP yang masih berlaku	100%					
		4	Persentase pemenuhan Sumber Daya Penunjang Diagnostik dan Terapi	100%					

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

NO	IKU sebelum			Target	NO	IKU Perubahan			Target
	Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja			Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja	
1	Meningkatnya pengelolaan perbekalan dan pemeliharaan alat medis dan kesehatan	1	Persentase peralatan medis dalam kondisi baik dan berfungsi	100%	1	Meningkatnya Tata Kelola Perbekalan dan Pemeliharaan Alat Medis dan Kesehatan	1	Persentase Alat Medis dan Kesehatan Yang Dilakukan Pemeliharaan dan Kalibrasi	100%
		2	Persentase pemenuhan perbekalan dan alat kesehatan	100%					
		3	Persentase peralatan medis dan kesehatan dikalibrasi tepat waktu	100%					

BAB III

AKUNTABILITAS KINERJA

A. Akuntabilitas Kinerja Organisasi

A.1 Capaian 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 2025 menggambarkan capaian kinerja sasaran dan kegiatan yang dituangkan dalam Rencana Strategis (Renstra) Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Tahun 2025–2029 yang termuat didalam Restra Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan selatan. 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 2025 merupakan pengukuran kinerja tahun keempat dari masa Rencana Strategis (Renstra) Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum 2025–2029 yang termuat didalam Restra Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan selatan. Dalam rangka memberikan kesimpulan pengukurannya, Provinsi Kalimantan Selatan menetapkan kategorisasi pencapaian kinerja sesuai Peraturan Menteri Pemberdayaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi RI Nomor 22 Tahun 2024 tentang pedoman Evaluasi atas Implementasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah

berdasarkan capaian rata-rata atas indikator kinerja menjadi 5 (lima) kategori, serta maksimal pencatatan capaian ditetapkan tidak lebih dari 110%, dengan rincian kategori sebagai berikut :

Urutan	Rentang Capaian	Kategori Capaian
I	Di atas 100% sampai dengan 110%	Istimewa
II	Di atas 80 % sampai dengan 100 %	Baik
III	Di atas 60 % sampai dengan 80 %	Butuh Perbaikan
IV	Di atas 20 % sampai dengan 60 %	Kurang
V	Di atas 0 % sampai dengan 20 %	Sangat 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 2025-2029 RSJ Sambang Lihum mendukung Visi dan Misi Pembangunan Provinsi Kalimantan Selatan 2025 – 2029, keberadaan Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum mendukung pelaksanaan **Misi ke-1** yaitu Pembangunan Manusia yang Unggul, Berbudaya dan Berakhlak Mulia dan **Misi ke-5** Tata Kelola Pelayanan Publik yang Mudah dan Cepat, 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. DIREKTUR

Tingkat capaian kinerja Esselon II (Direktur) Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum tahun 2025 adalah sebagai berikut :

Capaian Kinerja Esselon II (Direktur)

No	IKU sebelum			Target	Realisasi / septembe r	Capaian	Rata rata Capaian	No	IKU Perubahan			Target	Realisasi	Capaian	Rata rata Capaian			
	Kinerja Utama	No	Indikator kinerja						Kinerja Utama	No	Indikator kinerja							
1	Meningkatny a Kualitas Pelayanan Publik di Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum	1	Persentase Pasien Berhasil Mandiri	100%	96.65%	97%	80.19%	1	Meningkatny a Tata Kelola dan Mutu Pelayanan Kesehatan	1	Nilai Akreditasi Rumah Sakit	89	89	100%	101,22%			
		2	Tingkat Akreditasi Rumah Sakit	89	89	100%				2	Persentase Pasien Keluar Sembuh / Mandiri	95%	97.31%	102%				
		3	Indek Pelayanan Publik	2.5	0	0%				2	Meningkatny a Kualitas Tata Kelola Pemerintah n Perangkat Daerah	1	Nilai SAKIP Perangkat daerah	90.5		84	92.82%	98,03%
		4	Indeks Kepuasan Masyarakat	95	99.07	104%						2	Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) Perangkat Daerah	95		94.65	99.63%	
		5	Jumlah Inovasi Pelayanan Publik yang diterapkan	2	2	100%						3	Jumlah Inovasi Yang Diterapkan	2		16	110%	
							4	Indeks Maturitas SPIP Perangkat Daerah	3.00 (Lavel 3)	2.867	96%							
								5	Indeks Pelayanan Publik	4.58 (sangat Baik)	4.22	92.14%						
Capaian							80.19%	Capaian							99,63%			

Rumus Perhitungan :

1. Nilai Akreditasi Rumah Sakit

Nilai Akreditasi diberikan oleh Komisi Akreditasi RS sesuai hasil survey yang dilakukan.

2. Persentase Pasien Keluar Sembuh / Mandiri

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

$$\frac{\sum \text{Pasien boleh pulang oleh DPJP}}{\sum \text{Semua Pasien keluar RS dalam kurun waktu tertentu}} \times 100 \%$$

3. Nilai SAKIP Perangkat daerah

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

4. Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) Perangkat Daerah

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

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

5. Jumlah Inovasi Yang Diterapkan

Dihitung berdasarkan jumlah Inovasi yang dilaksanakan di RSJ Sambang Lihum pada tahun 2025.

6. Indeks Maturitas SPIP Perangkat Daerah

Penilaian Maturitas SPIP Kinerja Instansi Pemerintah di Lingkup Pemerintah Provinsi Kalimantan Selatan dilakukan oleh Inspektorat Prov. Kalsel.

7. Indeks Pelayanan Publik

Indeks Pelayanan Publik Peningkat Daerah merupakan hasil pemantauan dan Evaluasi Kinerja Penyelenggaraan Publik (PEKPPP) Mandiri yang dikoordinir oleh Biro Organisasi dan Tim Pembinaan Pelayanan Publik.

Sedangkan perbandingan capaian kinerja Esselon II (Direktur) Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Tahun 2020 - 2025 dengan capaian kinerja sebagai berikut :

No	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2025		
		2020	2021	2022	2023	2024	Target	Realisasi	% Capaian
1.	Jumlah Inovasi Pelayanan Publik Yang Dicanangkan	-	-	1	1	1	1		
2.	Nilai Survey Kepuasan Masyarakat	92.87	93.61	93.95	93.65	92.06	95		
3.	Persentase Pasien Berhasil Mandiri	99,00	94.87%	96.14%	94.66%	95.22%	100%		
4.	Tingkat Akreditasi Rumah Sakit	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	80-100 (Paripurna)		
1	Nilai Akreditasi Rumah Sakit						89	89	100%
2	Persentase Pasien Keluar Sembuh / Mandiri						95%	97.31%	102%
3	Nilai SAKIP Perangkat daerah						90.5	84	92,82%

4	Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) Perangkat Daerah						95	94,65	99,63%
5	Jumlah Inovasi Yang Diterapkan						2	16	110%
6	Indeks Maturitas SPIP Perangkat Daerah						3.00 (Level 3)	2,867	96%
7	Indeks Pelayanan Publik						4.58 (sangat Baik)	4.22	92.14%
Rata – Rata Capaian									99.63%

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

Perbandingan									
No	Indikator	Kalsel	Kalteng	Kalbar	Kaltim	kaltara	Target Nasional	Realisasi Nasional	Target SDG's
1.	Nilai Akreditasi Rumah Sakit	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	N/A	terakreditasi	terakreditasi	N/A
2.	Persentase Pasien Keluar Sembuh / Mandiri	97,31	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
3.	Nilai SAKIP Perangkat daerah	84	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
4.	Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) Perangkat Daerah	94,65	N/A	N/A	N/A	N/A	85,00	N/A	80.00
5.	Jumlah Inovasi Yang Diterapkan	2	ada	Ada	ada	N/A	ada	ada	N/A
6.	Indeks Maturitas SPIP Perangkat Daerah	2,867	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
7.	Indeks Pelayanan Publik	4.22	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Menurut tabel maka terlihatlah perbandingan-perbandingannya, berikut penjelasannya :

1) Perbandingan Realisasi dengan Target

Sasaran strategis dari Esselon II dengan jabatan Direktur ada dua kinerja sebagai berikut :

1. Meningkatnya Tata Kelola dan Mutu Pelayanan Kesehatan dengan Indikator Kinerja Utama sebagai berikut :

- a) Pencapaian indikator **Nilai Akreditasi Rumah Sakit** dapat terealisasi pada tahun 2025 ini dengan terlaksananya kegiatan survey Akreditasi pada tahun 2022, dan hasilnya pun memuaskan dalam rentang nilai 80-100 atau mendapatkan predikat Akreditasi PARIPURNA sesuai target 100 % yang diinginkan.
 - b) Pencapaian indikator **Persentase Pasien Keluar Sembuh / Mandiri** yang terealisasi pada tahun 2025 dengan persentase 97.31% dari target 95%, sehingga persentase capaian kinerjanya 102%.
2. Meningkatnya Kualitas Tata Kelola Pemerintahan Perangkat Daerah dengan Indikator Kinerja Utama sebagai berikut :
- a) Pencapaian indikator Nilai SAKIP Perangkat daerah dengan target 90.50 dapat terealisasi dengan nilai sakip tahun 2024 adalah 84,00 dengan kategori A sehingga capaian persentasenya 92,81%. Indikator ini merupakan indikator baru yang dimasukkan ke IKU kepala SKPD, sebelumnya indikator ini sebagai Indikator Wadir Administrasi umum dan Keuangan. Target pada indikator ini meningkat yang semula 85.00 menjadi 90.50.
 - b) Pencapaian indikator **Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) Perangkat Daerah** yang terealisasi pada tahun 2025 dengan nilai 94.65 poin yang merupakan nilai survei TW IV dari target 95 poin, sehingga persentasi capaian Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) tahun 2025 yaitu 99.63% poin terhadap nilai akhir Capaian Target.
 - c) Pencapaian Indikator dari **Jumlah Inovasi Pelayanan Publik Yang Diterapkan** pada tahun 2025 terealisasi 110% dari target 2 inovasi yang diterapkan, ada 16 inovasi yang diterapkan pada tahun 2025 yaitu Sambang Lihum Keliling (Saliling), SI BARAKAT Jiwa (Sistem Bimbingan Rehabilitasi Kemandirian Terpadu Jiwa), Sambang Lihum Mobile Clinic, Pelayanan Informasi Edukasi Telefarmasi bagi Masyarakat dan Pasien RS Jiwa Sambang Lihum (Pelita Sali), TAKUNI SALI (Tanya Kalian Untuk Kami Sali), Inovasi Skrining Penyalahgunaan NAPZA melalui Kuesioner Alcohol, Smoking and Substances Involvement Screening Test (ASSIST), Aplikasi Rekonsiliasi, Catatan Penggunaan Obat dan Etiket Terintegrasi di Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum (SI ROKET SALI), Kenali Anak Anda Melalui Deteksi Dini Mandiri (KENDALI DIRI), Satu Admisi Rawat Inap RSJ Sambang Lihum (SARI SALI), Rancang Bangun Sistem Informasi

Manajemen Pemeliharaan Terpadu dan Unggul Sambang Lihum (SI MANTUL SALI), Sistem Informasi Manajemen Resiko Terpadu (SI MADU), Sistem Informasi Digital Keperawatan di Rawat Inap (SI GITA DI RANAP), RATA SISI NAZWA (Room Care Dental Visit Service Pasien Napza Dan Jiwa), INOVASI PELIPUR LARA (Pemanfaatan Limbah Dapur Rs Melalui Eco Enzyme Sebagai Bahan Pengganti Detergen Di Instalasi Gizi Dan Instalasi Laundry), PAKACIL SALI (Pelayanan Antar obat Keliling dengan Cepat dan profesional rumah sakit jiwa Sambang Lihum), dan PAGI ASIK (Panduan Digital Latihan Fisik).

- d) Pencapaian Indikator dari **Indeks Maturitas SPIP Perangkat Daerah** pada tahun 2025 terealisasi 2,867 dari target 3 (Level 3), capaian 2,867 ini merupakan penjumlahan dari 3 (tiga) komponen penilaian yaitu : Penetapan Tujuan dengan skor 2,000, Struktur dan Proses dengan skor 0,543, dan Pencapaian Tujuan 0,330. Indikator ini adalah merupakan indikator baru.
- e) Pencapaian Indikator dari **Indeks Pelayanan Publik** pada tahun 2025 dengan target yang ditetapkan adalah 4,58 (Sangat Baik). Terealisasi 4.22 (92,14%) dengan kategori sangat baik.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2025 pada Kinerja Utama :

1. Meningkatnya Tata Kelola dan Mutu Pelayanan Kesehatan adalah 101.22% dengan kategori **Istimewa**.
 2. Meningkatnya Kualitas Tata Kelola Pemerintahan Perangkat Daerah adalah 98.03% dengan kategori **Baik**.
- 2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait (*Time Series*)
- a) Nilai Akreditasi Rumah Sakit
- Realisasi Nilai Akreditasi Rumah Sakit pada tahun 2025 ini mendapatkan pengakuan sebagai Rumah Sakit terakreditasi tingkat PARIPURNA, 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. Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum terus berupaya mempertahankan hasil dari penilaian akreditasi tersebut dengan selalu meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien, kegiatan rapat akreditasi dan peningkatan mutu pelayanan terus digalakkan

setiap bulannya. Kegiatan Reakreditasi kembali akan dilakukan pada tahun 2026.

b) Persentase Pasien Keluar Sembuh / Mandiri

Pada tahun 2025, Persentase Pasien Keluar Sembuh / Mandiri di Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum dengan mencapai 97.31%. target pada indikator ini disesuaikan dari sebelumnya 100% menjadi 95%, sehingga capaian pada indikator ini belum dapat dibandingkan dengan target tahun sebelumnya.

c) Nilai SAKIP Perangkat daerah

Realisasi Nilai SAKIP dengan target nilai 90.50 dapat terealisasi dengan penilaian sakip tahun 2024 yang dikeluarkan pada tahun 2025 dengan nilai 84,00 diperbandingkan dengan capaian dari penilai SAKIP tahun 2023 yang dikeluarkan pada tahun 2024 dengan nilai 82,42 meningkat 1.58 poin dengan nilai tersebut predikat SAKIP RSJ Sambang Lihum tahun 2024 kategori Memuaskan (A).

d) Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) Perangkat Daerah

Pada tahun 2025, Nilai Survei Kepuasan Masyarakat di Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum terealisasi dengan nilai 94.65, ini berarti terjadi penurunan kenaikan 2,59 point dari tahun 2024 yaitu 92.06, dan berada pada capaian 96.90% dengan kategori **Baik**.

e) Jumlah Inovasi Pelayanan Publik Yang Diterapkan

Pada tahun 2025 terealisasi 110% dari target 2 inovasi yang diterapkan, ada 16 inovasi yang diterapkan pada tahun 2025 yaitu Sambang Lihum Keliling (Saliling), SI BARAKAT JIWA (Sistem Bimbingan Rehabilitasi Kemandirian Terpadu Jiwa), Sambang Lihum Mobile Clinic, Pelayanan Informasi Edukasi Telefarmasi bagi Masyarakat dan Pasien RS Jiwa Sambang Lihum (Pelita Sali), TAKUNI SALI (Tanya Kaalian Untuk Kami Sali), Inovasi Skrining Penyalahgunaan NAPZA melalui Kuesioner Alcohol, Smoking and Substances Involvement Screening Test (ASSIST), Aplikasi Rekonsiliasi, Catatan Penggunaan Obat dan Etiket Terintegrasi di Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum (SI ROKET SALI), Kenali Anak Anda Melalui Deteksi Dini Mandiri (KENDALI DIRI), Satu Admisi Rawat Inap RSJ Sambang Lihum (SARI SALI), Rancang Bangun Sistem Informasi Manajemen Pemeliharaan Terpadu dan Unggul Sambang Lihum (SI MANTUL SALI), Sistem Informasi Manajemen Resiko Terpadu (SI MADU), Sistem Informasi Digital Keperawatan di Rawat Inap (SI GITA DI RANAP), RATA SISI NAZWA (Room

Care Dental Visit Service Pasien Napza Dan Jiwa), INOVASI PELIPUR LARA (Pemanfaatan Limbah Dapur Rs Melalui Eco Enzyme Sebagai Bahan Pengganti Detergen Di Instalasi Gizi Dan Instalasi Laundry), PAKACIL SALI (Pelayanan Antar obat Keliling dengAn Cepat dan profeslonaL rumah sakit jiwa SAmbang Lihum), dan PAGI ASIK (Panduan Digital Latihan Fisik), perbandingan hasil sama dengan capaian tahun sebelumnya.

f) Indeks Maturitas SPIP Perangkat Daerah

Pencapaian Indikator dari Indeks Maturitas SPIP Perangkat Daerah pada tahun 2025 terealisasi 2,867 dari target 3 (Lavel 3), capaian Indeks maturitas SPIP sebesar 2,867 ini merupakan indikator baru belum dapat dibandingkan.

g) Indeks Pelayanan Publik

Pencapaian Indikator dari Indeks Pelayanan Publik pada tahun 2025 dengan nilai 4.22 (92,14%) dengan kategori sangat baik. Sedang target yang ditetapkan adalah 4.58 (Sangat Baik).

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 2025 ini mencapai 100%, meskipun masih juga terdapat beberapa indikator kinerja yang belum tercapai 100% dalam hal ini memberikan implikasi pada predikat kinerja dengan kategori **Baik** dengan nilai rata-rata capaian **99,63%**. Analisis datanya sebagai berikut :

a) Nilai 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. Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum terus berupaya mempertahankan hasil dari penilaian akreditasi tersebut dengan selalu meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien, kegiatan rapat akreditasi dan peningkatan mutu pelayanan terus digalakkan setiap bulannya. Pada tahun 2025 akan dilaksanakan Pemantauan dan evaluasi mutu pelayanan rumah sakit paska akreditasi dan kegiatan Reakreditasi kembali akan dilakukan pada tahun 2026.



b) Persentase Pasien Keluar Sembuh / Mandiri

Adalah pasien yang dapat melakukan Activities of Daily Living (ADL) dan dinyatakan boleh pulang (BLPL) oleh Dokter Penanggungjawab Pasien (DPJP) pada tahun 2025, Persentase Pasien berhasil mandiri di Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum dengan persentase 97.31%. target pada indikator ini disesuaikan pada tahun 2025 menjadi 95%.

INDIKATOR EFISIENSI PENGGUNAAN TEMPAT TIDUR
RUMAH SAKIT JIWA DAERAH SAMBANG LIHUM TAHUN 2025

No	BULAN	JUMLAH HARI PERAWATAN	JUMLAH LAMA DIRAWAT	KUNYUGAN PASIEN BARU	KUNYUGAN PASIEN LAMA	JUMLAH PASIEN MAUT	JUMLAH PASIEN KELUAR RUMAH SAKIT	JUMLAH PASIEN MENIDUNGAL		JUMLAH TEMPAT TIDUR	PERIODE	NILAI IDEAL BER	NILAI IDEAL ALOS	NILAI IDEAL TOI	NILAI IDEAL BYD	NILAI IDEAL GDR	NILAI IDEAL NDR
								< 40 Jam	> 40 Jam								
1	JANUARI	4354	3518	31	130	161	143	0	0	300	31	46,82	24,60	34,49	0,48	0,00	0,00
2	FEBRUARI	3639	5306	36	167	203	223	0	0	300	28	43,32	23,79	21,25	0,74	0,00	0,00
3	MARET	3594	3527	27	142	169	195	0	0	300	31	38,65	18,09	29,26	0,65	0,00	0,00
4	APRIL	3359	3003	45	151	196	189	2	0	300	30	37,32	17,56	32,99	0,57	11,70	0,00
5	MAY	4107	3924	41	145	166	173	0	0	300	31	44,10	22,68	30,02	0,58	0,00	0,00
6	JUNI	4461	4211	48	164	212	211	2	0	300	30	49,57	19,77	21,31	0,71	9,99	0,00
7	JULI	4128	4507	55	178	233	240	0	1	300	31	44,40	19,70	21,42	0,80	4,15	4,15
8	AUGUSTUS	4724	4351	55	159	214	206	0	0	300	31	50,80	21,82	22,21	0,69	0,00	0,00
9	SEPTEMBER	3765	4197	69	154	223	240	0	1	300	30	41,83	17,41	21,72	0,80	4,15	4,15
10	OKTOBER	4285	4010	66	171	257	230	0	0	300	31	36,08	17,43	21,80	0,77	0,00	0,00
11	NOVEMBER	4066	3802	47	143	190	189	1	0	300	30	45,18	20,01	25,97	0,63	5,26	0,00
12	DESEMBER	4023	3554	51	139	160	157	0	0	300	31	43,26	19,63	28,22	0,62	0,00	0,00
	JUMLAH	48515	47919	571	1843	2434	2406	5	2	3600	365						
	RATA-RATA	4042,92	3992,50	47,58	153,58	201,17	200,50	0,42	0,17	300	30	44,31	19,85	25,27	0,64	2,90	0,83

Sumber : Rekam Medik RSJ Sambang Lihum 2025

NO	KETERANGAN	BULAN												JUMLAH
		JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGT	SEP	OKT	NOV	DES	
1	KUNJUNGAN RAWAT JALAN	4123	2199	2108	2028	2089	2232	2490	2241	2512	2769	2602	2585	29978
2	PASIEH MASUK RS	161	203	169	196	186	212	233	214	223	237	190	190	2414
3	PASIEH KELUAR RS	143	223	195	169	173	211	240	206	240	230	189	187	2406
	MEMBAIK	138	203	178	153	157	196	232	184	219	214	182	182	2238
	DROPING	0	14	9	5	10	3	1	12	13	3	2	0	72
	DIRUJUK	1	1	1	0	0	1	2	2	0	2	0	2	12
	APS	4	5	7	9	6	9	4	8	7	11	4	3	77
	MENINGGAL >48 JAM	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2
	MENINGGAL <48 JAM	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	1	0	5
	PASIEH BUNUH DIRI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	PASIEH LARI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	143	223	195	169	173	211	240	206	240	230	189	187	2406
4	LOS (HARI)	24.60	23.81	18.10	17.89	22.93	20.03	18.85	20.83	17.51	16.36	20.22	19.01	19.85
	LOS JIWA	21.71	24.02	16.46	15.35	18.93	17.75	15.23	17.82	15.85	15.03	18.92	15.97	17.61
	LOS NAFZA	31.80	22.23	24.67	30.46	35.55	30.68	35.78	34.19	26.34	30.57	27.96	33.18	30.62
5	BOR (%)	49.83	50.70	41.10	41.51	43.60	53.52	43.96	50.31	41.51	45.80	45.20	43.26	44.31

Sumber : Rekam Medik RSJ Sambang Lihum 2025

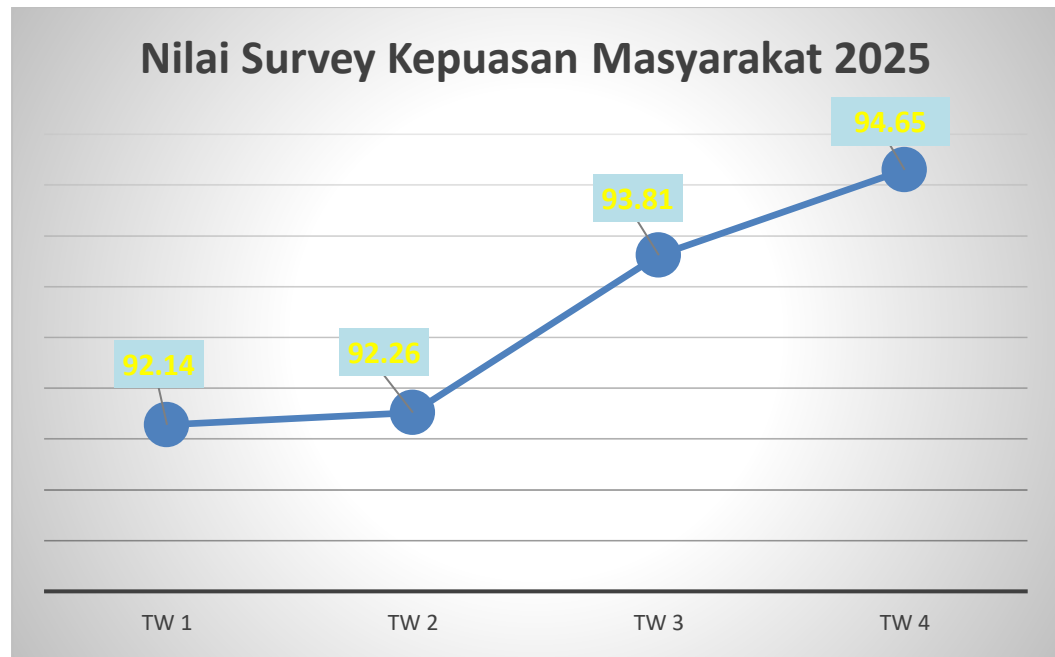
c) Nilai SAKIP Perangkat daerah

Realisasi Nilai SAKIP dengan target nilai 90.50 dapat terealisasi dengan penilaian sakip tahun 2024 yang dikeluarkan pada tahun 2025 dengan nilai 84,00 diperbandingkan dengan capaian dari penilai SAKIP tahun 2023 yang dikeluarkan pada tahun 2024 dengan nilai 82,42 meningkat 1.58 poin. Ada **progres perbaikan** dalam implementasi SAKIP, Peningkatan ini menunjukkan bahwa instansi telah melakukan upaya perbaikan meskipun masih belum mencapai target, karena target pada indikator ini disesuaikan dengan target renstra dan RPJMD terbaru.

d) Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) Perangkat Daerah

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. 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, Rawat Inap Napza dan diklat Rumah Sakit Pelaksanaan survei di laksanakan 4 kali setahun per triwulan pada triwulan IV tahun 2025 Nilai Survei Kepuasan Masyarakat / Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) adalah 94,65 ini berarti

berada dalam nilai interval konversi 88,31 – 100,00 dengan kategori mutu pelayanan A (sangat baik). Adapun Grafik Nilai Survei Kepuasan Masyarakat per triwulan tahun 2025 adalah sebagai berikut:



Sumber : Bidang Dilibang RSJ Sambang Lihum 2025

e) Jumlah Inovasi Pelayanan Publik Yang Yang Diterapkan

Indikator Jumlah Inovasi Pelayanan Publik Yang Yang Diterapkan dilaksanakan tahun 2025 ini, terealisasi 110% dari target 2 inovasi yang diterapkankan, yaitu sebelumnya 12 inovasi bertambah menjadi 16 inovasi yang diterapkan. Target berupa penambahan 2 inovasi tidak hanya terpenuhi, tetapi secara faktual terjadi penambahan sebanyak 4 inovasi. Hal ini menunjukkan adanya komitmen kuat organisasi dalam meningkatkan kualitas, variasi, dan aksesibilitas pelayanan publik melalui inovasi. Capaian di atas target menggambarkan bahwa proses perencanaan, penganggaran, dan pelaksanaan inovasi berjalan efektif. Beberapa faktor yang mendorong capaian ini Komitmen manajemen dalam mendorong dan memfasilitasi inovasi dan Dukungan SDM yang memiliki kemampuan membuat dan menerapkan inovasi.

f) Indeks Maturitas SPIP Perangkat Daerah

Pencapaian Indikator dari Indeks Maturitas SPIP Perangkat Daerah pada tahun 2025 terealisasi 2,867 dari target 3 (Level 3), capaian 2,867 atau 95,57% dari target yang ditetapkan berada sedikit dibawah target, sehingga perlu memperkuat komitmen dalam penerapan SPIP terintegrasi untuk tahun-tahun yang akan datang.

g) Indeks Pelayanan Publik

Pencapaian Indikator dari Indeks Pelayanan Publik pada tahun 2025 ditetapkan dengan target 4,58 (Sangat Baik), diperoleh nilai 4.22 atau 92,14% dari target dengan kategori sangat baik.

3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;

Dalam meningkatkan tata kelola dan mutu pelayanan kesehatan dan kualitas tata kelola pemerintahan perangkat daerah maka upaya-upaya yang sudah dilakukan yaitu :

1. Optimalisasi 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.
2. Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum terus berupaya mempertahankan hasil dari penilaian akreditasi tersebut dengan selalu meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien, kegiatan rapat akreditasi dan peningkatan mutu pelayanan terus digalakkan setiap bulannya. Pada tahun 2025 dilaksanakan Pemantauan dan evaluasi mutu pelayanan rumah sakit paska akreditasi. Ditahun 2026 RSJ Sambang Lihum kembali melakukan penilaian Akreditasi.
3. 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.
4. Optimalisasi 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.

5. Peningkatan Monitoring dan evaluasi program kegiatan serta optimalisasi akuntabilitas kinerja semua unit kerja lingkup RSJ Sambang Lihum

3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;

1. Masih adanya stigma di masyarakat, menyebabkan masyarakat tidak optimal dalam merawat ODGJ.
2. Sarana dan prasarana Rumah Sakit yang masih perlu ditingkatkan, seperti bangunan gedung yang perlu perbaikan dan renovasi.
3. SDM yang masih kurang, seperti dokter spesialis, perawat spesialis dan tenaga kesehatan lainnya.
4. Pelaporan masih administratif, belum analitis.
5. Jumlah responden IKM kurang representatif sehingga hasil kurang stabil.
6. Kurangnya anggaran untuk pengembangan aplikasi atau teknologi baru.
7. Pemahaman SPIP rendah, terutama manajemen risiko dan pengendalian internal.

3.3 Rencana Tindak Lanjut;

1. Peningkatan peran keluarga melalui kelas keluarga pasien, family gathering, dan konseling.
2. Penguatan jejaring rujukan & psikososial dengan Puskesmas, Dinas Sosial.
3. Mengusulkan dukungan anggaran melalui mekanisme APBD/APBN.
4. Pemenuhan kebutuhan SDM melalui usulan formasi ke BKD
5. Pelatihan & peningkatan kompetensi tenaga kesehatan secara berkala.
6. Integrasi data kinerja dengan aplikasi e-kinerja/e-SAKIP.
7. Penguatan tim survei IKM di tiap unit pelayanan.
8. Mendorong inovasi internal yang memanfaatkan sistem yang sudah ada
9. Pelatihan SPIP dan manajemen risiko untuk seluruh pejabat struktural.
10. Audit internal berkala terhadap pengendalian internal

4) Analisis Program/Kegiatan yang Menunjang Keberhasilan / Kegagalan Pencapaian 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. Administrasi Umum Perangkat Daerah
 - d. Penyediaan Jasa Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah
 - e. 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. Penyelenggaraan Sistem Informasi Kesehatan secara terintegrasi.
 - d. 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.

Analisis :

- Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Provinsi
Program ini merupakan fondasi administratif dan manajerial yang memastikan seluruh proses perencanaan, penganggaran, kelembagaan, kepegawaian, tata laksana, pelaporan, serta pengadaan barang/jasa berjalan sesuai ketentuan. Tanpa program ini, pelaksanaan program teknis akan terhambat.
- Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat.
Program ini merupakan inti layanan kesehatan yang dilaksanakan RSJ Sumbang Lihum. Melalui UKP dan UKM, rumah sakit menjalankan fungsi pelayanan dan promotif-preventif sesuai standar kesehatan jiwa
- Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan
Program ini memastikan tenaga kesehatan dan tenaga pendukung memiliki kompetensi yang memadai untuk memberikan pelayanan sesuai standar profesional. Program mencakup pelatihan, seminar, workshop, sertifikasi kompetensi, serta pengembangan karier.

3 . Wakil Direktur Administrasi dan Keuangan

Tingkat capaian kinerja Esselon III (Wakil direktur/Kepala Bagian/Kepala Bidang) RSJ Sambang Lihum tahun 2025 adalah sebagai berikut :

Capaian Kinerja Esselon III (Wakil Direktur Administrasi dan Keuangan)

No	IKU sebelum			Target	Realisasi / sepeptember	Capaian	Rata rata Capaian	No	IKU Perubahan			Target	Realisasi	Capaian	Rata rata Capaian
	Kinerja Utama	No	Indikator kinerja						Kinerja Utama	No	Indikator kinerja				
1	Meningkatnya Tata Kelola Rumah Sakit	1	Nilai SAKIP	85	84	99%	66.95%	1	Meningkatnya kelancaran pelaksanaan tugas dan fungsi perangkat daerah serta layanan UPT dan BLUD	1	Persentase Kegiatan Tepat Waktu	100%	100%	100%	101.38 %
		2	Nilai Survei Kepuasan Karyawan	90	91.82	102%				2	Persentase Laporan/Telaahan Staf Tepat Waktu	100%	100%	100%	
		3	Tingkat Maturitas SPIP	3.00	0.00	0%				3	Nilai Kepatuhan Pengelolaan Administrasi Internal	100	100	100%	
		4	Persentase Aduan/Keluhan antar Bidang terkait Layanan Kesekretariatan yang Ditindaklanjuti	100%	100%	100%									
		5	Persepsi Internal antar Bidang/Unit terhadap Layanan Sekretariat	100	100	100%									
		6	Indeks Kepuasan Masyarakat Layanan BLUD	95	94,65	99,63%									
		7	Nilai Pendapatan Daerah BLUD	100%	115,33%	110%									
Capaian							66.95%	Capaian							101,38 %

Rumus Perhitungan :

1. Persentase Kegiatan Tepat Waktu

$$\frac{\sum \text{Kegiatan yang selesai sesuai jadwal}}{\sum \text{seluruh kegiatan}} \times 100 \%$$

2. Persentase Laporan/Telaahan Staf Tepat Waktu

$$\frac{\sum \text{Laporan atau Telaahan Staf yang Diselesaikan Tepat Waktu}}{\sum \text{Seluruh Laporan atau Telaahan Staf}} \times 100\%$$

3. Nilai Kepatuhan Pengelolaan Administrasi Internal

$$\frac{\sum \text{komponen administrasi yang sesuai ketentuan}}{\sum \text{seluruh seluruh komponen administrasi yang diperiksa}} \times 100 \%$$

4. Persentase Aduan/Keluhan antar Bidang terkait Layanan Kesekretariatan yang Ditindaklanjuti

$$\frac{\sum \text{Aduan atau Keluhan yang Ditindaklanjuti}}{\sum \text{Aduan atau Keluhan yang Diterima}} \times 100 \%$$

5. Persepsi Internal antar Bidang/Unit terhadap Layanan Sekretariat

$$\frac{\sum \text{Responden dengan Persepsi Positif}}{\sum \text{Seluruh Responden}} \times 100 \%$$

6. Indeks Kepuasan Masyarakat Layanan BLUD

$$\frac{\text{Total Nilai Persepsi}}{\sum \text{Unsur yang Dinilai} \times \text{Jumlah Responden}} \times 25$$

7. Nilai Pendapatan Daerah BLUD

$$\frac{\text{Pendapatan BLUD}}{\text{Target Pendapatan BLUD}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon III (Wakil Direktur Administrasi dan Keuangan) RSJ Sambang Lihum tahun 2020-2025 dengan capaian kinerja.

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Target	Tahun 2025	
		2020	2021	2022	2023	2024		Realisasi	% Capaian
1.	Capaian standar pelayanan minimal lingkup Administrasi dan Keuangan	-	96.78%	97.12%	100%	100%	100%		
2.	Nilai SAKIP	80.24	81.99	82.30	82.10	82.42	85		
3.	Nilai survei kepuasan karyawan	-	92.98	91.85	93.40	91.92	≥90		
1	Persentase Kegiatan Tepat Waktu						100%	100%	100%
2	Persentase Laporan/Telaahan Staf Tepat Waktu						100%	100%	100%
3	Nilai Kepatuhan Pengelolaan Administrasi Internal						100	100	100%
4	Persentase Aduan/Keluhan antar Bidang terkait Layanan Kesekretariatan yang Ditindaklanjuti						100%	100%	100%
5	Persepsi Internal antar Bidang/Unit terhadap Layanan Sekretariat						100	100	100%
6	Indeks Kepuasan Masyarakat Layanan BLUD						95	94.65	99,63%
7	Nilai Pendapatan Daerah BLUD						100%	115,33%	110%
Rata-rata capaian									101.38%

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 Persentase Kegiatan Tepat Waktu dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2025 dengan persentase 100% sehingga capaian persentasenya 100%.
- b) Realisasi Persentase Laporan/Telaahan Staf Tepat Waktu dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2025 dengan persentase 100% sehingga capaian persentasenya 100%.
- c) Realisasi Nilai Kepatuhan Pengelolaan Administrasi Internal dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2025 dengan persentase 100% sehingga capaian persentasenya 100%.
- d) Realisasi Persentase Persentase Aduan/Keluhan antar Bidang terkait Layanan Kesekretariatan yang Ditindaklanjuti dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2025 dengan persentase 100% sehingga capaian persentasenya 100%.
- e) Realisasi Persepsi Internal antar Bidang/Unit terhadap Layanan Sekretariat dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2025 dengan persentase 100% sehingga capaian persentasenya 100%.
- f) Realisasi Indeks Kepuasan Masyarakat Layanan BLUD dengan target 95 yang terealisasi pada tahun 2025 dengan angka 94,65 poin sehingga capaian persentasenya 99,63%.
- g) Realisasi Persentase Nilai Pendapatan Daerah BLUD dengan target Rp.28.000.000.000,- yang terealisasi pada tahun 2025 sebesar Rp 32.291.721.091,46 (115,33%) sehingga capaian persentasenya 110%.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian kinerja Esselon III (Wakil Direktur Administrasi dan Keuangan) RSJ Sambang Lihum Tahun 2025 adalah 101.38% dengan kategori **Istimewa**.

2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait

- a. Capaian Persentase Kegiatan Tepat Waktu dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2025 dengan persentase 100% sehingga capaian persentasenya 100%. Yang merupakan indikator baru sehingga belum dapat diperbandingkan dengan indikator sebelumnya.
- b. Capaian Persentase Laporan/Telaahan Staf Tepat Waktu dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2025 dengan persentase 100% sehingga capaian

- persentasenya 100%. Yang merupakan indikator baru sehingga belum dapat diperbandingkan dengan indikator sebelumnya
- c. Capaian Nilai Kepatuhan Pengelolaan Administrasi Internal dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2025 dengan persentase 100% sehingga capaian persentasenya 100%. Yang merupakan indikator baru sehingga belum dapat diperbandingkan dengan indikator sebelumnya
 - d. Capaian Persentase Persentase Aduan/Keluhan antar Bidang terkait Layanan Kesekretariatan yang Ditindaklanjuti dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2025 dengan persentase 100% sehingga capaian persentasenya 100%. Yang merupakan indikator baru sehingga belum dapat diperbandingkan dengan indikator sebelumnya
 - e. Capaian Persepsi Internal antar Bidang/Unit terhadap Layanan Sekretariat dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2025 dengan persentase 100% sehingga capaian persentasenya 100%. Yang merupakan indikator baru sehingga belum dapat diperbandingkan dengan indikator sebelumnya
 - f. Capaian Indeks Kepuasan Masyarakat Layanan BLUD dengan target 95 yang terealisasi pada tahun 2025 dengan angka 94,65 poin sehingga capaian persentasenya 99,63%. Yang merupakan indikator baru dan sama dengan hasil survei SKM dibanding dengan hasil survei SKM tahun 2024 mengalami kenaikan sebesar 2,73 poin dari realisasi 91,92.
 - g. Capaian nilai pendapatan daerah BLUD dengan target Rp.28.000.000.000,- yang terealisasi pada tahun 2025 sebesar Rp 32.291.721.091,46 (115,33%) sehingga capaian persentasenya 110%. Yang merupakan indikator baru sehingga belum dapat diperbandingkan dengan indikator sebelumnya

3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja

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

Secara keseluruhan, seluruh indikator baru yang ditetapkan pada tahun 2025 berhasil mencapai 100%, menunjukkan efektivitas pelaksanaan program dan kepatuhan terhadap standar waktu, administrasi, serta kualitas layanan. Namun karena seluruhnya merupakan indikator baru, analisis tren dan evaluasi jangka panjang belum dapat dilakukan hingga tersedia data dua atau tiga tahun ke depan

3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;

1. Mengembangkan dan meningkatkan mutu pelayanan administrasi umum dan keuangan sesuai dengan standar.

2. Peningkatan akuntabilitas kinerja semua unit kerja lingkup RSJ Sambang Lihum.
3. Melaksanakan survei kepuasan karyawan.

3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;

1. Penggunaan aplikasi administrasi dan pelaporan belum dimanfaatkan secara optimal oleh seluruh pegawai.
2. Pemahaman SDM terhadap SAKIP, BLUD, administrasi, dan inovasi masih belum merata
3. Beban kerja tidak seimbang antar bidang sehingga berdampak pada ketepatan waktu pelaksanaan kegiatan tertentu.

3.3 Rencana Tindak Lanjut;

1. Menetapkan jadwal Monev triwulan untuk memastikan kegiatan berjalan sesuai timeline.
2. Menyusun atau merevisi SOP administrasi, pelaporan, dan layanan sekretariat sesuai standar yang lebih efektif, Meningkatkan pemanfaatan aplikasi administrasi dan pelaporan internal.
3. Melaksanakan pelatihan kompetensi pegawai terkait SAKIP, BLUD, administrasi, pelayanan publik, dan inovasi.

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. Administrasi Umum Perangkat Daerah
3. Penyediaan Jasa Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah
4. Perencanaan, Penganggaran, dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah
5. 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 Peralatan dan perlengkapan kantor
- h. Penyediaan peralatan rumah tangga
- i. Penyediaan Jasa Pelayanan Umum Kantor
- j. Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD

Analisis : Kelima Kegiatan tersebut berperan penting sebagai penunjang utama bagi keberhasilan kinerja RSJ Sambang Lihum. Program administrasi, perencanaan, dan layanan BLUD berkontribusi langsung pada efektivitas pelayanan, tata kelola, dan pencapaian indikator kinerja. Penguatan pada aspek SDM, digitalisasi administrasi, integrasi data, dan pemeliharaan fasilitas merupakan fokus utama untuk meningkatkan kualitas pelaksanaan program.

1) Kepala Bagian Umum dan Kepegawaian

Capaian Kinerja Esselon III (Kepala Bagian Umum dan Kepegawaian)

No	IKU sebelum			Target	Realisasi / september	Capaian	Rata rata Capaian	No	IKU Perubahan			Target	Realisasi	Capaian	Rata rata Capaian
	Kinerja Utama	No	Indikator kinerja						Kinerja Utama	No	Indikator kinerja				
1	Meningkatnya penyelenggaraan urusan umum dan rumah tangga, pengelolaan ketatausahaan, kepegawaian serta perlengkapan dan aset	1	Persentase pemenuhan layanan administrasi umum, rumah tangga dan ketertiban keamanan Lingkungan Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum	100%	74.97%	75%	74.97%	1	Meningkatnya penyelenggaraan urusan umum dan rumah tangga, pengelolaan ketatausahaan, kepegawaian serta perlengkapan dan aset	1	Persentase Ketersediaan Layanan Administrasi Umum Perangkat Daerah	100%	100%	100%	100%
		2	Persentase pemenuhan kebutuhan SDM	100%	74.97%	75%		2	Meningkatnya kualitas layanan penyediaan jasa penunjang di perangkat daerah	2	Persentase Ketersediaan Jasa Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah	100%	100%	100%	100%
		3	Persentase pemenuhan sarana prasarana sesuai kebutuhan	100%	74.97%	75%		3	Meningkatnya Tata Kelola Umum dan Kepegawaian	3	Nilai Survei Budaya Kerja	100%	94.64%	94.64%	94.64%

Rumus Perhitungan :

1. Persentase Ketersediaan Layanan Administrasi Umum Perangkat Daerah

$$\frac{\Sigma \text{Layanan Adminitrasi Umum yang tersedia}}{\Sigma \text{Total Layanan Administrasi Umum}} \times 100\%$$

2. Persentase Ketersediaan Jasa Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah

$$\frac{\Sigma \text{Layanan Penunjang yang disediakan}}{\Sigma \text{Total Layanan Penunjang}} \times 100\%$$

3. Nilai Survei Budaya Kerja

$$\frac{\Sigma \text{Total Skor Jawaban Responden}}{\Sigma \text{Responden}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon III (Kepala Bagian Umum dan Kepegawaian) RSJ Sambang Lihum Tahun 2020-2025.

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Target	Tahun 2024	
		2020	2021	2022	2023	2024		Realisasi	% Capaian
1.	Persentase pemenuhan layanan administrasi umum, rumah tangga dan ketertiban keamanan lingkungan RSJ Sambang Lihum	100%	100%	100%	90%	100%	100%		
2.	Persentase pemenuhan kebutuhan SDM	-	-	100%	90%	100%	100%		
3.	Persentase pemenuhan sarana prasarana sesuai kebutuhan	100%	100%	100%	90%	100%	100%		
1	Persentase Ketersediaan Layanan Administrasi Umum Perangkat Daerah						100%	100%	100%
2	Persentase Ketersediaan Jasa Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah						100%	100%	100%
3	Nilai Survei Budaya Kerja						100%	94.64%	94.64%
Rata-rata capaian									98.21%

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, Meningkatnya kualitas layanan penyediaan jasa penunjang di perangkat daerah dan Meningkatnya Tata Kelola Umum dan Kepegawaian dengan masing masing Indikator Kinerja sebagai berikut :

- a. Persentase Ketersediaan Layanan Administrasi Umum Perangkat Daerah dengan target 100% dan realisasi capaian kinerja pada Tahun 2025 adalah 100%, sehingga persentase capaian kerjanya 100%.
- b. Persentase Ketersediaan Jasa Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah dengan target 100% dan realisasi capaian kinerja pada Tahun 2025 adalah 100%, sehingga persentase capaian kerjanya 100%.

c. Nilai Survei Budaya Kerja dengan target 100% dan realisasi capaian kinerja pada Tahun 2025 adalah 94.64%, sehingga persentase capaian kinerjanya 94.64%.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2025 kinerja dan indikator-indikator kinerja tersebut adalah 98.21% dengan kategori **Baik**.

- 2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait;
 - a) Persentase Ketersediaan Layanan Administrasi Umum Perangkat Daerah dengan target 100% dan realisasi capaian kinerja pada Tahun 2025 adalah 100% sama dengan capaian tahun 2024 yang terealisasi 100%.
 - b) Persentase Ketersediaan Jasa Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah dan realisasi capaian kinerja pada Tahun 2025 adalah 100% yang merupakan indikator baru belum bisa di perbandingkan.
 - c) Nilai Survei Budaya Kerja dengan target 100% dan realisasi capaian kinerja pada Tahun 2025 adalah 94.64% yang merupakan indikator baru belum bisa di perbandingkan.

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 koordinasi rutin antar perangkat daerah melalui rapat koordinasi bulanan atau triwulan
2. Mengadakan rapat koordinasi secara berkala antar perangkat daerah terkait bagian umum, perlengkapan dan keuangan dan unit pengguna layanan
3. Menyelenggarakan rapat koordinasi rutin antar bagian umum dan kepegawaian dengan unit kerja lainnya

3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;

1. Jadwal kegiatan antar perangkat daerah sering berbenturan
2. Minimnya komunikasi dan pertukaran data antar bagian
3. Jadwal koordinasi antar unit sering tidak sinkron

3.3 Rencana Tindak Lanjut;

1. Menyesuaikan jadwal koordinasi dengan kalender kegiatan daerah
2. Menyusun kalender kegiatan bersama dan jadwal koordinasi terintegrasi

3. Menyusun kalender koordinasi tahunan dan surat edaran kewajiban kehadiran rapat

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. Administrasi umum perangkat daerah
3. Peningkatan Pelayanan BLUD

Sub. Kegiatan :

1. Penyediaan Jasa Pelayanan Umum Kantor
2. Penyediaan peralatan dan perlengkapan kantor
3. Penyediaan peralatan rumah tangga
4. Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD

Analisis : kegiatan penunjang ini secara langsung meningkatkan efektivitas kinerja melalui Lingkungan kerja yang kondusif dan fasilitas memadai, percepatan proses administrasi dan pengelolaan SDM, Optimalisasi penggunaan anggaran BLUD untuk mendukung operasional, Peningkatan koordinasi dan kelancaran layanan non-medis rumah sakit. Dengan implementasi kegiatan ini, dapat mendukung pencapaian target kinerja rumah sakit secara lebih optimal, khususnya dalam pengelolaan SDM, administrasi, dan pelayanan penunjang non-medis.

a. Kepala Sub Bagian Umum dan Rumah Tangga

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

No	IKU sebelum			Target	Realisasi / septembe r	Capaian	Rata rata Capaian	No	IKU Perubahan			Target	Realisasi	Capaian	Rata rata Capaian
	Kinerja Utama	No	Indikator kinerja						Kinerja Utama	No	Indikator kinerja				
1	Meningkatnya pemenuhan layanan umum dan rumah tangga serta pengelolaan ketatausahaan Rumah Sakit Jiwa Sumbang Lihum	1	Persentase pemenuhan layanan surat menyurat	100%	75%	75%	75.00%	1	Meningkatnya Tata Kelola Umum dan Rumah Tangga	1	Persentase Pemenuhan Bahan Logistik Kantor	100%	100%	100%	100%
		2	Persentase pemenuhan kebutuhan pengetikan, penggandaan dan pencetakan naskah dinas dan ekspedisi	100%	75%	75%									

		3	Persentase pemenuhan pelayanan pengelolaan arsip, ketertiban dan keamanan Lingkungan Rumah Sakit	100%	75%	75%												
--	--	---	--	------	-----	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Rumus perhitungan :

Persentase Pemenuhan Bahan Logistik Kantor

$$\frac{\Sigma \text{Jumlah permintaan logistik}}{\text{total jumlah permintaan logistik yang masuk}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon IV (Sub Bagian Umum dan Rumah Tangga) RSJ Sambang Lihum Tahun 2025 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya.

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2025			
		2020	2021	2022	2023	2024	Target	Realisasi	% Capaian	
1.	Persentase pemenuhan layanan surat menyurat	-	100%	100%	100%	100%	100%			
2.	Persentase pemenuhan kebutuhan pengetikan naskah dinas dan ekspedisi	-	-	100%	100%	100%	100%			
3.	Persentase pemenuhan pelayanan pengelolaan arsip, ketertiban dan keamanan Lingkungan Rumah Sakit	-	-	100%	100%	100%	100%			
1	Persentase Pemenuhan Bahan Logistik Kantor						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 Sub Bagian Umum dan Rumah Tangga adalah Meningkatnya tata kelola umum dan rumah tangga, dengan indikator kinerja :

- Persentase pemenuhan bahan logistik Kantor yang merupakan indikator baru sehingga tidak dapat diperbandingkan dengan capaian tahun sebelumnya.

Capaian indikator kinerja yang sebesar 100% ini merupakan capaian yang dikategorikan dengan **Baik**.

- 2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait;
 - Persentase pemenuhan bahan logistik kantor dengan target 100% terealisasi 100% pada Tahun 2025. Indikator ini merupakan indikator baru sehingga tidak dapat diperbandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya.
- 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 dan luar daerah
 3. Pengiriman surat keluar melalui via Pos, JNE dan J&T
 4. Penerimaan, peminjaman dan penyimpanan arsip dinamis dan arsip statis rumah sakit
 5. Penyusunan retensi arsip pada aplikasi SRIKANDI
 6. Menyiapkan SDM Satuan Keamanan, jadwal tugas, perparkiran, menjaga keamanan lingkungan dan laporan bulanan dalam upaya pelayanan kepada pasien dan keluarga pasien.
 - 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. Pemilihan arsip dinas dinamis dan arsip statis belum ada kendali dari bagian / bidang terkait.
 4. SDM belum terpenuhi serta sarana penyimpanan arsip dinamis dan arsip statis belum tersedia.
 5. 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. Pengiriman surat keluar melalui SRIKANDI
4. Mengusulkan pembuatan Tim Pengendali Arsip pada Bagian/Bidang terkait.
5. Mengusulkan penambahan SDM Arsiparis, serta pengadaan sarana penyimpanan arsip dinamis dan arsip statis Rumah Sakit.
6. 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. Administrasi umum perangkat daerah
2. Peningkatan pelayanan BLUD

Sub. Kegiatan :

1. Penyediaan peralatan dan perlengkapan kantor
2. Penyediaan peralatan rumah tangga
3. Pelayanan dan penunjang pelayanan BLUD

Analisis : Program penunjang urusan pemerintahan daerah provinsi, dengan kegiatan meningkatnya tata kelola umum dan rumah tangga melalui sub kegiatan pemenuhan bahan logistik kantor, sub bagian umum dan rumah tangga telah melakukan identifikasi kebutuhan, penerimaan, penyimpanan, distribusi ke unit, stok, serta pelaporan keuangan dan kinerja terkait pemenuhan bahan logistik kantor secara optimal.

b. Kepala Sub Bagian Perlengkapan dan Aset

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

No	IKU sebelum			Target	Realisasi / september	Capaian	Rata rata Capaian	No	IKU Perubahan			Target	Realisasi	Capaian	Rata rata Capaian
	Kinerja Utama	No	Indikator kinerja						Kinerja Utama	No	Indikator kinerja				
1	Meningkatnya penyelenggaraan administrasi dan penatalaksanaan perlengkapan dan aset	1	Persentase ketersediaan dokumen Rencana Kebutuhan Barang Unit (RKBU) dan Rencana Tahunan Barang Unit (RTBU)	100%	100%	100%	100%	1	Meningkatnya Tata Kelola Aset dan Perlengkapan	1	Persentase Pemenuhan Dokumen Barang Inventaris	100%	100%	100%	100%
		2	Persentase Pengadaan, Penyimpanan dan Distribusi Barang, Aset dan Inventaris yang Terdokumentasi	75%	75%	100%									
		3	Persentase barang inventaris tercatat dalam kartu aset	75%	75%	100%									
		4	Persentase pemeliharaan barang inventaris	75%	75%	100%									

Rumus Perhitungan :

Persentase Pemenuhan Dokumen Barang Inventaris

$$\frac{\sum \text{Pemenuhan Dokumen barang inventaris}}{\sum \text{Total Jumlah Dokumen Inventaris}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon IV (Sub Bagian Perlengkapan Dan Aset) RSJ Sambang Lihum Tahun 2025 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya.

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2025		
		2020	2021	2022	2023	2024	Target	Realisasi	% Capaian
1.	Persentase ketersediaan dokumen Rencana Kebutuhan Barang Unit (RKBU) dan Rencana Tahunan Barang Unit (RBU)	-	-	-	100%	100%	100%		
2.	Persentase pengadaan, penyimpanan dan distribusi barang, aset dan inventaris yang terdokumentasi	-	-	-	-	100%	100%		
3.	Persentase barang inventaris tercatat dalam kartu aset	-	-	100%	100%	100%	100%		
4.	Persentase pemeliharaan barang inventaris	-	-	100%	100%	100%	100%		
1	Persentase Pemenuhan Dokumen Barang Inventaris						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 Sub Bagian Perlengkapan Dan Aset adalah Meningkatnya tata kelola aset dan perlengkapan dengan Indikator Kinerja sebagai berikut :

- Persentase pemenuhan dokumen barang inventaris dengan target 100% yang terealisasi 100% pada tahun 2025 sehingga capaian persentasenya 100%. Indikator kinerja ini adalah indikator kinerja baru, sehingga tidak dapat diperbandingkan.

Dari realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2025 indikator tersebut adalah 100% dengan kategori **Baik**.

2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait;

- Persentase pemenuhan dokumen barang inventaris dengan target 100% terealisasi 100% pada Tahun 2025 sama dengan realisasi tahun 2023 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 pengawasan dan pendampingan pengusulan RKBMD Pengadaan dan Pemeliharaan serta laporan aset
2. Melakukan pengawasan secara rutin apabila ada barang yang masuk serta meminta BAST barang dari masing-masing PPTK
3. Melakukan pengawasan dan monitoring setiap kegiatan pencatatan barang inventaris baik itu barang baru ataupun barang yang sudah ada
4. Melakukan koordinasi dengan bagian pemeliharaan terkait sarana dan prasarana yang dilakukan pemeliharaan

3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;

1. Kurang tertibnya administrasi BAST dari masing-masing PPTK yang kadang tidak diserahkan ke instalasi logistik
2. Seringnya barang-barang berpindah tempat tanpa ada pemberitahuan serta luasnya area rumah sakit

3. Bagian pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit beda divisi sehingga sehingga terjadi kesulitan dalam pelaporan pemeliharaan barang inventaris.

3.3 Rencana Tindak Lanjut;

1. Melakukan sosialisasi tata cara pengusulan kebutuhan barang unit
2. Melakukan sosialisasi kepada PPTK agar menyerahkan BAST ke instalasi logistik
3. Melakukan sosialisasi kepada unit-unit apabila ada perpindahan barang inventaris segera melapor ke sub bagian perlengkapan dan aset
4. Berkoordinasi dengan bagian pemeliharaan sarana prasarana mengenai barang inventaris yang dilakukan pemeliharaan

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 umum perangkat daerah
2. Pemeliharaan barang milik daerah penunjang urusan pemerintah daerah
3. Peningkatan Pelayanan BLUD

Sub. Kegiatan :

1. Penyediaan peralatan dan perlengkapan kantor
2. Penyediaan peralatan rumah tangga
3. Pemeliharaan/rehabilitasi gedung kantor dan bangunan lainnya
4. Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD.

Analisis : Program penunjang urusan pemerintah daerah provinsi, dengan kegiatan meningkatnya tata kelola umum dan rumah tangga melalui sub kegiatan pemenuhan bahan logistik kantor, sub bagian umum dan rumah tangga telah melakukan identifikasi kebutuhan perlengkapan dan aset, perolehan/pemanfaatan, pemeliharaan, inventarisasi, aset tetap/berjalan, serta pelaporan kinerja dan akuntabilitas pada Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum.

c. Kepala Sub Bagian Kepegawaian

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

NO	IKU sebelum			Target	Realisasi / septembe r	Capaian	Rata rata Capaian	NO	IKU Perubahan			Target	Realisasi	Capaian	Rata rata Capaian
	Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja						Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja				
1	Meningkatnya pemenuhan pengelolaan urusan kepegawaian	1	Persentase pemenuhan ketersediaan dokumen rencana kebutuhan pegawai	100%	74.97%	74.97%	74.97%	1	Meningkatnya Tata Kelola Kepegawaian	1	Persentase Update Data Sistem Informasi Kepegawaian	100%	100%	100%	100%
		2	Persentase pemenuhan layanan administrasi kepegawaian	100%	74.97%	74.97%									
		3	Persentase pemenuhan pelaksanaan Sistem Informasi Manajemen Kepegawaian	100%	74.97%	74.97%									

Rumus perhitungan :

Persentase Update Data Sistem Informasi 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 2025 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2024		
		2020	2021	2022	2023	2024	Target	Realisasi	% Capaian
1.	Persentase pemenuhan ketersediaan dokumen rencana kebutuhan pegawai	-	-	100%	100%	100%	100%		
2.	Persentase pemenuhan layanan administrasi kepegawaian	-	100%	100%	100%	100%	100%		
3.	Persentase pemenuhan pelaksanaan Sistem Informasi Manajemen Kepegawaian	-	-	100%	100%	100%	100%		
1	Persentase Update Data Sistem Informasi Kepegawaian						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 Kasubag Kepegawaian adalah Meningkatnya penyelenggaraan pengelolaan urusan kepegawaian dengan Indikator Kinerja sebagai berikut :

- Persentase update data sistem informasi kepegawaian dengan target 100% yang terealisasi 100% pada tahun 2025 sehingga capaian persentasenya 100%. Indikator ini merupakan indikator baru, sehingga tidak dapat diperbandingkan.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2025 indikator tersebut adalah 100% dengan kategori **Baik**.

2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait

- Realisasi Persentase update data sistem informasi kepegawaian dengan target 100% terealisasi 100% pada Tahun 2025, indikator ini tidak dapat diperbandingkan dengan tahun sebelumnya 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. Menetapkan SOP alur update data untuk mempercepat proses
2. Melakukan monev dashboard SIMPEG untuk memastikan tidak ada data yang belum diperbaharui
3. Mengumpulkan dokumen yang masih kurang melalui surat pemberitahuan atau group koordinasi
4. Menerapkan mekanisme update segera (real time) untuk data yang baru diterbitkan
5. Melakukan sosialisasi kewajiban pemuktahiran data melalui group wa, surat edaran dan briefing

3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;

1. Kurangnya pemahaman pegawai tentang cara input data
2. Beberapa dokumen tidak sesuai format (blur, tidak terbaca)
3. Sistem down, eror saat diunggah atau loading lambat
4. Penginput tidak melakukan pengecekan sebelum simpan
5. Pegawai baru/PPPK belum familiar dengan aplikasi kepegawaian

3.3 Rencana Tindak Lanjut;

1. Penyusunan dan distribusi panduan/ video tutorial penggunaan aplikasi
2. Standarisasi format dokumen (PDF, resolusi minimum, ukuran file)
3. Penyediaan SOP penanganan gangguan sistem
4. Penunjukan pejabat/pegawai verifikator data
5. Orientasi dan pelatihan khusus pegawai baru/PPPK

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.

Analisis : Program penunjang urusan pemerintah daerah provinsi, dengan kegiatan penyediaan jasa penunjang urusan pemerintahan daerah dan peningkatan layanan BLUD melalui perencanaan kebutuhan tenaga, rekrutmen/pengadaan SDM, pelatihan, penilaian kinerja, pengelolaan data kepegawaian, serta pelaporan kinerja dan akuntabilitas.

2) Kepala Bagian Perencanaan dan Organisasi

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

No	IKU sebelum			Target	Realisasi / september	Capaian	Rata rata Capaian	No	IKU Perubahan			Target	Realisasi	Capaian	Rata rata Capaian
	Kinerja Utama	No	Indikator kinerja						Kinerja Utama	No	Indikator kinerja				
1	Meningkatnya pengkoordinasian dan pengendalian perencanaan, kegiatan pengembangan organisasi, pembinaan tatalaksana dan evaluasi pelaksanaan kegiatan serta penyusunan laporan akuntabilitas kinerja Rumah Sakit	1	Persentase pemenuhan layanan dokumen perencanaan program dan kegiatan	100%	75%	75%	75.00%	1	Meningkatnya kualitas dan ketepatan waktu Perencanaan, Penganggaran, dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah Tersusun Tepat Waktu	1	Persentase Dokumen Perencanaan, Penganggaran dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah Tersusun Tepat Waktu	100%	100%	100%	100%
		2	Persentase pemenuhan dokumen pengembangan organisasi dan tatalaksana	100%	75%	75%		2	Meningkatnya Tata Kelola Perencanaan dan Organisasi	2	Persentase Pemenuhan Laporan Tindak Lanjut Evaluasi Dokumen Tata Laksana Rumah Sakit	100%	100%	100%	100%
		3	Persentase pemenuhan dokumen evaluasi dan pelaporan	100%	75%	75%									

Rumus Perhitungan :

1. Persentase Dokumen Perencanaan, Penganggaran dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah Tersusun Tepat Waktu

$$\frac{\sum \text{Dokumen yang tersusun tepat waktu}}{\sum \text{seluruh dokumen yang wajib disusun}} \times 100 \%$$

2. Persentase Pemenuhan Laporan Tindak Lanjut Evaluasi Dokumen Tata Laksana Rumah Sakit

$$\frac{\sum \text{laporan tindak lanjut evaluasi dokumen tata laksana yang telah diselesaikan dan disahkan}}{\sum \text{seluruh laporan tindak lanjut evaluasi dokumen tata laksana yang direkomendasikan untuk ditindaklanjuti pada periode tertentu}} \times 100 \%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon III (Kepala Bagian Perencanaan dan Organisasi) RSJ Sambang Lihum Tahun 2020-2025.

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2025			
		2020	2021	2022	2023	2024	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%	-	-
1.	Persentase Dokumen Perencanaan, Penganggaran dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah Tersusun Tepat Waktu	-	-	-	-	-	100%	100%	100%
2.	Persentase Pemenuhan Laporan Tindak Lanjut Evaluasi Dokumen Tata Laksana Rumah Sakit	-	-	-	-	-	100%	100%	100%
Rata-rata capaian									100%

1) Perbandingan Realisasi dengan Target

Kinerja utama dari Esselon III dengan jabatan Kepala Bagian Perencanaan dan Organisasi adalah Meningkatnya kualitas dan ketepatan waktu Perencanaan, Penganggaran, dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah dan Meningkatnya Tata Kelola Perencanaan dan Organisasi dengan Indikator Kinerja sebagai berikut :

- a) Persentase Dokumen Perencanaan, Penganggaran dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah Tersusun Tepat Waktu dengan target 100% yang terealisasi 100% pada tahun 2025 dengan capaian persentasenya 100%
- b) Persentase Pemenuhan Laporan Tindak Lanjut Evaluasi Dokumen Tata Laksana Rumah Sakit dengan target 100% yang terealisasi 100% pada tahun 2025 dengan capaian persentasenya 100%

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2025 indikator tersebut adalah 100% dengan kategori **Baik**.

2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait

- a) Realisasi Persentase Dokumen Perencanaan, Penganggaran dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah Tersusun Tepat Waktu dengan target 100% yang terealisasi 100% pada tahun 2025 merupakan indikator baru sehingga belum dapat diperbandingkan.
- b) Realisasi Persentase Pemenuhan Laporan Tindak Lanjut Evaluasi Dokumen Tata Laksana Rumah Sakit dengan target 100% yang terealisasi 100% pada tahun 2025 merupakan indikator baru sehingga belum dapat diperbandingkan.

3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja

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

3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;

1. Penguatan Perencanaan dan Koordinasi, Mengadakan rapat teknis berkala untuk memastikan setiap tahap penyusunan dokumen berjalan sesuai jadwal.
2. Melakukan review internal secara berjenjang untuk memastikan kualitas dokumen tetap terjaga.
3. Melakukan evaluasi berkala terhadap SOP, alur pelayanan, instruksi kerja, dan pedoman teknis di seluruh unit.
4. Menyelenggarakan rapat tindak lanjut apabila terdapat kendala yang memerlukan keputusan manajerial.

3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;

1. Jumlah SDM bidang perencanaan masih terbatas sehingga proses review dokumen sering menumpuk pada periode puncak.
2. Masih terdapat bidang bagian yang belum memahami penyusunan indikator kinerja, cascading, logis-linier, serta konsistensi antara perencanaan dan penganggaran.
3. SDM yang bertugas menelaah dokumen tata laksana jumlahnya terbatas sehingga proses evaluasi dan verifikasi tindak lanjut membutuhkan waktu lebih panjang.

3.3 Rencana Tindak Lanjut;

1. Menyelenggarakan bimbingan teknis (Bimtek) penyusunan dokumen perencanaan, penganggaran, dan evaluasi kinerja.
2. Menyusun SOP dan standar timeline penyampaian dokumen yang diberlakukan secara wajib bagi seluruh bidang bagian.
3. Penugasan staf secara berjenjang dan spesifik agar proses telaah dokumen lebih cepat dan akurat.
4. Mengusulkan penambahan tenaga analis kebijakan atau analis organisasi untuk memperkuat kapasitas evaluasi tata laksana.

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) Perencanaan, Penganggaran, dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah
- 2) Peningkatan Pelayanan BLUD

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
- 6) Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD

Analisis : Setiap sub kegiatan memberikan kontribusi langsung terhadap ketepatan waktu penyusunan dokumen serta pemenuhan tindak lanjut evaluasi tata laksana rumah sakit. Meskipun terdapat hambatan berupa keterlambatan data, kendala sistem, dan keterbatasan SDM, namun kegiatan-kegiatan tersebut tetap menjadi fondasi utama dalam meningkatkan akuntabilitas, kualitas perencanaan, dan efektivitas tata kelola rumah sakit.

a. Kepala Sub Bagian Perencanaan

Capaian Kinerja Esselon IV (Kasubag Perencanaan)

No	IKU sebelum			Target	Realisasi / septembe r	Capaian	Rata rata Capaian	No	IKU Perubahan			Target	Realisasi	Capaian	Rata rata Capaian
	Kinerja Utama	No	Indikator kinerja						Kinerja Utama	No	Indikator kinerja				
1	Meningkatnya penyusunan perencanaan	1	Persentase Pemenuhan Dokumen Rencana Strategis (Restra) Rumah Sakit	100%	80%	80%	95%	1	Meningkatnya Tata Kelola Perencanaan	1	Persentase Pemenuhan Dokumen RKA Perangkat Daerah Tepat Waktu	100%	100%	100%	100%
		2	Persentase pemenuhan ketersediaan Dokumen Rencana Kerja Rumah Sakit	100%	100%	100%									
		3	Persentase pemenuhan ketersediaan Dokumen Rencana Kerja dan Anggaran (RKA)	100%	100%	100%									
		4	Persentase Pemenuhan Ketersediaan Dokumen Proposal, TOR dan RAB Usulan Anggaran APBD (DAK)	100%	100%	100%									

Rumus perhitungan :

Persentase Pemenuhan Dokumen RKA Perangkat Daerah Tepat Waktu

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

Perbandingan capaian kinerja Esselon IV (Kasubag Perencanaan) RSJ Sambang Lihum Tahun 2025 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya.

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Target	Tahun 2025	
		2020	2021	2022	2023	2024		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%		
1	Persentase Pemenuhan Dokumen RKA Perangkat Daerah Tepat Waktu						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 Kasubag Perencanaan adalah Meningkatnya tata kelola perencanaan dengan Indikator Kinerja sebagai berikut :

- Persentase pemenuhan Dokumen Rencana Kerja dan Anggaran perangkat daerah tepat waktu dengan target 100% pada tahun 2025 terealisasi 100%, sehingga capaian persentasenya 100%. Indikator ini adalah indikator baru.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2025 indikator tersebut adalah 100% dengan kategori **Baik**.

2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait

- Realisasi Persentase pemenuhan dokumen Rencana Kerja dan Anggaran (RKA) perangkat daerah tepat waktu dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2025, indikator ini merupakan indikator baru, sehingga tidak dapat diperbandingkan dengan tahun sebelumnya.

3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja

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

- 3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;
 1. Meningkatkan koordinasi dengan bidang terkait
 2. Menelaah usulan dari bidang dengan peraturan terbaru
- 3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;

Pengaruh perubahan harga satuan dari e-catalog versi lama ke versi baru
- 3.3 Rencana Tindak Lanjut;
 1. Melakukan pembaruan harga satuan dari e-catalog Versi 6 secara berkala
 2. Mengusulkan revisi RKA untuk rincian yang tidak bisa dilaksanakan
- 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-SKPDAnalisis : Program penunjang urusan pemerintahan daerah provinsi dengan kegiatan perencanaan, penganggaran, dan evaluasi kinerja perangkat daerah melalui penyusunan rencana kerja dan anggaran (RKA), identifikasi kebutuhan belanja perangkat daerah, koordinasi perencanaan dengan unit terkait, serta pelaporan kinerja dan akuntabilitas.

b. Kepala Sub Bagian Organisasi dan Tatalaksana

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

No	IKU sebelum			Target	Realisasi / september	Capaian	Rata rata Capaian	No	IKU Perubahan			Target	Realisasi	Capaian	Rata rata Capaian
	Kinerja Utama	No	Indikator kinerja						Kinerja Utama	No	Indikator kinerja				
1	Meningkatnya kegiatan pengembangan Organisasi dan pembinaan tatalaksana Rumah Sakit	1	Persentase pelaksanaan kegiatan pengembangan organisasi Rumah Sakit	100%	74.97%	75%	74.97%	1	Meningkatnya Kualitas Organisasi dan Tatalaksana	1	Persentase Pemenuhan Laporan Dokumen Tatalaksana yang Disusun dan dievaluasi Setiap Tahun	100%	100%	100%	100%
		2	Persentase ketersediaan Regulasi dan Pembinaan Tatalaksana Rumah Sakit	100%	74.97%	75%									

Rumus perhitungan:

Persentase Pemenuhan Laporan Dokumen Tatalaksana yang Disusun dan dievaluasi Setiap Tahun

$$\frac{\sum \text{Jumlah Dokumen Tatalaksana yang disusun dan dievaluasi}}{\sum \text{jumlah target dokumen Tatalaksana yang wajib disusun dan dievaluasi}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon IV (Kasubag Organisasi dan Tata Laksana) RSJ Sambang Lihum Tahun 2025 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya.

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2025		
		2020	2021	2022	2023	2024	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%		
1	Persentase Pemenuhan Laporan Dokumen Tatalaksana yang Disusun dan dievaluasi Setiap Tahun						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 Kasubag Organisasi dan Tata Laksana adalah Meningkatnya kegiatan pengembangan organisasi dan pembinaan tatalaksana rumah tangga dengan Indikator Kinerja sebagai berikut :

- Persentase pemenuhan laporan dokumen tatalaksana yang disusun dan dievaluasi setiap tahun dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2025 sehingga capaian persentasenya 100%.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2025 indikator tersebut adalah 100% dengan kategori **Baik**.

2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait

- Realisasi Persentase pemenuhan laporan dokumen tatalaksana yang disusun dan dievaluasi setiap tahun dengan target 100% dapat terealisasi sebesar 100% pada tahun 2025. Indikator ini merupakan indikator baru, sehingga tidak dapat diperbandingkan dengan tahun sebelumnya.

3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja

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

3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;

Melakukan koordinasi dengan bidang terkait dalam penyusunan dokumen tatalaksana

3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;

Kompetensi pelaksana yang masih kurang

3.3 Rencana Tindak Lanjut;

Meningkatkan koordinasi dan menambah pengetahuan dalam penyusunan dokumen tatalaksana

4) Analisis Program/Kegiatan Penunjang Kinerja

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

Program penunjang urusan pemerintah daerah provinsi

Kegiatan :

Peningkatan pelayanan BLUD

Sub Kegiatan :

Pelayanan dan penunjang pelayanan BLUD

Analisis : Program penunjang urusan pemerintahan daerah provinsi dengan kegiatan pelayanan BLUD ditopang oleh adanya kebijakan, SOP tatalaksana, dan pedoman evaluasi yang jelas sehingga penyusunan laporan mengikuti standar yang konsisten setiap tahun.

c. Kepala Sub Bagian Evaluasi dan Pelaporan

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

No	IKU sebelum			Target	Realisasi / septembe r	Capaian	Rata rata Capaian	No	IKU Perubahan			Target	Realisasi	Capaian	Rata rata Capaian
	Kinerja Utama	No	Indikator kinerja						Kinerja Utama	No	Indikator kinerja				
1	Meningkatny a pelaksanaan evaluasi dan pelaporan	1	Persentase penginputan realisasi program dan kegiatan pada aplikasi e- monev	100%	74.70%	75%	74.70%	1	Meningkatny a Tata Kelola Evaluasi dan Pelaporan	1	Persentase Pemenuha n Dokumen Pelaporan Perangkat Daerah Tepat Waktu	100%	100%	100%	100%
		2	Persentase pemenuhan terkumpulny a laporan tepat waktu	100%	74.70%	75%									
		3	Persentase pemenuhan dokumen laporan hasil evaluasi kinerja Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) tahun sebelumnya	100%	74.70%	75%									

Rumus perhitungan :

Persentase Pemenuhan Dokumen Pelaporan Perangkat Daerah Tepat Waktu

$$\frac{\Sigma \text{ terkumpulnya laporan kinerja bulanan pejabat struktural tepat waktu}}{\Sigma \text{ seluruh pejabat struktural SKPD RSJ Sambang Lihum}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon IV (Kasubag Evaluasi dan Pelaporan) RSJ Sambang Lihum Tahun 2025 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya.

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2025		
		2020	2021	2022	2023	2024	Target	Realisasi	% Capaian
1.	Persentase penginputan realisasi program dan kegiatan pada aplikasi e-Monev	-	-	100%	100%	100%	100%		
2.	Persentase pemenuhan terkumpulnya laporan tepat waktu	-	-	100%	100%	100%	100%		
3.	Persentase pemenuhan dokumen laporan hasil evaluasi kinerja satuan kerja perangkat daerah (SKPD) tahun sebelumnya	-	-	100%	100%	100%	100%		
1	Persentase Pemenuhan Dokumen Pelaporan Perangkat Daerah Tepat Waktu						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 Kasubag Evaluasi dan Pelaporan adalah Meningkatnya pelaksanaan evaluasi dan pelaporan dengan Indikator Kinerja sebagai berikut :

- Persentase pemenuhan dokumen pelaporan perangkat daerah tepat waktu dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2025 sehingga capaian persentasenya 100%.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2025 indikator tersebut adalah 100% dengan kategori **Baik**.

2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait

- Realisasi persentase pemenuhan dokumen pelaporan perangkat daerah tepat waktu dengan target 100% pada tahun 2025 terealisasi 100%. Indikator kinerja ini merupakan indikator baru, sehingga tidak dapat diperbandingkan dengan tahun sebelumnya.

3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja

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

3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;

1. Melakukan pengumpulan data, melakukan rekapitulasi dan penginputan
2. Melakukan upaya pemberitahuan secara berkala setiap bulannya

3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;

Tingkat ketersediaan sarana dan prasarana seperti jaringan internet belum optimal

3.3 Rencana Tindak Lanjut;

Sosialisasi dan 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 :

- Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah
- Koordinasi dan Penyusunan Laporan Capaian Kinerja dan Ikhtisar Realisasi Kinerja SKPD

Analisis : Tercapainya kinerja program penunjang urusan pemerintah daerah provinsi dengan indikator pemenuhan dokumen pelaporan perangkat daerah tepat waktu dapat tercapai dengan perencanaan jadwal pelaporan yang jelas dan terdistribusi ke unit terkait sejak awal, ke depan diperlukan sistem manajemen yang terintegrasi agar terpenuhinya laporan tepat waktu.

3) KEPALA BAGIAN KEUANGAN

Capaian Kinerja Esselon III (Kepala Bagian Keuangan)

No	IKU sebelum			Target	Realisasi / september	Capaian	Rata-rata Capaian	Kategori	No	IKU Perubahan			Target	Realisasi	Capaian	Rata-rata Capaian	Kategori
	Kinerja Utama	No	Indikator kinerja							Kinerja Utama	No	Indikator kinerja					
1	Meningkatkan kinerja bagian keuangan RSJ Sambang Lihum	1	Persentase pemenuhan ketersediaan dokumen rencana anggaran RS	100%	50%	50.00 %	79.59 %	Butuh Perbaikan	1	Meningkatnya Kualitas dan Ketepatan Waktu Pelaksanaan Administrasi Keuangan Perangkat Daerah	1	Persentase Ketersediaan Layanan Administrasi Keuangan Perangkat Daerah	100%	100%	100%	100%	Baik
		2	Persentase realisasi penerimaan pendapatan	95%	88.71%	93.38 %	2		Meningkatnya Kualitas Pelayanan BLUD	2	Jumlah BLUD Yang Ditingkatkan Pelayanan	1	1	100%	100%	Baik	
		3	Persentase pemenuhan kebutuhan dokumen laporan keuangan	100%	75%	75.00 %	3		Meningkatnya Tata Kelola Keuangan	3	Persentase klaim tagihan dan pembayaran tunggakan pasien dan pihak ketiga dapat diselesaikan	90%	97,89%	109%	108.77 %	Istimewa	
		4	Persentase pemenuhan pelaksanaan fungsi perbendaharaan dan pelaksanaan anggaran	100%	100%	100.00 %											

Rumus perhitungan :

1. Persentase Ketersediaan Layanan Administrasi Keuangan Perangkat Daerah

$$\frac{\sum \text{Layanan Administrasi Keuangan yang Tersedia dan Berfungsi}}{\sum \text{Total Layanan Administrasi Keuangan yang Seharusnya Tersedia}} \times 100\%$$

2. Jumlah BLUD Yang Ditingkatkan Pelayanan

$$\frac{\Sigma \text{BLUD yang ditingkatkan Pelayanannya}}{\Sigma \text{Total Jumlah BLUD}} \times 100\%$$

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

$$\frac{\Sigma \text{Nilai Klaim dan Tunggakan yang diselesaikan}}{\Sigma \text{Total Nilai Klaim dan Tunggakan}} \times 100\%$$

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2025		
		2020	2021	2022	2023	2024	Target	Realisasi	% Capaian
1.	Persentase pemenuhan ketersediaan dokumen rencana anggaran RS	-	-	100%	100%	100%	100%		
2.	Persentase realisasi penerimaan pendapatan	-	153.01 %	117.67%	101.82%	106,82%	95%		
3	Persentase pemenuhan kebutuhan dokumen laporan keuangan	-	-	100%	100%	100%	100%		
4	Persentase pemenuhan pelaksanaan fungsi perbendaharaan dan pelaksanaan anggaran	-	-	100%	100%	100%	100%		
1	Persentase Ketersediaan Layanan Administrasi Keuangan Perangkat Daerah						100%	100%	100%
2	Jumlah BLUD Yang Ditingkatkan Pelayanan						1	1	100%
3	Persentase klaim tagihan dan pembayaran tunggakan pasien dan pihak ketiga dapat diselesaikan						90%	109%	108.77%
Rata-rata capaian									102,92%

Perbandingan capaian kinerja Esselon III (Kepala Bagian Keuangan) RSJ Sambang Lihum Tahun 2025 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya, 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 Meningkatnya Kualitas dan Ketepatan Waktu Pelaksanaan Administarsi Keuangan Perangkat Daerah, Meningkatnya Kualitas Pelayanan BLUD dan Meningkatnya Tata Kelola Keuangan dengan masing-masing Indikator Kinerja sebagai berikut:

- a) Persentase Ketersediaan Layanan Administrasi Keuangan Perangkat Daerah dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2025 sebesar 100%, sehingga capaian persentasenya 100%.
- b) Jumlah BLUD Yang Ditingkatkan Pelayanan dengan target 1, dapat tercapai pada tahun 2025 sebesar 1, sehingga capaian persentasenya 100%.

- c) Persentase klaim tagihan dan pembayaran tunggakan pasien dan pihak ketiga dapat diselesaikan dengan target 90% yang terealisasi pada tahun 2025 sebesar 97,89%, sehingga capaian persentasenya 108.77%.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2025 indikator-indikator tersebut adalah 102,92% dengan kategori **Istimewa**.

2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait

- a) Persentase Ketersediaan Layanan Administrasi Keuangan Perangkat Daerah dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2025 sebesar 100% merupakan indikator baru belum bisa diperbandingkan.
- b) Jumlah BLUD Yang Ditingkatkan Pelayanan dengan target 1, dapat tercapai pada tahun 2025 sebesar 1, sehingga capaian persentasenya 100% merupakan indikator baru belum bisa diperbandingkan.
- c) Persentase klaim tagihan dan pembayaran tunggakan pasien dan pihak ketiga dapat diselesaikan dengan target 90% yang terealisasi pada tahun 2025 sebesar 108.77% merupakan indikator baru belum bisa diperbandingkan.

3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja

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

3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;

1. Optimalisasi verifikasi dokumen klaim dan bekerja sama dengan para pihak agar tagihan pelayanan dapat segera dibayarkan
2. Penguatan perencanaan, pengembangan sistem dan mutu indikator keuangan serta pelaporan yang sesuai standar akuntansi

3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;

1. Pengawasan terhadap penerapan SOP belum optimal
2. Sistem informasi keuangan belum terintegrasi

3.3 Rencana Tindak Lanjut;

1. Meningkatkan konsolidasi internal keuangan
2. Pengembangan sistem informasi keuangan berbasis aplikasi
3. Memperbarui SOP sesuai kondisi terkini dan memperkuat pengawasan terhadap pelaksanaannya.

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. Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD

Analisis : Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Provinsi melalui kegiatan Administrasi Keuangan Perangkat Daerah dan Peningkatan Pelayanan BLUD telah mendukung pencapaian kinerja Kepala Bagian Keuangan secara optimal. Pelaksanaan pengelolaan gaji dan tunjangan ASN serta penunjang pelayanan BLUD yang tertib dan akuntabel berkontribusi pada kelancaran operasional, peningkatan kualitas pelayanan, dan terwujudnya tata kelola keuangan yang efektif dan transparan.

- a. Kepala Sub Bagian Penerimaan dan Mobilisasi Dana

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

No	IKU sebelum			Target	Realisasi / septembe r	Capaian	Rata rata Capaian	No	IKU Perubahan			Target	Realisasi	Capaian	Rata rata Capaian
	Kinerja Utama	No	Indikator kinerja						Kinerja Utama	No	Indikator kinerja				
1	Meningkatnya pengelolaan administrasi penerimaan pendapatan dan mobilisasi dana	1	Persentase pemenuhan dokumen penerimaan dan pendapatan RSJ Sumbang Lihum	100%	75%	75%	91.39%	1	Meningkatnya Tata Kelola Penerimaan dan Mobilisasi Dana	1	Persentase pemenuhan dokumen penerimaan dan pendapatan RSJ Tepat Waktu	100%	100%	100%	100%
		2	Persentase klaim tagihan pembayaran tunggakan pasien dan pihak ketiga dapat diselesaikan	90%	97.01%	108%									

Rumus Perhitungan :

Persentase pemenuhan dokumen penerimaan dan pendapatan RSJ Tepat Waktu

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

Perbandingan capaian kinerja Esselon IV (Sub Bagian Penerimaan dan Mobilitas Dana) RSJ Sambang Lihum Tahun 2025 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya.

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2025		
		2020	2021	2022	2023	2024	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 %	96.37%	93.90%	90%		
1	Persentase pemenuhan dokumen penerimaan dan pendapatan RSJ Tepat Waktu						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 Sub Bagian Penerimaan dan Mobilitas Dana adalah Meningkatnya pengelolaan administrasi penerimaan pendapatan dan mobilisasi dana dengan Indikator Kinerja sebagai berikut :

- Persentase pemenuhan dokumen penerimaan dan pendapatan RSJ tepat waktu dengan target 100%, terealisasi pada tahun 2025 sebesar 100%. Sehingga capaian persentasenya 100%.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2025 indikator tersebut adalah 100% dengan kategori **Baik**.

2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait

- Realisasi Persentase pemenuhan dokumen penerimaan dan pendapatan RSJ tepat waktu target 100% pada tahun 2025 adalah merupakan indikator baru, sehingga tidak dapat diperbandingkan.

3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja

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

3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;

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.

3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;

Kekurangan tenaga verifikator secara kualitas dan kuantitas.

3.3 Rencana Tindak Lanjut;

1. Memperkuat monitoring dan pengawasan terhadap kegiatan penatausahaan penerimaan dan pendapatan rumah sakit

2. Mengupayakan agar data penerimaan melalui jaminan pembiayaan dan data penerimaan non jaminan dapat terintegrasi dalam Sistem Manajemen Informasi Rumah Sakit (SIM-RS)

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.

Analisis : Program penunjang urusan pemerintahan daerah provinsi dengan kegiatan peningkatan pelayanan BLUD pada sub bagian penerimaan dan mobilisasi dana memastikan dokumen penerimaan dan dokumen pendapatan RSJ diselesaikan dan didokumentasikan tepat waktu sesuai jadwal operasional dan pelaporan keuangan.

b. Kepala Sub Bagian Perbendaharaan dan Pelaksanaan Anggaran

Capaian Kinerja Esselon IV (Kasubbag Perbendaharaan dan Pelaksanaan Anggaran)

No	IKU sebelum			Target	Realisasi / september	Capaian	Rata rata Capaian	No	IKU Perubahan			Target	Realisasi	Capaian	Rata rata Capaian
	Kinerja Utama	No	Indikator kinerja						Kinerja Utama	No	Indikator kinerja				
1	Meningkatnya pelaksanaan fungsi perbendaharaan dan pelaksanaan anggaran	1	Persentase pemenuhan layanan administrasi pengeluaran dan keuangan	100%	74.97%	75%	74.97%	1	Meningkatnya Tata Kelola Perbendaharaan dan Pelaksanaan Anggaran	1	Persentase Penyampaian Usulan Pembayaran Gaji dan Tunjangan Tepat waktu	100%	100%	100%	100%
		2	Persentase pemenuhan layanan verifikasi dokumen pengeluaran dan keuangan	100%	74.97%	75%									

Rumus perhitungan :

Persentase Penyampaian Usulan Pembayaran Gaji dan Tunjangan Tepat waktu

$$\frac{\Sigma \text{Dokumen usulan pembayaran gaji dan tunjangan}}{\Sigma \text{Dokumen yang diajukan}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon IV (Kasubbag Perbendaharaan dan Pelaksanaan Anggaran) RSJ Sambang Lihum Tahun 2025 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2025		
		2020	2021	2022	2023	2024	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%		
1	Persentase Penyampaian Usulan Pembayaran Gaji dan Tunjangan Tepat waktu						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 Kasubbag Perbendaharaan dan Pelaksanaan Anggaran adalah Meningkatnya pengelolaan administrasi penerimaan pendapatan dan mobilisasi dana dengan indikator kinerja sebagai berikut :

- Persentase penyampaian usulan pembayaran gaji dan tunjangan tepat waktu dengan target 100%, terealisasi 100% pada tahun 2025 sehingga capaian persentasenya 100%.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2025 dengan dua indikator tersebut adalah 100% dengan kategori **Baik**.

2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait

- Realisasi penyampaian usulan pembayaran gaji dan tunjangan tepat waktu dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun, karena indikator baru, sehingga tidak dapat diperbandingkan dengan capaian tahun sebelumnya.

3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja

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

- 3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;
Melakukan Kordinasi dengan Bagian Kepegawaian dalam menyajikan data secara tepat waktu,dan membuat jadwal dan rencana pembayaran gaji dan tunjangan
 - 3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;
Keterlambatan Pengumpulan Dokumen Kepegawaian, kesalahan dalam pengisian dokumen, Keterbatasan Sumber daya Manusia dan perubahan peraturan
 - 3.3 Rencana Tindak Lanjut;
Melaksanakan pelatihan dan bimbingan terhadap sumber daya manusia yang ada dan berkoordinasi dengan bidang bidang terkait.
- 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 :
1. Penyediaan Gaji dan tunjangan ASN
 2. Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD
- Analisis : pencapaian kinerja dapat terlaksana dengan tetap memperhatikan data input gaji/tunjangan akurat dan konsisten antar sistem melalui rekonsiliasi berkala serta dokumen pendukung lengkap sesuai ketentuan.

c. Kepala Sub Bagian Akuntansi dan Pelaporan Keuangan

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

No	IKU sebelum			Target	Realisasi / september	Capaian	Rata rata Capaian	No	IKU Perubahan			Target	Realisasi	Capaian	Rata rata Capaian
	Kinerja Utama	No	Indikator kinerja						Kinerja Utama	No	Indikator kinerja				
1	Meningkatnya pelaksanaan akuntansi dan pelaporan keuangan	1	Persentase pemenuhan penatalaksanaan akuntansi pada transaksi keuangan Rumah Sakit	100%	74.97%	75%	74.97%	1	Meningkatnya Tata Kelola Akuntansi dan Pelaporan Keuangan	1	Persentase Pemenuhan Laporan Akuntansi dan Keuangan Tepat Waktu	100%	100%	100%	100%
		2	Persentase pemenuhan kebutuhan dokumen laporan keuangan tepat waktu	100%	74.97%	75%									

Rumus perhitungan :

Persentase Pemenuhan Laporan Akuntansi dan Keuangan Tepat Waktu

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

Perbandingan capaian kinerja Esselon IV (Kasubbag Akuntansi dan Pelaporan Keuangan) RSJ Sambang Lihum Tahun 2025 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Target	Tahun 2025	
		2020	2021	2022	2023	2024		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%	99,96%	100%		
1	Persentase Pemenuhan Laporan Akuntansi dan Keuangan Tepat Waktu						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 Kasubbag Akuntansi dan Pelaporan Keuangan adalah Meningkatnya pelaksanaan akuntansi dan pelaporan keuangan dengan indikator kinerja sebagai berikut :

- Persentase pemenuhan laporan akuntansi dan keuangan tepat waktu dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2025 sehingga capaian persentasenya 100%.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2025 dengan dua indikator tersebut adalah 100% dengan kategori **Baik**.

2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait

- Realisasi persentase pemenuhan laporan akuntansi dan keuangan tepat waktu dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2025. Kinerja ini merupakan kinerja baru, sehingga tidak dapat diperbandingkan dan capaian tahun sebelumnya.

3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja

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

3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;

Melakukan koordinasi dengan bidang terkait dalam penyusunan laporan keuangan

3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;

1. Belum tersedianya sistem monitoring progres pelaporan yang real time
2. Kompetensi teknis penyusunan laporan keuangan tidak merata

3.3 Rencana Tindak Lanjut;

1. Menyusun dan menetapkan SOP Pelaporan Tepat Waktu, mencakup Batas waktu pengumpulan data, jadwal rekonsiliasi, mekanisme verifikasi dan koreksi, dan alur persetujuan
2. Pelatihan atau Bimbingan Teknis terkait ketepatan waktu penyusunan laporan dan pengetahuan regulasi terbaru

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

Analisis : Proses perencanaan dan kalender pelaporan yang jelas, integrasi sistem informasi, dan kualitas data dan dokumentasi merupakan program atau kegiatan penunjang dalam pencapaian kinerja pemenuhan laporan akuntansi dan keuangan tepat waktu.

4. Wakil Direktur Penunjang Non Medik, Hukum Dan Litbang

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

No	IKU sebelum			Target	Realisasi / september	Capaian	Rata-rata Capaian	IKU Perubahan			Target	Realisasi	Capaian	Rata-rata Capaian	
	Kinerja Utama	No	Indikator kinerja					Kinerja Utama	No	Indikator kinerja					
1	Meningkatnya mutu pelayanan penunjang non medik, hukum dan litbang	1	Presentase sarana dan prasarana Penunjang Non Medik yang dapat difungsikan/digunakan	85%	98.78%	116%	107.23 %	1	Meningkatnya Tata Kelola dan Mutu Pelayanan Penunjang Non Medik, Hukum dan Litbang	1	Persentase Pemenuhan Sumber Daya Penunjang Non Medik, Hukum dan Litbang Sesuai Standar	100%	100%	100%	100%
		2	Tingkat capaian SDM Penunjang Non Medis, Hukum dan Litbang yang sesuai dengan kebutuhan RS	80%	90.17%	113%									
		3	Capaian pelayanan produk hukum, kerjasama kemitraan, pemberian informasi dan kehumasan RS	100%	100%	100%									
		4	Capaian Kegiatan diklat dan Litbang yang dikoordinasikan dan terlaksana	100%	100%	100%									

Rumus Perhitungan :

Persentase Pemenuhan Sumber Daya Penunjang Non Medik, Hukum dan Litbang Sesuai Standar

$$\frac{\sum \text{Unsur yang Memenuhi Standar}}{\sum \text{Unsur yang dipersyaratkan dalam standar}} \times 100 \%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon III (Wakil Direktur Penunjang Non Medik, Hukum dan Litbang) RSJ Sambang Lihum tahun 2020-2025 dengan capaian kinerja.

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2025		
		2020	2021	2022	2023	2024	Target	Realisasi	% Capaian
1.	Persentase Sarana dan prasarana Penunjang Non Medik yang dapat difungsikan/digunakan	-	-	97.50%	97.01%	98.25%	85%		
2.	Tingkat Capaian SDM Penunjang Non Medis, hukum dan litbang sesuai dengan kebutuhan RS	-	-	58.82%	64.70%	89.21%	80%		
3.	Capaian pelayanan produk hukum dan kerjasama kemitraan, pemberian informasi dan kehumasan RS	-	-	100%	100%	100%	100%		
4	Capaian Kegiatan diklat dan Litbang yang dikoordinasikan dan terlaksana	-	-	100%	100%	100%	100%		
1	Persentase Pemenuhan Sumber Daya Penunjang Non Medik, Hukum dan Litbang Sesuai Standar						100%	100%	100%
Rata-rata capaian									100%

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 Meningkatnya Tata Kelola dan Mutu Pelayanan Penunjang Non Medik, Hukum dan Litbang dengan indikator kinerja sebagai berikut :

a) Persentase Pemenuhan Sumber Daya Penunjang Non Medik, Hukum dan Litbang Sesuai Standar dengan target 100% terealisasi pada tahun 2025 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 Sumbang Lihum Tahun 2025 adalah 100% dengan kategori **Baik**.

2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait

a) Persentase Pemenuhan Sumber Daya Penunjang Non Medik, Hukum dan Litbang Sesuai Standar dengan target 100% terealisasi pada tahun 2025 sebesar 100% sehingga capaian persentasenya 100% yang merupakan indikator baru sehingga belum dapat diperbandingkan.

3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja

Sebagai indikator baru yang mulai diukur pada tahun 2025, maka data pembandingan dari tahun-tahun sebelumnya belum tersedia sehingga belum dapat dilakukan analisis tren peningkatan atau penurunan kinerja. Namun demikian, pencapaian 100% pada tahun pertama penerapannya menunjukkan bahwa seluruh komponen

sumber daya penunjang non-medis, aspek hukum, serta kegiatan penelitian dan pengembangan telah terpenuhi sesuai standar yang ditetapkan

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

3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;

1. Melakukan pemeliharaan terhadap semua sarana dan prasarana penunjang non medik.
2. Membelikan pelatihan terhadap SDM yang ada sehingga terpenuhi dalam hal kompetensi dan melakukan penambahan SDM yang sesuai pendidikannya sehingga terpenuhi dalam hal jumlah.
3. Memberikan respon cepat terhadap pelayanan produk hukum, kerjasama dan pemberian informasi dan kehumasan RS.
4. Melakukan evaluasi terhadap capaian kegiatan diklat dan litbang.

3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;

1. Terbatasnya anggaran pemeliharaan sarana prasarana Rumah sakit
2. Kurangnya anggaran diklat khususnya untuk SDM penunjang non medik, hukum dan Litbang
3. SDM yang berfokus pada fungsi hukum dan litbang masih terbatas dalam jumlah maupun kapasitas.
4. Kurangnya keseriusan dari peserta diklat internal dalam berpartisipasi mengikuti kegiatan diklat dan kurangnya minat staf dalam melakukan penelitian

3.3 Rencana Tindak Lanjut;

1. Membuat prioritas pemeliharaan sarana dan prasarana penunjang non medik.
2. Melakukan share knowledge internal SDM penunjang Non medik, hukum dan informasi serta diklitbang, selanjutnya meminta tambahan anggaran untuk diklat eksternal.
3. Meningkatkan koordinasi dengan unit kerja atau instansi lain di luar RS yang akan bekerja sama ataupun meminta informasi.
4. Memfasilitasi anggaran penelitian untuk staf yang akan melakukan penelitian dan meminta atasan masing masing staf untuk mementau keseriusan staf yang ikut sebagai peserta dalam diklat.

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 peningkatan kapasitas sumber daya manusia kesehatan
3. Program pemenuhan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat

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. Perencanaan kebutuhan sumber daya manusia kesehatan
4. Pengembangan Mutu dan Peningkatan Kompetensi Teknis Sumber Daya Manusia Kesehatan Tingkat Daerah Provinsi
5. Penyelenggaraan sistem informasi kesehatan secara terintegrasi

Sub Kegiatan :

- a. Penyimbangan Rumah Sakit
- b. Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD
- c. Pengelolaan sistem informasi kesehatan
- d. Pemenuhan kebutuhan sumber daya manusia kesehatan
- e. Peningkatan Kompetensi dan Kualifikasi Sumber Daya Manusia Kesehatan

Analisis : Perencanaan kebutuhan SDM kesehatan dan program peningkatan kompetensi teknis memastikan tersedianya tenaga yang profesional, kompeten, serta sesuai standar, sehingga dapat menjalankan fungsi penunjang, administrasi, hukum, serta litbang secara optimal. Hal ini memperkuat kapasitas organisasi dalam merespons kebutuhan layanan dan tuntutan regulasi. Selain itu, penyelenggaraan sistem informasi kesehatan terintegrasi memberikan dukungan kuat terhadap pengambilan keputusan berbasis data, peningkatan mutu pelaporan, serta penguatan aspek legalitas dan kepatuhan regulasi, yang merupakan bagian dari kewenangan wadir penunjang non medis, hukum dan litbang.

1) Kepala Bidang Penunjang Non Medik

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

No	IKU sebelum			Target	Realisasi / septembe r	Capaian	Rata rata Capaian	No	IKU Perubahan			Target	Realisasi	Capaian	Rata rata Capaian
	Kinerja Utama	No	Indikator kinerja						Kinerja Utama	No	Indikator kinerja				
1	Meningkatny a kualitas pelayanan penunjang non medik	1	Persentase pemenuhan sarana prasarana penunjang non medik sesuai standar	90%	96.58%	107.31%	95.93%	1	Meningkatny a Kualitas Pelayanan Penunjang Non Medik	1	Persentase Sarana Prasarana Rumah Sakit Yang Berfungsi Dengan Baik	100%	100%	100%	100%
		2	Persentase pemenuhan SDM penunjang non medik sesuai kompetensi	80%	67.64%	84.55%		2		Meningkatny a Akses dan Kualitas Layanan Kesehatan	2	Persentase Penyediaan Sarana dan Prasarana Sesuai Kebutuhan Pelayanan Rumah Sakit	100%	100%	100%

Rumus perhitungan :

1. Persentase Sarana Prasarana Rumah Sakit Yang Berfungsi Dengan Baik

$$\frac{\Sigma \text{ Sarana dan Prasarana yang Berfungsi Baik}}{\Sigma \text{ Total Sarana dan Prasarana}} \times 100\%$$

2. Persentase Penyediaan Sarana dan Prasarana Sesuai Kebutuhan Pelayanan Rumah Sakit

$$\frac{\Sigma \text{ Sarana dan Prasarana yang Tersedia Sesuai Kebutuhan}}{\Sigma \text{ Total Kebutuhan Sarana dan Prasarana}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon III (Kepala Bidang Penunjang Non Medik) RSJ Sambang Lihum Tahun 2025 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya.

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2025		
		2020	2021	2022	2023	2024	Target	Realisasi	% Capaian
1.	Persentase pemenuhan sarana prasarana penunjang non medik sesuai standar	-	-	97.50%	97.01%	98.50%	80%		
2.	Persentase pemenuhan SDM penunjang non medik sesuai kompetensi	-	-	58.82%	67.64%	67.64%	80%		
1	Persentase Sarana Prasarana Rumah Sakit Yang Berfungsi Dengan Baik						100%	100%	100%
2	Persentase Penyediaan Sarana dan Prasarana Sesuai Kebutuhan Pelayanan Rumah Sakit						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 Penunjang Non Medik adalah Meningkatnya Kualitas Pelayanan Penunjang Non Medik dan Meningkatnya Akses dan Kualitas Layanan Kesehatan dengan Indikator Kinerja sebagai berikut:

- a. Persentase Sarana Prasarana Rumah Sakit Yang Berfungsi Dengan Baik dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2025 sebesar 100% sehingga capaian persentasenya 100%.
- b. Persentase Penyediaan Sarana dan Prasarana Sesuai Kebutuhan Pelayanan Rumah Sakit dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2025 sebesar 100% sehingga capaian persentasenya 100%.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2025 indikator tersebut adalah 100% dengan kategori **Baik**.

2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait

- a) Persentase Sarana Prasarana Rumah Sakit Yang Berfungsi Dengan Baik dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2025 sebesar 100% belum dapat diperbandingkan karena merupakan indikator baru.
- b) Persentase Penyediaan Sarana dan Prasarana Sesuai Kebutuhan Pelayanan Rumah Sakit dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2025 sebesar 100% belum dapat diperbandingkan 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. Melaksanakan pemeliharaan rutin (preventive maintenance) oleh Instalasi IPSRS sesuai jadwal
2. Monitoring dan inspeksi berkala terhadap seluruh sarana prasarana non medik, termasuk fasilitas utilitas, bangunan, dan area publik
3. Pemetaan kebutuhan sarana prasarana berdasarkan jenis layanan, standar pelayanan, dan kebutuhan ruangan
4. Optimalisasi penggunaan sarpras melalui penataan ulang, penandaan yang jelas, dan perawatan intensif.

3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;

1. Keterbatasan anggaran untuk penggantian sarpras yang berusia tua atau sudah tidak layak

2. Beban penggunaan sarpras tinggi, terutama pada area pelayanan dengan tingkat hunian dan aktivitas tinggi.
3. Keterbatasan SDM teknis dalam manajemen dan perawatan sarpras tertentu, Proses pengadaan membutuhkan waktu dan mengikuti regulasi, sehingga tidak semua kebutuhan mendesak bisa dipenuhi segera
4. Koordinasi antar-unit belum optimal sehingga beberapa kebutuhan baru terlambat teridentifikasi.

3.3 Rencana Tindak Lanjut;

1. Peningkatan jadwal preventive maintenance dengan menggunakan sistem digital agar lebih terencana
2. Menyusun prioritas renovasi dan penggantian sarpras tua berdasarkan hasil assessment tahunan
3. Penguatan mekanisme perencanaan anggaran sarpras agar lebih responsif terhadap kebutuhan layanan
4. Membangun standar kebutuhan sarpras per-unit sesuai standar Kemenkes dan akreditasi
5. Mencatat seluruh risiko kerusakan sarpras dan membuat mitigasinya, Menyusun SOP tanggap darurat kerusakan sarpras agar tidak mengganggu pelayanan.

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

Kegiatan :

1. Peningkatan Pelayanan BLUD
2. Penyediaan Fasilitas Pelayanan, sarana Prasarana dan alkes untuk UKP rujukan, UKM dan UKM rujukan tingkat daerah provinsi

Sub. Kegiatan :

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

Analisis : Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Provinsi dan Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan serta Upaya Kesehatan Masyarakat melalui kegiatan peningkatan pelayanan BLUD dan penyediaan fasilitas, sarana,

prasarana, serta alat kesehatan telah mendukung pencapaian kinerja Kepala Bidang Penunjang non Medik. Pelaksanaan pelayanan dan penunjang BLUD serta pengembangan rumah sakit berkontribusi pada peningkatan kualitas layanan, keberlanjutan operasional, dan tersedianya fasilitas kesehatan yang sesuai standar.

a. Kepala Seksi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Non Medik

**Capaian Kinerja Esselon IV
(Kasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Non Medik)**

No	IKU sebelum			Target	Realisasi / september	Capaian	Rata rata Capaian	No	IKU Perubahan			Target	Realisasi	Capaian	Rata rata Capaian
	Kinerja Utama	No	Indikator kinerja						Kinerja Utama	No	Indikator kinerja				
1	Meningkatnya pelaksanaan pemeliharaan sarana dan prasarana non medik	1	Persentase unit bangunan gedung RS dalam kondisi baik dan berfungsi	90%	92.31%	103%	105.03%	1	Meningkatnya Mutu Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Non Medik	1	Persentase Sarana Prasarana Rumah Sakit Yang Dilakukan Pemeliharaan Tepat Waktu	100%	100%	100%	100%
		2	Persentase peralatan Penunjang Non medik dalam kondisi baik dan berfungsi	90%	96.74%	107%									

Rumus perhitungan :

Persentase Sarana Prasarana Rumah Sakit Yang Dilakukan Pemeliharaan Tepat Waktu

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

Perbandingan capaian kinerja Esselon IV (Kasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Non Medik) RSJ Sambang Lihum Tahun 2025 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2025		
		2020	2021	2022	2023	2024	Target	Realisasi	% Capaian
1.	Persentase unit bangunan gedung RS dalam kondisi baik dan berfungsi	-	-	92.31%	88.46%	92.31%	80%		
2.	Persentase peralatan Penunjang Non medik dalam kondisi baik dan berfungsi	-	-	95.80%	92.61%	97.90%	80%		
1	Persentase Sarana Prasarana Rumah Sakit Yang Dilakukan Pemeliharaan Tepat Waktu						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 Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Non Medik adalah Meningkatnya pelaksanaan pemeliharaan sarana dan prasarana non medik dengan indikator kinerja sebagai berikut :

- Persentase sarana prasarana rumah sakit yang dilakukan pemeliharaan tepat waktu dengan target 100% pada tahun 2025 terealisasi 100%, sehingga capaian persentasenya 100%

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2025 dengan indikator persentase sarana prasarana rumah sakit yang dilakukan pemeliharaan tepat waktu tersebut adalah 100% dengan kategori **Baik**.

2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait

- Realisasi persentase sarana prasarana rumah sakit yang dilakukan pemeliharaan tepat waktu dengan target 100% pada tahun 2025 terealisasi 100%. Indikator ini merupakan indikator baru sehingga tidak dapat diperbandingkan dengan capaian tahun sebelumnya.

3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja

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

3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;

1. Menyusun jadwal preventive maintenance tahunan dan triwulan untuk seluruh sarana dan prasarana non medik
2. Menindaklanjuti laporan kerusakan dengan cepat melalui koordinasi langsung antara teknisi IPSRS dan unit pengguna
3. Melakukan pencatatan terstruktur atas setiap pekerjaan pemeliharaan sebagai bukti kinerja dan bahan audit
4. Pemeriksaan rutin terhadap utilitas penting (listrik, air, AC, instalasi pembuangan, area publik, pagar, taman, paving block, dll)
5. Menggunakan standar operasional prosedur (SOP) pemeliharaan sesuai Permenkes dan standar akreditasi.

3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;

1. Ketersediaan sparepart tertentu sulit diperoleh, terutama untuk peralatan lama atau yang tidak lagi diproduksi, Kerusakan berulang

pada beberapa fasilitas yang sering digunakan atau telah menua, Keterbatasan alat kerja teknis, misalnya alat ukur khusus atau perlengkapan mekanik tertentu,

2. Jumlah tenaga teknis terbatas dibandingkan banyaknya sarana prasarana yang harus dipelihara
3. Koordinasi lintas unit tidak selalu optimal, terutama saat pemeliharaan dilakukan pada jam pelayanan sibuk
4. Keterbatasan anggaran pemeliharaan untuk pekerjaan besar atau penggantian unit yang sudah tidak layak.

3.3 Rencana Tindak Lanjut;

1. Memperbarui jadwal preventive maintenance berdasarkan evaluasi realisasi tahun berjalan, Digitalisasi penuh proses pemeliharaan, termasuk tiket perbaikan, foto sebelum-sesudah, dan SLA waktu penyelesaian
2. Membuat SOP alur pelaporan kerusakan agar semua unit melapor dengan format yang seragam dan cepat
3. Mengusulkan tambahan anggaran pemeliharaan untuk sarpras prioritas tinggi
4. Audit internal pemeliharaan tiap triwulan untuk memastikan kepatuhan SOP

4) Analisis Program/Kegiatan Penunjang Kinerja

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

1. Program penunjang urusan pemerintahan daerah provinsi

Kegiatan :

1. Pemeliharaan Barang milik daerah penunjang urusan pemerintah daerah
2. Peningkatan Pelayanan BLUD.

Sub. Kegiatan :

1. Pemeliharaan/ rehabilitasi gedung kantor dan bangunan lainya
2. Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD

Analisis : Program penunjang urusan pemerintahan daerah provinsi dengan kegiatan pemeliharaan barang bilik daerah penunjang urusan pemerintah daerah dapat optimal dengan menetapkan rencana pemeliharaan, pengelolaan data dan informasi, pelaksanaan pemeliharaan, dan pengawasan.

b. Kepala Seksi Sumber Daya Penunjang Non Medik

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

No	IKU sebelum		Target	Realisasi / september	Capaian	Rata rata Capaian	No	IKU Perubahan		Target	Realisasi	Capaian	Rata rata Capaian
	Kinerja Utama	No						Indikator kinerja	Kinerja Utama				
1	Meningkatnya pengelolaan sumber daya penunjang non medik	1	80%	67.64%	85%	95.93%	1	Meningkatnya Tata Kelola Sumber Daya Penunjang Non Medik	1	100%	100%	100%	100%
		Indikator kinerja: Persentase pemenuhan kebutuhan SDM Penunjang Non Medik		Indikator kinerja: Persentase Pemenuhan Kebutuhan Sarana Prasarana Non Medik sesuai standar									
		2	90%	96.58%	107%								

Rumus perhitungan :

Persentase Pemenuhan Kebutuhan Sarana Prasarana Non Medik sesuai standar

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

Perbandingan capaian kinerja Esselon IV (Kasi Sumber Daya Penunjang Non Medik) RSJ Sambang Lihum Tahun 2025 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2025		
		2020	2021	2022	2023	2024	Target	Realisasi	% Capaian
1.	Persentase pemenuhan kebutuhan SDM Penunjang Non Medik	-	-	58.82 %	67.64%	67.64%	80%		
2.	Persentase Pemenuhan Kebutuhan Sarana Prasarana Penunjang Non Medik	-	-	97.50 %	97.01%	98.50%	80%		
1	Persentase Pemenuhan Kebutuhan Sarana Prasarana Non Medik sesuai standar						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 Sumber Daya Penunjang Non Medik adalah Meningkatnya pengelolaan sumber daya penunjang non medik dengan indikator kinerja sebagai berikut :

- Persentase pemenuhan kebutuhan sarana prasarana non medik sesuai standar target 100% terealisasi 100% pada tahun 2025 sehingga capaian persentasenya 100%.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2024 dengan dua indikator tersebut adalah 103.84% dengan kategori **Baik**.

2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait

- Realisasi persentase pemenuhan kebutuhan sarana prasarana non medik sesuai standar target 100% terealisasi 100%. Indikator ini merupakan indikator baru sehingga tidak dapat diperbandingkan dengan tahun sebelumnya.

3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja

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

3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;

1. Melakukan pendataan kebutuhan sarpras non medik pada seluruh unit layanan (ruang rawat inap, rawat jalan, administrasi, penunjang, IPJRS, IPSRS, keamanan, kebersihan)
2. Menyusun daftar prioritas kebutuhan berdasarkan urgensi, risiko layanan, dan dampak terhadap mutu pelayanan
3. Melakukan koordinasi intensif dengan bagian logistik dan keuangan untuk memastikan pemenuhan kebutuhan tidak tertunda
4. Melakukan monitoring status pengadaan mulai dari perencanaan, proses tender, hingga distribusi ke unit, Menyerahkan sarpras kepada unit pengguna sesuai jumlah, jenis, dan standar kualitas yang ditetapkan
5. Mengawasi penggunaan dan mendampingi penataan agar sarpras benar-benar mendukung kelancaran layanan
6. Melakukan evaluasi pemenuhan kebutuhan dan mencatat kebutuhan tambahan setiap triwulan

3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;

1. Beberapa jenis sarpras memiliki spesifikasi teknis khusus, sehingga pemilihan dan pengadaannya memerlukan waktu lebih lama, Keterbatasan ruang penyimpanan gudang, terutama untuk sarpras berukuran besar

2. Usulan kebutuhan dari unit pengguna tidak selalu lengkap, sehingga harus dilakukan verifikasi ulang, Koordinasi antar unit perlu ditingkatkan, terutama terkait sinkronisasi kebutuhan prioritas
3. Keterbatasan anggaran menyebabkan tidak semua kebutuhan dapat dipenuhi sekaligus, Kenaikan harga material atau sarpras tertentu memengaruhi rencana pemenuhan

3.3 Rencana Tindak Lanjut;

1. Membuat sistem inventaris kebutuhan sarpras berbasis digital yang memuat stok, usia pakai, kondisi, dan kebutuhan tahunan
2. Melakukan analisis kebutuhan sarpras setiap triwulan bersama masing-masing unit pelayanan
3. Menyusun katalog kebutuhan sarpras sebagai acuan pengadaan berikutnya,
4. Menjalin komunikasi aktif dengan vendor untuk percepatan informasi ketersediaan barang
5. Menetapkan SOP alur permintaan sarpras dari unit pengguna agar lebih konsisten dan mudah dipantau
6. Mengidentifikasi sarpras yang berpotensi kekurangan stok, terutama yang sangat penting bagi layanan
7. Melakukan manajemen aset (asset tagging & tracking) untuk meminimalisir kehilangan dan kerusakan

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

Analisis : Program penunjang urusan pemerintahan daerah provinsi memastikan terlaksananya inventarisasi dan penetapan kebutuhan, pengadaan dan penyediaan fasilitas, dan pemeliharaan dan perawatan berkala.

2) Kepala Bidang Hukum Dan Informasi

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

No	IKU sebelum			Target	Realisasi / september	Capaian	Rata-rata Capaian	No	IKU Perubahan			Target	Realisasi	Capaian	Rata-rata Capaian	
	Kinerja Utama	No	Indikator kinerja						Kinerja Utama	No	Indikator kinerja					
1	Meningkatnya mutu pelayanan hukum dan informasi	1	Persentase pemenuhan kebutuhan layanan, fasilitasi, perlindungan dan pendampingan hukum kepada semua unsur RS	100%	100%	100%	100%	1	Meningkatnya mutu pelayanan hukum dan informasi	1	Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana Teknologi Informasi Rumah Sakit	100%	100%	100%	100%	
		2	Persentase pemenuhan penyusunan produk hukum dan kebijakan Rumah Sakit	100%	100%	100%	2			Meningkatnya Kualitas Sistem Informasi Kesehatan yang Terintegrasi	2	Persentase Ketersediaan Data dan informasi Bidang Kesehatan Tingkat Provinsi	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%					

Rumus Perhitungan :

1. Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana Teknologi Informasi Rumah Sakit

$$\frac{\sum \text{Komponen Sarpras TI yang Tersedia Sesuai Kebutuhan}}{\sum \text{Total Kebutuhan Sarana dan Prasarana TI}} \times 100\%$$

2. Persentase Ketersediaan Data dan informasi Bidang Kesehatan Tingkat Provinsi

$$\frac{\sum \text{Komponen Sarpras TI yang Tersedia Sesuai Kebutuhan}}{\sum \text{Total Kebutuhan Sarana dan Prasarana TI}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon III (Kepala Bidang Hukum dan Informasi) RSJ Sambang Lihum Tahun 2025 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya.

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2025			
		2020	2021	2022	2023	2024	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%		
1	Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana Teknologi Informasi Rumah Sakit						100%	100%	100%
2	Persentase Ketersediaan Data dan informasi Bidang Kesehatan Tingkat Provinsi						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 Bidang Hukum dan Informasi adalah Meningkatnya mutu pelayanan hukum dan informasi dan Meningkatnya Kualitas Sistem Informasi Kesehatan yang Terintegrasi dengan Indikator Kinerja sebagai berikut:

- a. Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana Teknologi Informasi Rumah Sakit dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2025 sebesar 100% sehingga capaian persentasenya 100%.
- b. Persentase Ketersediaan Data dan informasi Bidang Kesehatan Tingkat Provinsi dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2025 sebesar 100% sehingga capaian persentasenya 100%.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2025 indikator tersebut adalah 100% dengan kategori **Baik**.

2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait

- a) Realisasi Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana Teknologi Informasi Rumah Sakit dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2025 sebesar 100% belum dapat diperbandingkan karena merupakan indikator baru.
- b) Realisasi Persentase Ketersediaan Data dan informasi Bidang Kesehatan Tingkat Provinsi dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2025 sebesar 100% belum dapat diperbandingkan 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 koordinasi dengan unit terkait dan mengusulkan rencana kebutuhan sarana prasarana Teknologi Informasi Rumah Sakit dan kebutuhan data informasi bidang kesehatan.
2. Melaksanakan pengendalian, pengawasan dan evaluasi pengadaan sarana prasarana teknologi informasi dan kebutuhan data informasi bidang kesehatan

3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;

1. sumber daya manusia yang sertifikasi masih terbatas
2. sarana prasarana teknologi informasi yang mengalami kerusakan

3.3 Rencana Tindak Lanjut;

1. Menyusun perencanaan kebutuhan diklat untuk peningkatan kapasitas sumber daya manusia
2. Penyediaan anggaran untuk pemeliharaan sarana prasarana teknologi informasi

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

Kegiatan :

1. Peningkatan Pelayanan BLUD.
2. Penyelenggaraan sistem informasi kesehatan secara terintegrasi

Sub. Kegiatan :

1. Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD
2. Pengelolaan sistem informasi kesehatan

Analisis : Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Provinsi dan Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat melalui kegiatan peningkatan pelayanan BLUD serta penyelenggaraan sistem informasi kesehatan terintegrasi telah mendukung pencapaian kinerja Kepala Bidang Hukum dan Informasi. Pelaksanaan pelayanan penunjang BLUD dan pengelolaan sistem informasi kesehatan berkontribusi pada penguatan kepatuhan hukum, transparansi informasi, serta peningkatan akuntabilitas dan efektivitas pelayanan organisasi.

a. Kepala Seksi Hukum dan Kerjasama

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

No	IKU sebelum			Target	Realisasi / septembe r	Capaian	Rata rata Capaian	No	IKU Perubahan			Target	Realisasi	Capaian	Rata rata Capaian
	Kinerja Utama	No	Indikator kinerja						Kinerja Utama	No	Indikator kinerja				
1	Meningkat -nya pengelo- laan hukum & kerja sama	1	Persentase pemenuhan ketersediaan bahan referensi Peraturan perundang-undangan	100%	100%	100%	100%	1	Meningkatny a Tata Kelola Hukum dan Kerja Sama	1	Persentas e layanan perjanjian kerjasama kemitraan dengan pihak ketiga yang ditindak lanjuti	100%	100%	100%	100%
		2	Persentase pemenuhan penyusunan produk hukum dan kebijakan Rumah Sakit yang dapat diselesaikan	100%	100%	100%									
		3	Persentase layanan perjanjian kerjasama kemitraan dengan pihak ketiga yang ditindak lanjuti	100%	100%	100%									
		4	Persentase Pemenuhan kegiatan konsultasi dan fasilitasi pendampingan hukum bagi unsur-unsur rumah sakit	100%	100%	100%									

Rumus perhitungan :

- Persentase layanan perjanjian kerjasama kemitraan dengan pihak ketiga yang ditindaklanjuti

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

Perbandingan capaian kinerja Esselon IV (Kasi Hukum dan Kerjasama) RSJ Sambang Lihum Tahun 2025 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2025		
		2020	2021	2022	2023	2024	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%	100%	100%
4.	Persentase Pemenuhan kegiatan konsultasi dan fasilitasi pendampingan hukum bagi unsur-unsur rumah sakit			-	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 Hukum dan Kerjasama adalah Meningkatnya pengelolaan hukum dan kerja sama dengan indikator kinerja sebagai berikut :

- Persentase layanan perjanjian kerjasama kemitraan dengan pihak ketiga yang ditindaklanjuti dengan target 100% pada tahun 2025 terealisasi 100%, sehingga capaian persentasenya 100%.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2025 dengan indikator tersebut adalah 100% dengan kategori **Baik**.

2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait

- Realisasi Persentase layanan perjanjian kerjasama kemitraan dengan pihak ketiga yang ditindaklanjuti dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2025. Indikator ini tidak dapat diperbandingkan 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. Melakukan koordinasi Perjanjian Kerja Sama dengan PARA PIHAK.
3. Melaksanakan koordinasi, konsultasi hukum 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 kerjasama 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

Analisis : program atau kegiatan yang menunjang dengan selalu mengupayakan penetapan dan pemutakhiran basis data Perjanjian Kerja Sama, koordinasi lintas fungsi, dan penegakan tata kelola dan kepatuhan.

b. Kepala Seksi Humas dan Informasi

Capaian Kinerja Esselon IV (Kasi Humas dan Informasi)

No	IKU sebelum			Target	Realisasi / september	Capaian	Rata rata Capaian	No	IKU Perubahan			Target	Realisasi	Capaian	Rata rata Capaian
	Kinerja Utama	No	Indikator kinerja						Kinerja Utama	No	Indikator kinerja				
1	Meningkatnya Kinerja Pelayanan Humas dan Informasi	1	Persentase Pemenuhan Layanan Humas dan Informasi	100%	78.03%	78%	78.03%	1	Meningkatnya Mutu Pelayanan Humas dan Informasi	1	Persentase Pengembangan E-Hospital	100%	100.00%	100%	100%
		2	Persentase Pemenuhan Updating Data pada Media Informasi	100%	78.03%	78%									
		3	Persentase Pengaduan yang Ditindaklanjuti	100%	78.03%	78%									

Rumus perhitungan :

1. Persentase Pengembangan E-Hospital

$$\frac{\sum \text{Jumlah modul atau fitur E - Hospital yang terimplementasikan}}{\sum \text{jumlah total target Modul atau fitur E - Hospital yang direncanakan}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon IV (Kasi Humas dan Informasi) RSJ Sumbang Lihum Tahun 2025 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2025		
		2020	2021	2022	2023	2024	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%		
1	Persentase Pengembangan E-Hospital						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 :

- Persentase pengembangan e-Hospital dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2025 sehingga capaian persentasenya 100%.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2025 dengan indikator tersebut adalah 100% dengan kategori **Baik**.

2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait

- Realisasi persentase pengembangan e-Hospital dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2025 tidak dapat diperbandingkan dengan capaian tahun sebelumnya 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 pembaharuan SIMGOS dari versi 2.4.18 ke versi 2.6.0
2. Melakukan penguatan infrastruktur fisik dan kemanan dengan melakukan revitalisasi backbone jaringan
3. Mengawal integrasi satusehat kemenkes

3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;

1. Ketergantungan pada satu jalur jaringan utama mengakibatkan gangguan operasional signifikan saat terjadi insiden putus kabel (FO cut).
2. Kesiapan sumber daya manusia

3.3 Rencana Tindak Lanjut;

1. Penguatan resiliensi jaringan untuk pengadaan jalur internet sekunder dari penyedia layanan berbeda.
2. Melaksanakan migrasi ke SIMGOS versi 2.6.9.dengan protokol mitigasi risiko ketat untuk menutup celah keamanan dan memastikan kompatibilitas regulasi terbaru
3. Pelatihan staf yang berkelanjutan

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. Penyelenggaraan sistem informasi kesehatan secara terintegrasi
2. Peningkatan Pelayanan BLUD.

Sub. Kegiatan :

1. Pengelolaan sistem informasi kesehatan
2. Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD

Analisis : Program penunjang urusan pemerintahan daerah provinsi dengan indikator kinerja persentase pengembangan e-Hospital perlu menyusun kebijakan dan perencanaan komunikasi digital, pengembangan konten dan transparansi informasi, dan teknologi informasi pendukung layanan serta pelatihan dan kapasitas SDM humas dan informasi.

3) Kepala Bidang Pendidikan, Penelitian, dan Pengembangan

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

No	IKU sebelum			Target	Realisasi / september	Capaian	Rata rata Capaian	No	IKU Perubahan			Target	Realisasi	Capaian	Rata rata Capaian
	Kinerja Utama	No	Indikator kinerja						Kinerja Utama	No	Indikator kinerja				
1	Meningkatnya kinerja pendidikan, penelitian dan pengembangan	1	Persentase pelaksanaan kegiatan peningkatan kompetensi SDM sesuai kebutuhan	100%	89%	89%	71.92%	1	Meningkatnya Kualitas Pelayanan Pendidikan, Penelitian dan Pengembangan	1	Jumlah Inovasi yang di tetapkan	2	2	100%	100%
		2	Persentase pelaksanaan kegiatan RS sebagai wahana Pendidikan	100%	54%	54%		2	Meningkatnya Kompetensi Tenaga Kesehatan sesuai Standar	2	Persentase Tenaga Kesehatan Yang Mengikuti Pelatihan Sesuai Dengan Kebutuhan Kompetensi	100%	100%	100%	100%
		3	Persentase pelaksanaan penelitian oleh pegawai RS	100%	75%	75%									
		4	Persentase pelaksanaan kegiatan pengembangan serta inovasi di RS	100%	75%	75%									
		5	Persentase perencanaan dan pelaksanaan kegiatan survei kepuasan masyarakat dan kepuasan karyawan di RS	100%	66.60%	67%									

Rumus Perhitungan :

1. Jumlah Inovasi yang di tetapkan

Jumlah Inovasi yang Ditetapkan: Total Inovasi yang Ditetapkan Melalui SK direktur pada Priode Tertentu

2. Persentase Tenaga Kesehatan Yang Mengikuti Pelatihan Sesuai Dengan Kebutuhan Kompetensi

$$\frac{\Sigma \text{Tenaga Kesehatan yang Mengikuti Pelatihan Sesuai Kebutuhan}}{\Sigma \text{Seluruh Tenaga Kesehatan}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon III (Kepala Bidang Pendidikan, Penelitian dan Pengembangan) RSJ Sambang Lihum Tahun 2025 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya.

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2025		
		2020	2021	2022	2023	2024	Target	Realisasi	% Capaian
1.	Persentase pelaksanaan kegiatan peningkatan kompetensi sumber daya manusia sesuai kebutuhan	-	-	-	100%	100%	100%		
2.	Persentase pelaksanaan penelitian oleh pegawai RS	-	-	-	100%	100%	100%		
3.	Persentase pelaksanaan kegiatan pengembangan serta inovasi di RS	-	-	100%	100%	100%	100%		
4.	Persentase perencanaan dan pelaksanaan kegiatan survei	-	-	100%	100%	100%	100%		
1	Jumlah Inovasi yang di tetapkan						2	2	100%
2	Persentase Tenaga Kesehatan Yang Mengikuti Pelatihan Sesuai Dengan Kebutuhan Kompetensi						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 Pendidikan, Penelitian dan Pengembangan adalah Meningkatnya Kualitas Pelayanan Pendidikan, Penelitian dan Pengembangan dan Meningkatnya Kompetensi Tenaga Kesehatan sesuai Standar dengan Indikator Kinerja sebagai berikut:

- a. Jumlah Inovasi yang di tetapkan dengan target 2 Inovasi yang terealisasi pada tahun 2025 sebesar 2 sehingga capaian persentasenya 100%.
- b. Persentase Tenaga Kesehatan Yang Mengikuti Pelatihan Sesuai Dengan Kebutuhan Kompetensi dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2025 sebesar 100% sehingga capaian persentasenya 100%.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2025 indikator tersebut adalah 100% dengan kategori **Baik**.

2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait

- a) Realisasi Jumlah Inovasi yang di tetapkan dengan target 2 Inovasi yang terealisasi pada tahun 2025 sebesar 2 tidak dapat diperbandingkan karena merupakan indikator baru.
- b) Realisasi Persentase Tenaga Kesehatan Yang Mengikuti Pelatihan Sesuai Dengan Kebutuhan Kompetensi dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2025 sebesar 100% tidak dapat diperbandingkan 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. Melaksanakan koordinasi dengan bidang terkait untuk pelaksanaan kegiatan pelatihan SDM dan merubah teknis pelaksanaan pelatihan
2. Melaksanakan pelaksanaan kegiatan praktik mahasiswa oleh institusi pendidikan di RS
3. Melaksanakan koordinasi dengan bidang terkait untuk pelaksanaan penelitian karyawan RS sebanyak 2 buah
4. Melakukan rapat, sosialisasi serta IHT untuk pelaksana pengembangan dan inovasi RS
5. Melakukan koordinasi dan sosialisasi tentang pelaksanaan survei tahun 2025

3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;

1. Masih adanya karyawan yang tidak mau mengikuti kegiatan peningkatan kapasitas SDM
2. Belum meratanya pencapaian pelatihan SDM sebanyak 20 JPL / tahun

3.3 Rencana Tindak Lanjut;

1. Koordinasi dengan atasan langsung tiap unit untuk mendorong karyawan mengikuti pelatihan
2. Menyusun regulasi internal atau surat edaran tentang kewajiban minimal JPL per tahun bagi seluruh karyawan
3. Menyediakan penghargaan (reward) bagi SDM dengan capaian JPL tertinggi
4. Melakukan survei kebutuhan pelatihan (TNA) agar materi yang diberikan relevan dan menarik untuk karyawan.

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

Analisis : Program dan kegiatan yang dilaksanakan telah mendukung pencapaian kinerja Kepala Bidang Pendidikan, Penelitian, dan Pengembangan melalui peningkatan kapasitas sumber daya manusia, penguatan kegiatan pendidikan dan pelatihan, serta pengembangan penelitian dan inovasi. Pelaksanaan kegiatan tersebut berkontribusi pada peningkatan kompetensi aparatur, penguatan budaya riset, dan penyediaan dasar pengambilan kebijakan yang berbasis bukti guna mendukung peningkatan mutu pelayanan dan kinerja organisasi.

- a. Kepala Seksi Pendidikan dan Pelatihan

Capaian Kinerja Esselon IV (Kasi Pendidikan dan Pelatihan)

No	IKU sebelum		Target	Realisasi / september	Capaian	Rata rata Capaian	No	IKU Perubahan		Target	Realisasi	Capaian	Rata rata Capaian		
	Kinerja Utama	No						Indikator kinerja	Kinerja Utama					No	Indikator kinerja
1	Meningkatnya pelaksanaan pendidikan dan pelatihan	1	Persentase pemenuhan dokumen rencana kebutuhan diklat di RS	100%	100%	100%	92.50%	1	Meningkatnya Mutu Pelayanan Pendidikan dan Pelatihan	1	Persentase Pelaksanaan Kegiatan Peningkatan Kompetensi SDM Sesuai Standar	100%	100%	100%	100%
		2	Persentase pemenuhan kebutuhan layanan pengembangan kompetensi SDM RS	100%	95%	95%									
		3	Persentase hasil evaluasi pelaksanaan diklat di RS yang ditindaklanjuti	100%	95%	95%									
		4	Persentase Pemenuhan layanan mahasiswa berpraktek	100%	80%	80%									

Rumus perhitungan :

1. Persentase Pelaksanaan Kegiatan Peningkatan Kompetensi SDM Sesuai Standar

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

Perbandingan capaian kinerja Esselon IV (Kasi Pendidikan dan Pelatihan) RSJ Sumbang Lihum Tahun 2025 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2025		
		2020	2021	2022	2023	2024	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%	100%	100%	80%		
3	Persentase hasil evaluasi pelaksanaan diklat di RS yang ditindaklanjuti	-	-	100%	100%	100%	80%		
1	Persentase Pelaksanaan Kegiatan Peningkatan Kompetensi SDM Sesuai Standar						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 Pendidikan dan Pelatihan adalah Meningkatnya pelaksanaan pendidikan dan pelatihan dengan indikator kinerja sebagai berikut :

- Persentase pelaksanaan kegiatan peningkatan kompetensi SDM sesuai standar dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2025 sehingga capaian persentasenya 100%.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2025 dengan indikator tersebut adalah 108,33% dengan kategori **Baik**.

2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait

- Realisasi persentase pelaksanaan kegiatan peningkatan kompetensi SDM sesuai standar dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2025. Indikator ini tidak dapat diperbandingkan 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. Penyusunan Rencana Pelatihan Berbasis Kebutuhan (Training Needs Analysis)
2. Menyelenggarakan pelatihan teknis sesuai bidang kerja masing-masing.

3. Bekerja sama dengan lembaga diklat resmi pemerintah, perguruan tinggi, dan institusi profesional.
4. Tersedianya Clinical Instruktur (CI) yang kompeten sesuai bidang
5. Melakukan evaluasi sebelum, saat, dan setelah pelatihan (pre-test, post-test, dan umpan balik).
6. Melaksanakan Persamaan Presepsi terhadap Kampus Pendidikan untuk peningkatan Kompetensi

3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;

1. Belum Tersedianya Anggaran untuk pembaruan fasilitas, pelaksanaan pelatihan, atau pengembangan SDM yang sesuai Standar
2. Kompetensi belum merata sehingga beberapa tugas tidak dapat dilaksanakan secara optimal.
3. Tidak semua pegawai memahami SOP secara komprehensif.
4. Sistem informasi belum terintegrasi sehingga memperlambat alur kerja.

3.3 Rencana Tindak Lanjut;

1. Menyusun jadwal pelatihan tahunan untuk memastikan pemerataan peningkatan kapasitas.
2. Memberikan sosialisasi ulang terkait SOP dan kebijakan terbaru.
3. Mengajukan usulan perbaikan atau penggantian alat kerja yang sudah tidak layak
4. Menyusun laporan evaluasi berkala sebagai dasar perbaikan berkelanjutan.
5. Melaksanakan Evaluasi tahunan terkait Kerja sama dengan lembaga diklt dan juga Mengevaluasi terhadap kerja sama dengan kampus pendidikan
6. Melakukan Sosialisasi ke kampus untuk Peningkatan Pendapatan Rumah Sakit

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

b. Kepala Seksi Penelitian dan Pengembangan

Capaian Kinerja Esselon IV (Kasi Penelitian dan Pengembangan)

No	IKU sebelum			Target	Realisasi / september	Capaian	Rata rata Capaian	No	IKU Perubahan			Target	Realisasi	Capaian	Rata rata Capaian
	Kinerja Utama	No	Indikator kinerja						Kinerja Utama	No	Indikator kinerja				
1	Meningkatnya pelaksanaan penelitian dan pengembangan	1	Persentase pemenuhan dokumen penelitian RS	100%	83%	83%	83.00%	1	Meningkatnya Tata Kelola Penelitian dan Pengembangan	1	Persentase Pelaksanaan Penjaringan Inovasi Rumah Sakit Sesuai Standar	100%	100%	100%	100%
		2	Persentase pemenuhan dokumen kegiatan inovasi sebagai usaha pengembangan RS	100%	83%	83%									
		3	Persentase pemenuhan dokumen hasil kegiatan survei Rumah Sakit	100%	83%	83%									

Rumus perhitungan :

- Persentase Pelaksanaan Penjaringan Inovasi Rumah Sakit Sesuai Standar

$$\frac{\sum \text{Pemenuhan dokumen inovasi sebagai usaha pengembangan RS yang dilaksanakan}}{\sum \text{Pemenuhan dokumen inovasi sebagai usaha pengembangan RS yang diusulkan}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon IV (Kasi Penelitian dan Pengembangan) RSJ Sambang Lihum Tahun 2025 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya

No.	Inlaksanaan penadikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2024			
		2020	2021	2022	2023	2024	Target	Realisasi	% Capaian	
1.	Persentase pemenuhan dokumen penelitian RS	-	-	-	-	100%	100%			
2.	Persentase pemenuhan dokumen kegiatan inovasi sebagai usaha pengembangan RS	-	-	-	-	100%	100%			
3.	Persentase pemenuhan dokumen hasil kegiatan survey RS	-	-	100%	100%	100%	100%			
1	Persentase Pelaksanaan Penjaringan Inovasi Rumah Sakit Sesuai Standar						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 Penelitian dan Pengembangan adalah Meningkatnya pelaksanaan penelitian dan pengembangan dengan indikator kinerja sebagai berikut :

- Persentase pelaksanaan penjangkaran inovasi rumah sakit sesuai standar dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2025 sehingga capaian persentasenya 100%.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2024 dengan indikator tersebut adalah 100% dengan kategori **Baik**.

2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait

- Persentase pelaksanaan penjangkaran inovasi rumah sakit sesuai standar dengan target 100% terealisasi 100% 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. Menjadwalkan rapat koordinasi penelitian, Memastikan proposal penelitian melalui alur persetujuan sesuai SOP
2. Melakukan pendataan responden sesuai kriteria, Melakukan input dan verifikasi data, Mengolah hasil survei tepat waktu
3. Monitoring, evaluasi dan pelaporan hasil penjangkaran inovasi di rumah sakit

3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja

1. Kurangnya pemahaman Peneliti dalam memahami tahapan atau dokumen yang harus dilengkapi sesuai prosedur.
2. Keterbatasan sarana dan prasarana, seperti komputer, jaringan internet, atau aplikasi survei yang belum optimal
3. Belum ada instrumen evaluasi baku untuk menilai kesesuaian dengan standar.

3.3 Rencana Tindak Lanjut

1. Melakukan sosialisasi tahapan pengajuan penelitian internal di RS.
2. Menggunakan aplikasi survei sederhana

3. Gunakan format evaluasi yang mengacu pada standar dari pedoman inovasi pelayanan publik.

4) Analisis Program/Kegiatan Penunjang Kinerja

Program penunjang urusan pemerintahan daerah provinsi

Kegiatan :

Peningkatan Pelayanan BLUD.

Sub. Kegiatan :

Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD

Analisis : pelaksanaan inovasi merupakan langkah strategis dalam menunjang peningkatan pelayanan rumah sakit dengan memperhatikan perencanaan, pelaksanaan, penilaian awal, verifikasi, pengembangan, dan evaluasi pelaksanaan inovasi rumah sakit.

5. Wakil Direktur Pelayanan Dan Penunjang Medik

Capaian Kinerja Esselon III

(Wakil Direktur Pelayanan dan Penunjang Medik)

No	IKU sebelum		Target	Realisasi / sepiptember	Capaian	Rata rata Capaian	No	IKU Perubahan		Target	Realisasi	Capaian	Rata rata Capaian		
	Kinerja Utama	No						Indikator kinerja	Kinerja Utama					No	Indikator kinerja
1	Meningkatnya Capaian Bidang Pelayanan dan Penunjang Medik	1	70%	46.19%	66%	91.50%	1	Meningkatnya Tata Kelola dan Mutu Pelayanan Medik, Penunjang Medik dan Keperawatan	1	70%	44.31%	63,30%	63.30%		
									Persentase tempat tidur yang dimanfaatkan (BOR)						
		2							25					18.01	100%
		3							100					30.84	100%
	4	100%	100%	100%											
		Nilai ALOS pasien jiwa													
		Nilai ALOS pasien NAPZA													
		Nilai Capaian Indikator Nasional Mutu (INM) Rumah Sakit													

Rumus Perhitungan :

Persentase tempat tidur yang dimanfaatkan (BOR)

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

Perbandingan capaian kinerja Esselon III (Wakil Direktur Pelayanan dan Penunjang Medik) RSJ Sambang Lihum Tahun 2020-2025.

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2025			
		2020	2021	2022	2023	2024	Target	Realisasi	% Capaian	
1.	Persentase tempat tidur yang dimanfaatkan (BOR)	69.66	48.91	42.97	39.94	47.90 %	70%	44.31%	63.30%	
2.	Rata-rata lama perawatan (ALOS) pasien jiwa	117.58	39.22	13.16	21.07	17.99 Hari	25 hari			
3.	Rata-rata lama perawatan (ALOS) pasien NAPZA	100	37.80	32.67	32.27	30.84 Hari	110 hari			
4.	Nilai capaian Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit	-	-	94.15	96.78	90,91	100%			
Rata-rata capaian									63.30%	

1) Perbandingan Realisasi dengan Target

Sasaran strategis dari Esselon III dengan jabatan Wakil Direktur Pelayanan dan Penunjang Medik adalah Meningkatnya Tata Kelola dan Mutu Pelayanan Medik, Penunjang Medik dan Keperawatan dengan Indikator Kinerja sebagai berikut :

- Persentase tempat tidur yang dimanfaatkan(BOR)

Pada tahun 2025 BOR RS Jiwa Sambang Lihum dengan target 70% dapat terealisasi 44.31% sehingga capaian persentasenya 63,30%.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka capaian tahun 2025 indikator tersebut adalah 63,30% dengan kategori **Butuh Perbaikan**.

2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait;

- Persentase tempat tidur yang dimanfaatkan (BOR) dengan target 70% terealisasi pada tahun 2025 sebesar 44.31% Angka ini menurun sebesar 3,59 poin dibandingkan dengan BOR RS Jiwa Sambang Lihum pada tahun 2024 yang sebesar 47.90%.

3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja

BOR RSJ Sambang Lihum pada periode pelaporan tercatat belum mencapai target. Ketidaktercapaian ini tidak semata menunjukkan penurunan kinerja, namun menggambarkan adanya perubahan positif dalam pola pelayanan. Menurunnya BOR dipengaruhi oleh meningkatnya efektivitas layanan kesehatan jiwa berbasis masyarakat, sehingga kebutuhan rawat inap berkurang. Di sisi lain, selektivitas terhadap pasien rawat inap juga diperketat untuk memastikan mutu layanan, sehingga tidak semua pasien memenuhi kriteria perawatan. Perubahan paradigma menuju pelayanan rehabilitatif dan komunitas, efisiensi lama hari rawat yang semakin baik, serta meningkatnya ketertiban sistem rujukan turut berkontribusi pada

penurunan jumlah pasien rawat inap. Selain itu, adanya proses pemeliharaan fasilitas dan penyesuaian kapasitas tempat tidur sebagai bagian dari peningkatan mutu sarana prasarana mempengaruhi capaian BOR.

3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;

1. Memperkuat koordinasi dengan Puskesmas, RSUD, dan jejaring layanan primer agar pasien yang membutuhkan perawatan spesialistik dapat dirujuk tepat waktu.
2. Meningkatkan kompetensi dan kepatuhan petugas terhadap SOP dan Standar pelayanan bagi pasien jiwa.
3. Melaksanakan pelatihan tenaga kesehatan, perawat, dan tenaga pendukung untuk meningkatkan kecepatan dan kualitas intervensi pelayanan.
4. Melakukan Monev mingguan BOR dan Length of Stay (LOS) sebagai dasar pengambilan keputusan operasional.

3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;

1. Optimalisasi layanan berbasis masyarakat yang belum seragam.
2. Keterbatasan sarana dan prasarana ruang rawat inap.
3. Adanya stigma dan kekhawatiran membawa ODGJ ke rumah sakit membuat sebagian keluarga memilih perawatan mandiri, sehingga angka pasien masuk lebih rendah.

3.3 Rencana Tindak Lanjut;

1. Melakukan koordinasi dalam penyusunan SOP rujukan pasien ODGJ bersama Dinas Kesehatan dan Puskesmas.
2. Optimalisasi penggunaan tempat tidur dan ruang rawat inap.
3. Penguatan Peran Puskesmas dan Jejaring Pelayanan Kesehatan Jiwa.
4. Mengoptimalkan media sosial dan website RSJ untuk edukasi layanan komprehensif RSJ.
5. Pengembangan Program Rehabilitasi dan Layanan Inovatif
6. Monitoring dan Evaluasi BOR Secara Berkala

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. 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 alat kesehatan/alat penunjang medik fasilitas layanan kesehatan
- c. Pengadaan Obat, Vaksin, Makanan dan Minuman serta Fasilitas Kesehatan Lainnya
- d. Pengelolaan Jaminan Kesehatan Masyarakat
- e. Pemenuhan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan
- f. Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD

Analisis : kegiatan tersebut merupakan elemen strategis yang saling mendukung dalam meningkatkan mutu pelayanan, pemenuhan standar, optimalisasi SDM, serta memperkuat tata kelola BLUD di RSJ Sambang Lihum. Implementasi kegiatan ini secara konsisten akan membantu meningkatkan kinerja layanan, efektivitas penggunaan sumber daya, dan pencapaian target indikator utama rumah sakit, termasuk BOR, mutu layanan, serta kepuasan pasien

1) Kepala Bidang Pelayanan Medik

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

No	IKU sebelum			Target	Realisasi / septembe r	Capaian	Rata rata Capaian	No	IKU Perubahan			Target	Realisasi	Capaian	Rata rata Capaian	
	Kinerja Utama	No	Indikator kinerja						Kinerja Utama	No	Indikator kinerja					
1	Meningkatny a kinerja pelayanan medik	1	Persentase pasien rawat inap yang mengalami perbaikan gejala	100%	75%	75%	75.00%	1	Meningkatny a kualitas pelayanan medik	1	Persentase Pemenuha n Sumber Daya Medik Sesuai Standar	100%	100%	100%	100%	
		2	Persentase pemenuha n layanan jiwa bagi pasien peserta JKN	100%	75%	75%	2			Meningkatny a Akses dan Kualitas Layanan Kesehatan	2	Persentase Fasyankes dengan Alat Kesehatan sesuai Standar	86%	33%	38%	38.37%
		3	Persentase pemenuha n layanan Rehabilitasi NAPZA	100%	75%	75%										
		4	Persentase pemenuha n layanan rujukan	100%	75%	75%										

Rumus Perhitungan :

1. Persentase Pemenuhan Sumber Daya Medik Sesuai Standar

$$\frac{\Sigma \text{Jumlah SDM Medik yang Tersedia sesuai Standar}}{\Sigma \text{SDM Medik yang Dibutuhkan sesuai Standar}} \times 100\%$$

2. Persentase Fasyankes dengan Alat Kesehatan sesuai Standar

$$\frac{\Sigma \text{Jumlah Fasyankes dengan Alkes sesuai Standar}}{\Sigma \text{Seluruh Fasyankes yang Dinilai}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon III (Kepala Bidang Pelayanan Medik) RSJ Sambang Lihum Tahun 2025 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya.

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2025		
		2020	2021	2022	2023	2024	Target	Realisasi	% Capaian
1.	Persentase pasien rawat inap yang mengalami perbaikan gejala	93.51	91.57	90%	100%	100%	100%		
2.	Persentase pemenuhan layanan jiwa bagi pasien peserta JKN	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%		
1	Persentase Pemenuhan Sumber Daya Medik Sesuai Standar						100%	100%	100%

2	Persentase Fasyankes dengan Alat Kesehatan sesuai Standar					86%	86%	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 kualitas pelayanan medik dan Meningkatnya Akses dan Kualitas Layanan Kesehatan dengan Indikator Kinerja sebagai berikut :

- a) Persentase Pemenuhan Sumber Daya Medik Sesuai Standar dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2025 sebesar 100% sehingga capaian persentasenya 100%
- b) Persentase Fasyankes dengan Alat Kesehatan sesuai Standar dengan target 86% yang terealisasi pada tahun 2025 sebesar 86%, sehingga capaian persentasenya 100%

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2025 indikator tersebut adalah 100% dengan kategori **Baik**.

2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait

- a) Realisasi Persentase Pemenuhan Sumber Daya Medik Sesuai Standar dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2025 sebesar 100% belum dapat diperbandingkan karena merupakan indikator baru.
- b) Realisasi Persentase Fasyankes dengan Alat Kesehatan sesuai Standar dengan target 86% yang terealisasi pada tahun 2025 sebesar 86% belum dapat diperbandingkan karena merupakan indikator baru.

3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja

Analisis penyebab keberhasilan peningkatan kinerja yang dilakukan adalah

3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;

Penyusunan perencanaan kebutuhan SD Medik, Membuat kerjasama MoU dengan RS Lain dan Profesi Medik

3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;

Ketersediaan anggaran perlu dipastikan agar pemenuhan SD Medik yang menyangkut kuantitas dan kualitas bisa dipenuhi, Sulitnya mendapatkan tenaga spesialis/subspesialis, tingginya harga Alkes, Sulitnya mendapatkan suku cadang atau teknisi yang kompeten.

3.3 Rencana Tindak Lanjut;

1. Perlunya Dipastikan Ketersediaan anggaran untuk pemenuhan SD Medik di RBA Rumah sakit, Mengajukan formasi rekrutmen ke pemerintah daerah/pusat. Membuat kontrak layanan pemeliharaan (servis) jangka panjang dengan distributor/pihak ketiga
2. Mengadakan program beasiswa/pelatihan bagi staf yang sudah ada (upgrading/reskilling).
3. Memberikan insentif khusus bagi tenaga medis sub spesialis.

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. 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
3. Perencanaan Kebutuhan SDM kesehatan Untuk UKM dan UKP Provinsi
4. Peningkatan Pelayanan BLUD

Sub Kegiatan :

1. Pengadaan Alat Kesehatan/penunjang Medik fasilitas layanan kesehatan
2. Pemenuhan kebutuhan SDM Kesehatan
3. Peningkatan Mutu Pelayanan Fasilitas Kesehatan
4. Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD

Analisis : Program dan kegiatan penunjang yang dilaksanakan telah mendukung pencapaian kinerja Kepala Bidang Pelayanan Medik melalui pemenuhan dan peningkatan mutu pelayanan medis. Pelaksanaan kegiatan pelayanan dan penunjang pelayanan BLUD serta dukungan pengembangan kapasitas sumber daya manusia kesehatan berkontribusi terhadap peningkatan kualitas layanan, keselamatan pasien, dan efektivitas penyelenggaraan pelayanan medik sesuai standar pelayanan kesehatan.

a. Kepala Seksi Mutu Pelayanan Medik

**Capaian Kinerja Esselon IV
(Seksi Mutu Pelayanan Medik)**

No	IKU sebelum			Target	Realisasi / septembe r	Capaian	Rata rata Capaian	No	IKU Perubahan			Target	Realisasi	Capaian	Rata rata Capaian
	Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja						Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja				
1	Meningkatnya pelaksanaan mutu pelayanan medik	1	Persentase tenaga medis memberikan pelayanan sesuai dengan Clinical pathway	100%	75%	75%	75.00%	1	Meningkatnya Mutu Pelayanan Medik	1	Persentase Kepatuhan Tenaga Medik Dalam Pengisian E-Rekam Medik	100%	100%	100%	100%
		2	Persentase pemenuhan ketersediaan regulasi sesuai kebutuhan pelayanan medik	100%	75%	75%									

Rumus perhitungan :

Persentase Kepatuhan Tenaga Medik Dalam Pengisian E-Rekam Medik

$$\frac{\sum \text{jumlah kasus yang dokumentasi klinis oleh dokter diisi lengkap dan tepat waktu}}{\sum \text{Total jumlah kasus yang membutuhkan dokumentasi klinis oleh dokter}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon IV (Kasi Mutu Pelayanan Medik) RSJ Sambang Lihum Tahun 2025 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2024		
		2020	2021	2022	2023	2024	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%	99.9%	99.61%	100%		
1	Persentase Kepatuhan Tenaga Medik Dalam Pengisian E-Rekam Medik						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 Mutu Pelayanan Medik adalah Meningkatnya Pelaksanaan Mutu Pelayanan Medik dengan indikator kinerja sebagai berikut :

- Persentase kepatuhan tenaga medik dalam pengisian E-Rekam Medik dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2025 sehingga capaian persentasenya 100%.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2025 indikator tersebut adalah 100% dengan kategori **Baik**.

2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait

- Realisasi Persentase kepatuhan tenaga medik dalam pengisian E-Rekam Medik dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2025. Indikator ini merupakan indikator baru sehingga tidak dapat diperbandingkan dengan capaian tahun sebelumnya.

3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja

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

3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;

Melakukan monitoring dan evaluasi berkelanjutan terhadap kelengkapan dan ketepatan dalam pengisian E- rekam medik oleh tenaga medik

3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;

Apabila ada regulasi E-rekam medik yang baru maka diperlukan persepsi yang sama dengan tenaga medik dalam pelaksanaannya

3.3 Rencana Tindak Lanjut;

Meningkatkan monitoring dan evaluasi terhadap tenaga medis dalam pengisian E- rekam medik sesuai dengan standar prosedur

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

Analisis : Program atau kegiatan penunjang urusan pemerintah daerah dengan indikator kepatuhan tenaga medik dalam pengisian E-Rekam Medik harus ditetapkan dengan standar dan SOP pengisian E-Rekam Medik berupa diantaranya elemen data wajib, format entri, waktu pencatatan. Melakukan sosialisasi dan pelatihan dalam upaya peningkatan kompetensi pengisian E-Rekam Medik bagi tenaga medik.

b. Kepala Seksi Sumber Daya Medik

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

No	IKU sebelum			Target	Realisasi / septembe r	Capaian	Rata rata Capaian	No	IKU Perubahan			Target	Realisasi	Capaian	Rata rata Capaian
	Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja						Kinerja Utama	NO	Indikator kinerja				
1	Meningkatnya ketersediaan dan pemanfaatan sarana dan alat medik serta peningkatan dan pengembangan kompetensi dan kapasitas tenaga medik	1	Persentase pemenuhan Dokumen kebutuhan tenaga medik	100%	74.99%	74.99%	74.99%	1	Meningkatnya Tata Kelola Sumber Daya Medik	1	Persentase pemenuhan Dokumen kebutuhan tenaga medik	100%	100%	100%	100%
		2	Persentase pemenuhan dokumen sarana dan alat medik	100%	74.99%	74.99%									
		3	Persentase Tenaga Medis memiliki STR dan SIP yang masih berlaku	100%	74.99%	74.99%									

Rumus perhitungan :

Persentase pemenuhan Dokumen kebutuhan tenaga medik

$$\frac{\Sigma \text{Tenaga medis yang tersedia}}{\Sigma \text{Tenaga medis sesuai standar}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon IV (Kepala Seksi Sumber Daya Medik) RSJ Sambang Lihum Tahun 2025 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2025		
		2020	2021	2022	2023	2024	Target	Realisasi	% Capaian
1.	Persentase pemenuhan dokumen kebutuhan tenaga medik	-	-	100%	100%	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%		
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 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 :

- Persentase pemenuhan dokumen kebutuhan tenaga medik dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2025 sehingga capaian persentasenya 100%.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2025 indikator tersebut adalah 100% dengan kategori **Baik**.

2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait

- Realisasi Persentase pemenuhan dokumen kebutuhan tenaga medik dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2025 sama dengan realisasi pada tahun 2024.

3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja

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

3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;

1. Melakukan penambahan tenaga medik dari luar untuk mencukupi peningkatan pelayanan di RSJ Sambang Lihum
2. Melakukan pengadaan alat kedokteran dan alat kesehatan di RSJ Sambang Lihum berdasarkan standar sesuai skala prioritas.
3. Melakukan pengawasan masa berlaku STR dan SIP semua dokter RSJ Sambang Lihum.

3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;

1. Terbatasnya anggaran untuk meningkatkan pendidikan dokter spesialis, dan belum adanya kebijakan tenaga dokter PPPK untuk bisa mengikuti pendidikan.

2. Terbatasnya anggaran untuk pengadaan alat kesehatan dan alat kedokteran, baik alat yang terkait dengan pengobatan kejiwaan.
3. Terbatasnya anggaran untuk pengadaan alat kesehatan dan alat kedokteran, baik alat yang terkait dengan pengobatan kejiwaan maupun non kejiwaan.

3.3 Rencana Tindak Lanjut;

1. Melakukan kerja sama (MOU) dengan dokter luar
2. Menyusun rencana kebutuhan alat kedokteran dan alat kesehatan dari masing-masing unit pelayanan, untuk menyesuaikan anggaran dan skala prioritas
3. 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 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. Pengadaan alat kesehatan/ alat penunjang medik fasilitas layanan kesehatan
2. Pemenuhan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan
3. Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD

Analisis : perlu dilakukan identifikasi kebutuhan dokumen medik, Perancangan SOP dokumen sumber daya medik, Pengumpulan dan pembaruan dokumen seperti sistem manajemen dokumen dan migrasi digital dalam menunjang program atau kegiatan dengan indikator kinerja tersebut.

2) Kepala Bidang Keperawatan

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

No	IKU sebelum			Target	Realisasi / september	Capaian	Rata rata Capaian	No	IKU Perubahan			Target	Realisasi	Capaian	Rata rata Capaian
	Kinerja Utama	No	Indikator kinerja						Kinerja Utama	No	Indikator kinerja				
1	Meningkatnya mutu pelayanan keperawatan, keselamatan pasien dan terpenuhinya sumber daya keperawatan	1	Persentase pasien mengalami perbaikan setelah mendapat asuhan keperawatan	100%	75%	75%	75.00%	1	Meningkatnya Kualitas Pelayanan Keperawatan	1	Persentase Insiden Keselamatan Pasien Dapat Dicegah	100%	100%	100%	100%
		2	Persentase pasien lari dapat dicegah	100%	75%	75%		2	Meningkatnya Kualitas Pelayanan Kesehatan yang didukung pembiayaan efektif, sistem rujukan terintegrasi dan standar pelayanan yang berkualitas	2	Persentase Masyarakat Miskin dan Tidak Mampu dan Kriteria Lainnya yang Terpenuhi Layanan Kesehatan	100%	100%	100%	100%
		3	Persentase pasien jatuh dapat dicegah	100%	75%	75%									
		4	Persentase pasien bunuh diri dapat dicegah	100%	75%	75%									
		5	Persentase pemenuhan sumber daya keperawatan	100%	75%	75%									

Rumus perhitungan :

1. Persentase Insiden Keselamatan Pasien Dapat Dicegah

$$\frac{\Sigma \text{ Insiden Keselamatan Pasien yang Dapat Dicegah}}{\Sigma \text{ Seluruh Insiden Keselamatan Pasien}} \times 100\%$$

2. Persentase Masyarakat Miskin dan Tidak Mampu dan Kriteria Lainnya yang Terpenuhi Layanan Kesehatan

$$\frac{\Sigma \text{ Penduduk Miskin atau Tidak Mampu yang Mendapatkan Layanan Kesehatan}}{\Sigma \text{ Total Penduduk Miskin atau Tidak Mampu dan Kriteria Lainnya}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon III (Kepala Bidang Keperawatan) RSJ Sambang Lihum Tahun 2025 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya.

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2025			
		2020	2021	2022	2023	2024	Taget	Realisasi	% Capaian	
1.	Persentase pasien mengalami perbaikan setelah mendapat asuhan keperawatan	-	-	90%	90%	90%	90%			
2	Persentase pasien lari dapat dicegah	100%	100%	100%	99.95%	100%	100%			

3	Persentase pasien jatuh dapat dicegah	100%	100%	100%	100%	100%	100%		
4	Persentase pasien bunuh diri dapat dicegah	100%	100%	100%	100%	100%	100%		
5	Persentase pemenuhan sumber daya keperawatan	-	-	100%	90%	100%	100%		
1	Persentase Insiden Keselamatan Pasien Dapat Dicegah						100%	100%	100%
2	Persentase Masyarakat Miskin dan Tidak Mampu dan Kriteria Lainnya yang Terpenuhi Layanan Kesehatan						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 Keperawatan adalah Meningkatnya Kualitas Pelayanan Keperawatan dan Meningkatnya Kualitas Pelayanan Kesehatan yang didukung pembiayaan efektif, sistem rujukan terintegrasi dan standar pelayanan yang berkualitas dengan Indikator Kinerja sebagai berikut :

- a) Persentase Insiden Keselamatan Pasien Dapat Dicegah dengan target 100% dan realisasi capaian kinerja pada Tahun 2025 adalah 100%, sehingga persentase capaian kerjanya 100%.
- b) Persentase Masyarakat Miskin dan Tidak Mampu dan Kriteria Lainnya yang Terpenuhi Layanan Kesehatan dengan target 100% dan realisasi capaian pada tahun 2025 sebesar 100%, sehingga capaian persentasenya 100%.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2025 indikator tersebut adalah 100% dengan kategori **Baik**.

2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait;

- a) Realisasi Persentase Insiden Keselamatan Pasien Dapat Dicegah dengan target 100% dan realisasi capaian kinerja pada Tahun 2025 adalah 100% tidak dapat diperbandingkan karena indikator baru.
- b) Realisasi Persentase Masyarakat Miskin dan Tidak Mampu dan Kriteria Lainnya yang Terpenuhi Layanan Kesehatan dengan target 100% dan realisasi capaian pada tahun 2025 sebesar 100% tidak dapat diperbandingkan karena indikator baru.

3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja

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

3.1 Upaya – upaya yang telah dilakukan;

Melakukan koordinasi, evaluasi dan monitoring kegiatan pelayanan melalui rapat koordinasi bulanan dan pelaporan harian/bulanan per unit

3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja ;

Dalam penyelesaian masalah diperlukan koordinasi dengan beberapa bidang dan hal tersebut merupakan salah satu penyebab lambatnya penanganan /mengatasi permasalahan yang ada

3.3 Rencana Tindak Lanjut ;

Meningkatkan koordinasi kegiatan pelayanan per unit dan perbidang untuk peningkatan kualitas layanan.

4) Analisis Program/Kegiatan Penunjang Kinerja

1. Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Provinsi.

2. Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat

Kegiatan :

1. Peningkatan Pelayanan BLUD.

2. Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi

Sub. Kegiatan :

1. Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD.

2. Pengelolaan Jaminan Kesehatan Masyarakat

Analisis : Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Provinsi dan Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat melalui kegiatan peningkatan pelayanan BLUD serta penyediaan layanan kesehatan rujukan telah mendukung pencapaian kinerja Kepala Bidang Keperawatan. Pelaksanaan pelayanan dan penunjang BLUD serta pengelolaan jaminan kesehatan masyarakat berkontribusi pada peningkatan mutu asuhan keperawatan, efektivitas layanan, keselamatan pasien, dan keberlanjutan pelayanan kesehatan sesuai standar profesi.

a. Kepala Seksi Mutu Pelayanan Keperawatan

**Capaian Kinerja Esselon IV
(Seksi Mutu Pelayanan Keperawatan)**

No	IKU sebelum			Target	Realisasi / septembe r	Capaian	Rata rata Capaian	No	IKU Perubahan			Target	Realisasi	Capaian	Rata rata Capaian
	Kinerja Utama	No	Indikator kinerja						Kinerja Utama	No	Indikator kinerja				
1	Meningkatnya mutu pelayanan keperawatan	1	Persentase pasien mengalami perbaikan setelah mendapat pelayanan keperawatan	90%	79.21%	88.01%	79.32%	1	Meningkatnya Mutu pelayanan keperawatan	1	Persentase Kepatuhan Tenaga Perawat Dalam Pengisian SIM RS	100%	100%	100%	100%
		2	Persentase insiden keselamatan pasien dapat dicegah	100%	74.97%	74.97%									
		3	Persentase kepatuhan perawat melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan secara lengkap dan jelas dalam Rekam Medik	100%	74.97%	74.97%									

Rumus perhitungan :

Persentase Kepatuhan Tenaga Perawat Dalam Pengisian SIM RS

$$\frac{\sum \text{Dokumentasi asuhan keperawatan terisi lengkap dan jelas dalam rekam medik}}{\sum \text{Rekam medik pasien yang dilayani dalam 1 bulan}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon IV (Seksi Mutu Pelayanan Keperawatan)
RSJ Sambang Lihum Tahun 2025 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2025		
		2020	2021	2022	2023	2024	Target	Realisasi	% Capaian
1.	Persentase pasien mengalami perbaikan setelah mendapat pelayanan keperawatan	-	-	80%	90%	98.3%	90%		
2.	Persentase insiden keselamatan pasien dapat dicegah	-	-	99%	99.95%	100%	100%		
3.	Persentase kepatuhan perawat melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan secara lengkap dan jelas dalam Rekam Medik	-	-	100%	100%	100%	100%		
1	Persentase Kepatuhan Tenaga Perawat Dalam Pengisian SIM RS						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 Seksi Mutu Pelayanan Keperawatan adalah Meningkatnya mutu pelayanan keperawatan dengan Indikator Kinerja sebagai berikut :

- Persentase kepatuhan tenaga perawat dalam pengisian SIM RS dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2025 sehingga capaian persentasenya 100%.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2025 indikator tersebut adalah 100% dengan kategori **Baik**.

2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait

- Persentase kepatuhan tenaga perawat dalam pengisian SIM RS dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2025. Indikator ini merupakan indikator baru sehingga tidak dapat diperbandingkan dengan capaian tahun sebelumnya.

3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja

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

3.1 Upaya – upaya yang telah dilakukan;

1. Melakukan supervisi terhadap ruangan terkait pelayanan keperawatan
2. Melakukan supervisi kejadian tidak diharapkan
3. Melakukan supervisi kepatuhan perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan

3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja ;

Kurangnya kesadaran pentingnya dokumentasi asuhan keperawatan dan kurangnya sarana prasarana pendukung

3.3 Rencana Tindak Lanjut ;

Penerapan reward and punishmen terhadap pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan dan koordinasi pemenuhan sarana 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
3. 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. Pengembangan Mutu dan Peningkatan Kompetensi Teknis Sumber Daya Manusia Kesehatan Tingkat Daerah Provinsi
3. Peningkatan Pelayanan BLUD

Sub. Kegiatan :

1. Peningkatan Kompetensi dan Kualifikasi Sumber Daya Manusia Kesehatan
2. Pengelolaan jaminan kesehatan masyarakat
3. Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD

Analisis : dalam mewujudkan tercapainya indikator perlu penetapan standar dan SOP SIM Rumah Sakit untuk dokumen mutu keperawatan, pelatihan dan sosialisasi, integrasi teknologi, dan tentunya pelibatan pemangku kepentingan: kepala ruang, koordinator mutu keperawatan, IT, manajemen risiko.

b. Kepala Seksi Sumber Daya Keperawatan

**Capaian Kinerja Esselon IV
(Seksi Sumber Daya Keperawatan)**

No	IKU sebelum			Target	Realisasi / september	Capaian	Rata rata Capaian	No	IKU Perubahan			Target	Realisasi	Capaian	Rata rata Capaian
	Kinerja Utama	No	Indikator kinerja						Kinerja Utama	No	Indikator kinerja				
1	Meningkatnya pendayagunaan tenaga keperawatan	1	Persentase pemenuhan dokumen rencana kebutuhan tenaga keperawatan	100%	75%	75%	75.00%	1	Meningkatnya Tata Kelola Sumber Daya Keperawatan	1	Persentase pemenuhan kebutuhan dokumen hasil analisis kebutuhan tenaga keperawatan	100%	100%	100%	100%
		2	Persentase tenaga keperawatan yang mengikuti pengembangan kompetensi minimal 20 JPL dalam 1 tahun	100%	75%	75%									
		3	Persentase Tenaga Keperawatan Yang memiliki STR dan SIP yang masih berlaku	100%	75%	75%									
2	Terpenuhinya sarana dan prasarana keperawatan sesuai kebutuhan	4	Persentase pemenuhan kebutuhan sarana keperawatan	100%	75%	75%	75.00%								

Rumus perhitungan :

Persentase pemenuhan kebutuhan dokumen hasil analisis kebutuhan tenaga keperawatan

$$\frac{\Sigma \text{Tenaga perawat sesuai standar}}{\Sigma \text{Tenaga perawat yang ada di Rumah Sakit}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon IV (Seksi Sumber Daya Keperawatan) RSJ Sambang Lihum Tahun 2025 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya.

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2025		
		2020	2021	2022	2023	2024	Target	Realisasi	% Capaian
1.	Persentase pemenuhan kebutuhan dokumen hasil analisis kebutuhan tenaga keperawatan	-	-	100%	100%	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%	99.34%	100%	100%		
4	Persentase pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana keperawatan	-	85%	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 Seksi Sumber Daya Keperawatan adalah Meningkatnya pendayagunaan tenaga keperawatan dan Terpenuhinya sarana dan prasarana keperawatan sesuai kebutuhan dengan Indikator Kinerja sebagai berikut :

- Persentase pemenuhan kebutuhan dokumen hasil analisis kebutuhan tenaga keperawatan dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2025 sehingga capaian persentasenya 100%.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2024 indikator tersebut adalah 100% dengan kategori **Baik**.

2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait

- Realisasi Persentase pemenuhan kebutuhan dokumen hasil analisis kebutuhan tenaga keperawatan dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2025 sama dengan realisasi tahun 2024.

3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja

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

3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;

Melakukan perencanaan kebutuhan tenaga keperawatan sesuai kebutuhan ruangan dan beban pelayanan keperawatan

3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;

1. Minimnya pemahaman tentang metode perhitungan kebutuhan tenaga khusus Rumah Sakit Jiwa
2. Belum adanya SOP (standar Operasional Prosedure) yang jelas

3.3 Rencana Tindak Lanjut;

1. Pelatihan penyusunan kebutuhan tenaga
2. Pembuatan SOP berkaitan dengan perhitungan kebutuhan tenaga

3. Digitalisasi sistem informasi SDM
4. Mengevaluasi secara berkala kebutuhan tenaga keperawatan (penambahan layanan, perubahan BOR dan lain-lain)

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 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
3. Peningkatan Pelayanan BLUD

Sub. Kegiatan :

1. Pengadaan Sarana di Fasilitas Layanan Kesehatan.
2. Peningkatan Kompetensi dan Kualifikasi Sumber Daya Manusia Kesehatan
3. Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD

Analisis : Menjaga kelengkapan, kualitas, dan arsitektur dokumentasi analisis kebutuhan tenaga keperawatan berupa data dasar, rekomendasi beban kerja, kompetensi, rencana distribusi, persetujuan, versi/revisi, serta penyimpanan.

3) Kepala Bidang Penunjang Medik

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

No	IKU sebelum			Target	Realisasi / september	Capaian	Rata-rata Capaian	No	IKU Perubahan			Target	Realisasi	Capaian	Rata-rata Capaian
	Kinerja Utama	No	Indikator kinerja						Kinerja Utama	No	Indikator kinerja				
1	Meningkatnya Kinerja Penunjang Medik	1	Persentase pelayanan penunjang medik sesuai standar	100%	75%	75%	75.00%	1	Meningkatnya Akses dan Kualitas Sediaan Farmasi di Fasilitas Kesehatan sesuai Standar serta Pengendalian Resistensi Antimikroba	1	Persentase fasyankes yang melaksanakan pelayanan kefarmasian sesuai standar	100%	100%	100%	100%
		2	Persentase SDM penunjang medik sesuai kompetensi	100%	75%	75%		2	Meningkatnya Kualitas Pelayanan Penunjang Medik	2	Persentase Pemenuhan Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Sesuai Standar	100%	100%	100%	100%
		3	Persentase Sarana Prasarana Penunjang Medik sesuai standar masing masing unit	100%	75%	75%									

Rumus Perhitungan :

1. Persentase Fasyankes yang melaksanakan pelayanan kefarmasian sesuai standar.

$$\frac{\Sigma \text{Fasyankes yang melakukan pelayanan kefarmasian sesuai standar}}{\Sigma \text{Total Fasyankes yang dinilai}} \times 100\%$$

2. Persentase Pemenuhan alat kesehatan/alat penunjang medik sesuai standart

$$\frac{\Sigma \text{Jenis Alkes atau alat penunjang medik yang tersedia dan berfungsi sesuai standar}}{\Sigma \text{Jenis Alkes atau alat penunjang medik yang dipersyaratkan sesuai standar}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon III (Kepala Bidang Penunjang Medik) RSJ Sambang Lihum Tahun 2025 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya.

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2025		
		2020	2021	2022	2023	2024	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%		
1	Persentase Fasyankes yang melaksanakan pelayanan kefarmasian sesuai standar						100%	100%	100%
2	Persentase Pemenuhan alat kesehatan/alat penunjang medik sesuai standart						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 Penunjang Medik adalah Meningkatkan akses dan kualitas sediaan farmasi serta pengendalian resistensi antimikroba dan Meningkatnya Kualitas pelayanan penunjang medik dengan Indikator Kinerja sebagai berikut:

- a. Persentase Fasyankes yang melaksanakan pelayanan kefarmasian sesuai standar dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2025 yaitu 100% sehingga capaian persentasenya 100%.
- b. Persentase Pemenuhan alat kesehatan/alat penunjang medik sesuai standart dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2025 yaitu 100% sehingga capaian persentasenya 100%.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2025 indikator tersebut adalah 100% dengan kategori **Baik**.

2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait

- a. Realisasi Persentase Fasyankes yang melaksanakan pelayanan kefarmasian sesuai standar dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2025 yaitu 100% belum dapat diperbandingkan karena indikator baru.
- b. Realisasi Persentase Pemenuhan alat kesehatan/alat penunjang medik sesuai standart dengan target 100% yang terealisasi pada tahun 2025 yaitu 100% belum dapat diperbandingkan karena indikator baru.

3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja

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

3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;

Memastikan terlaksananya pelayanan kefarmasian sesuai dengan standar serta melaksanakan pemenuhan alat kesehatan dan alat penunjang medik untuk kegiatan pelayanan Rumah Sakit

3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;

1. Terbatasnya anggaran untuk meningkatkan sumber daya manusia pada unit pelayanan penunjang medik
2. Terbatasnya alokasi anggaran untuk Pemeliharaan alat-alat medis, standarisasi alat dan Kaliberasi alat medis.

3.3 Rencana Tindak Lanjut;

Melakukan koordinasi dengan bagian Umum dan Kepegawaian terkait dengan pemenuhan SDM pada unit pelayanan penunjang medik

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. Perencanaan kebutuhan sumber daya manusia kesehatan untuk UKP dan UKM Provinsi

Sub. Kegiatan :

1. Pengadaan Obat, Vaksin, Makanan dan Minuman Serta Fasilitas Kesehatan Lainnya.
2. Pengadaan alat kesehatan/alat penunjang medik fasilitas layanan kesehatan
3. Pemenuhan kebutuhan sumber daya manusia kesehatan.

Analisis : Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat serta Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan telah mendukung pencapaian kinerja Kepala Bidang Penunjang Medik. Melalui penyediaan sarana, prasarana, alat kesehatan, obat-obatan, serta pemenuhan kebutuhan sumber daya manusia kesehatan, pelayanan penunjang medik dapat berjalan optimal, berkelanjutan, dan sesuai standar pelayanan kesehatan.

a. Kepala Seksi Perbekalan dan Pemeliharaan Alat Medis dan Kesehatan

**Capaian Kinerja Esselon IV
(Seksi Pembekalan Pemeliharaan Alat Medis dan Kesehatan)**

No	IKU sebelum			Target	Realisasi / septembe r	Capaian	Rata rata Capaian	No	IKU Perubahan			Target	Realisasi	Capaian	Rata rata Capaian
	Kinerja Utama	No	Indikator kinerja						Kinerja Utama	No	Indikator kinerja				
1	Meningkatnya pengelolaan perbekalan dan pemeliharaan alat medis dan kesehatan	1	Persentase peralatan medis dalam kondisi baik dan berfungsi	100%	75%	75%	75.00%	1	Meningkatnya Tata Kelola Perbekalan dan Pemeliharaan Alat Medis dan Kesehatan	1	Persentase Alat Medis dan Kesehatan Yang Dllakukan Pemeliharaan dan Kalibrasi	100%	100%	100%	100%
		2	Persentase pemenuhan perbekalan dan alat kesehatan	100%	75%	75%									
		3	Persentase peralatan medis dan kesehatan dikalibrasi tepat waktu	100%	75%	75%									

Rumus perhitungan :

- Persentase Alat Medis dan Kesehatan Yang Dllakukan Pemeliharaan dan Kalibrasi

$$\frac{\Sigma \text{Usulan kalibrasi alat medis dan kesehatan}}{\Sigma \text{Realisasi kalibrasi alat medis dan kesehatan}} \times 100\%$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon IV (Seksi Pembekalan Pemeliharaan Alat Medis dan Kesehatan) RSJ Sambang Lihum Tahun 2025 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2025		
		2020	2021	2022	2023	2024	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%		
3.	Persentase peralatan medis dan kesehatan dikalibrasi tepat waktu	-	-	-	-	100%	100%		
1	Persentase Alat Medis dan Kesehatan Yang Dllakukan Pemeliharaan dan Kalibrasi						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 Seksi Pembekalan Pemeliharaan Alat Medis dan Kesehatan adalah Meningkatnya pengelolaan perbekalan dan pemeliharaan alat medis dan kesehatan dengan Indikator Kinerja sebagai berikut:

- Persentase alat medis dan kesehatan yang dilakukan pemeliharaan dan kalibrasi dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2025 sehingga capaian persentasenya 100%.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2025 indikator tersebut adalah 100% dengan kategori **Baik**.

2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait

- Realisasi Persentase alat medis dan kesehatan yang dilakukan pemeliharaan dan kalibrasi dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2025. Indikator ini merupakan indikator baru sehingga tidak dapat diperbandingkan dengan capaian tahun sebelumnya.

3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja

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

3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;

1. Melakukan pengecekan dan uji fungsi alat dan memastikan berfungsi dengan baik untuk menunjang peningkatan pelayanan di RSJ Sambang Lihum
2. Melakukan penjadwalan dan pelaksanaan kalibrasi sesuai dengan daftar alat dan waktu yang telah ditentukan

3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;

1. Ada sebagian alat yang membutuhkan uji fungsi melalui balai khusus sehingga memerlukan koordinasi dan membutuhkan waktu
2. Tidak tersedianya alat pengecekan setelah kalibrasi sehingga harus meminjam alat tersebut dari Rumah Sakit Lain.

3.3 Rencana Tindak Lanjut;

Memuat perjanjian kerja sama (MOU) dengan LPAFK dan RSUD ULIN, serta mengusulkan alat yang mendukung pelaksanaan kegiatan setelah kalibrasi

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 alat kesehatan/alat penunjang medik fasilitas layanan kesehatan
2. Pengadaan obat, bahan habis pakai, bahan medis habis pakai, vaksin, makanan dan minuman di fasilitas kesehatan
3. Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD.

Analisis : penetapan jadwal pemeliharaan dan kalibrasi untuk seluruh kategori alat, Pelaksanaan pemeliharaan preventif oleh teknisi internal atau mitra layanan, termasuk pengujian fungsional pasca-pemeliharaan, dan Pelaksanaan kalibrasi alat ukur dan alat pemantau mutu dengan standar yang relevan.

b. Kepala Seksi Sumber Daya Penunjang Diagnostik dan Terapi

**Capaian Kinerja Esselon IV
(Seksi Sumber Daya Penunjang Diagnostik dan Terapi)**

No	IKU sebelum			Target	Realisasi / septembe r	Capaia n	Rata rata Capaia n	No	IKU Perubahan			Target	Realisas i	Capaia n	Rata rata Capaia n
	Kinerja Utama	No	Indikator kinerja						Kinerja Utama	No	Indikator kinerja				
1	Meningkatny a Mutu Pelayanan Penunjang diagnostik dan terapi	1	Persentase Kepatuhan Tenaga terhadap standar pelayanan penunjang diagnostik dan terapi	100%	75%	75%	75.00%	1	Meningkatny a Mutu Pelayanan dan Sumber Daya Penunjang Diagnostik dan Terapi	1	Persentas e Kepatuhan Tenaga Penunjang Medik Dalam Pengisian E-Rekam Medik	100%	100%	100%	100%
		2	Persentase tenaga penunjang diagnostik dan terapi melaksana n tugas sesuai kompetensiny a	100%	75%	75%									

2	Meningkatnya sumber daya penunjang diagnostik dan terapi	3	Persentase tenaga penunjang diagnostik dan terapi memiliki STR dan SIP yang masih berlaku	100%	100%	100%	87.50%									
		4	Persentase pemenuhan Sumber Daya Penunjang Diagnostik dan Terapi	100%	75%	75%										

Rumus perhitungan :

Persentase Kepatuhan Tenaga Penunjang Medik Dalam Pengisian E-Rekam Medik

$$\frac{\sum \text{Jumlah tenaga penunjang medik yang mengisi lengkap di E – Rekam Medik secara lengkap}}{\sum \text{Jumlah pegawai penunjang diagnostik dan terapi yang tersedia}} \times 100$$

Perbandingan capaian kinerja Esselon IV (Seksi Sumber Daya Penunjang Diagnostik dan Terapi) RSJ Sambang Lihum Tahun 2025 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya

No.	Indikator Kinerja	Realisasi					Tahun 2025		
		2020	2021	2022	2023	2024	Target	Realisasi	% Capaian
1.	Persentase Kepatuhan Tenaga terhadap standar pelayanan penunjang diagnostik dan terapi	-	-	100%	100 %	100 %	100 %		
2.	Persentase tenaga penunjang diagnostik dan terapi melaksanakan tugas sesuai kompetensinya	-	-	-	-	100 %	100 %		
3.	Persentase tenaga penunjang diagnostik dan terapi memiliki STR dan SIP yang masih berlaku	-	100%	100%	100 %	100 %	100 %		
4.	Persentase pemenuhan Sumber daya penunjang diagnostik dan terapi	-	-	-	-	100 %	100 %		
1	Persentase Kepatuhan Tenaga Penunjang Medik Dalam Pengisian E-Rekam Medik						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 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 :

- Persentase kepatuhan tenaga penunjang medik dalam pengisian E-Rekam Medik dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2025 sehingga capaian persentasenya 100%.

Dari perbandingan realisasi dengan target maka rata-rata capaian tahun 2025 indikator tersebut adalah 100% dengan kategori **Baik**.

2) Perbandingan Realisasi dengan Realisasi Terkait

- Realisasi persentase kepatuhan tenaga penunjang medik dalam pengisian E-Rekam Medik dengan target 100% terealisasi 100% pada tahun 2025. Indikator ini merupakan indikator baru sehingga tidak dapat diperbandingkan dengan capaian tahun sebelumnya.

3) Analisis Peningkatan dan Penurunan Kinerja

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

3.1 Upaya-upaya yang telah dilakukan;

Melakukan koordinasi dengan bidang terkait (Bidang Pelayanan Medik, Bidang Keperawatan, Bidang Penunjang Non Medik, Tim IT)

3.2 Hambatan dalam pencapaian kinerja;

Ketidakstabilan jaringan internet dalam pengisian E-RM, masih ada petugas yang tidak memahami cara pengisian E-RM

3.3 Rencana Tindak Lanjut;

Terus melakukan koordinasi dengan Tim IT beserta Bidang Penunjang Non Medik dan Humas terkait penguatan jaringan internet, serta melakukan sosialisasi pengisian E-RM

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 :

- Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD

Analisis : Standar operasional dan tata kelola E-Rekam Medik, Pelatihan dan sosialisasi, Infrastruktur data dan dukungan teknis.

A.2. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

A. Analisis Efisiensi

No	Komponen	Analisa
1	Efisiensi Anggaran	<p>Anggaran digunakan secara tepat sesuai perencanaan. Realisasi anggaran menunjukkan pengelolaan yang hemat dan sesuai kebutuhan, dengan tingkat efisiensi yang baik jika dibandingkan dengan capaian kinerja. Efisiensi dapat meningkat melalui optimalisasi belanja operasional dan penjadwalan pengadaan yang lebih tepat waktu.</p> <p>Efisiensi anggaran dapat diuraikan sebagai berikut :</p> <p>Program penunjang urusan pemerintahan daerah provinsi dari pagu Rp.100.172.395.319,- terealisasi sebesar Rp.86.622.733.850,- (86,47%) efisiensi 13,53%</p> <p>Program pemenuhan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat dari pagu Rp 25.246.496.945, terealisasi Rp.21.887.961.963,- (86,70%) efisiensi 13,30%</p> <p>Program peningkatan kapasitas sumber daya manusia kesehatan dengan pagu Rp.2.921.825.000,- terealisasi Rp.2.449.691.000,- (83,84%) efisiensi 16,16%</p>
2	Efisiensi SDM	<p>SDM dimanfaatkan sesuai kapasitas dan kompetensi masing-masing. Jumlah tenaga kerja yang ada cukup untuk melaksanakan kegiatan, namun perlu peningkatan penempatan tenaga sesuai beban kerja agar produktivitas optimal.</p>

		Pelatihan dan pembagian tugas yang jelas dapat meningkatkan efisiensi SDM
3	Efisiensi Waktu	Waktu pelaksanaan kegiatan relatif sesuai jadwal. Beberapa kegiatan memerlukan monitoring lebih intensif agar target penyelesaian tidak molor. Penggunaan sistem manajemen kegiatan digital dapat membantu meningkatkan efisiensi waktu
4	Capaian Target Vs realisasi (normalisasi 110%)	Capaian kinerja mendekati atau melebihi target yang ditetapkan (normalisasi 110%), menunjukkan penggunaan sumber daya yang efektif. Perlu analisa lebih lanjut jika terdapat perbedaan signifikan antara realisasi anggaran dan capaian target.
5	Dampak terdapat outcome	Pemanfaatan sumber daya yang efisien berdampak positif pada hasil/output dan outcome kegiatan. Efisiensi anggaran, SDM, dan waktu mendukung pencapaian indikator kinerja strategis serta kualitas layanan yang lebih baik.

B. Kesimpulan Efisiensi

Penggunaan sumber daya dalam pelaksanaan kegiatan telah berjalan secara efisien. Anggaran, SDM, dan waktu dimanfaatkan secara optimal sehingga capaian target kinerja mendekati atau melebihi sasaran (normalisasi 110%). Efisiensi ini berdampak positif terhadap kualitas output dan outcome, mendukung kelancaran operasional, peningkatan mutu layanan, serta pencapaian tujuan strategis organisasi secara efektif dan akuntabel.

B. Akuntabilitas Keuangan

Total anggaran Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Tahun 2025 Rp.128.340.717.264,- yang berasal dari APBD, APBN (DAK) dan BLUD dengan rincian sebagai berikut :

1. Anggaran dan Realisasi APBD dan APBN (DAK) 2025

Anggaran Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum tahun 2025 yang berasal dari APBD Provinsi Kalimantan Selatan Rp.91.091.125.507,- dan APBN (DAK)

Rp.4.949.770.000,- total anggaran **Rp.96.040.895.507,00** dengan rincian sebagai berikut :

Anggaran	Jumlah Anggaran	Realisasi Anggaran	Sisa Pagu Anggaran
Belanja Pegawai	Rp 62.234.523.162,00	Rp 52.935.387.055,00	Rp.9.299.136.107,00
Belanja Barang Jasa	Rp 21.567.482.815,00	Rp 18.077429.042,00	Rp.3.490.053.773,00
Belanja Modal	Rp 12.238.889.530,00	Rp 11.489.447.221,56	Rp 749.442.308,44
Total	Rp 96.040.895.507,00	Rp 82.502.263.318,56	Rp 13.538.632.188,44

Sisa anggaran tersebut terdiri dari :

- a) Efisiensi anggaran
- b) Sub Kegiatan yang tidak terserap pada tahun anggaran 2025

2. Anggaran dan Realisasi BLUD RSJ Sambang Lihum tahun 2025

Berasal dari proyeksi pendapatan BLUD RSJ Sambang Lihum tahun 2025 Rp.28.000.000.000,- dan anggaran silva tahun (2024) sebelumnya Rp.4.299.821.757,87 total anggaran BLUD **Rp.32.299.821.757,-** dengan rincian sebagai berikut :

Anggaran	Jumlah Anggaran	Realisasi Anggaran	Sisa Pagu Anggaran
Belanja Pegawai	Rp 1.500.000.000,00	Rp 732.400.000,00	Rp 767.600.000,00
Belanja Barang jasa	Rp 28.799.821.757,00	Rp 26.967.931.839,00	Rp 1.831.889.918,00
Belanja Modal	Rp 2.000.000.000,00	Rp 757.791.656,00	Rp 1.242.208.344,00
Total	Rp 32.299.821.757,00	Rp. 28,458.123.495,00	Rp 3.841.698.262,00

Target pendapatan BLUD RSJ Sambang Lihum tahun 2025 sebesar Rp.28.000.000.000,- yang terealisasi Rp.32.291.721.091,46 atau 115,33% dari target, total sisa pagu anggaran BLUD (Silpa) tahun 2025 adalah sebesar Rp.8.127.769.354,33. Sisa anggaran BLUD tersebut dari efisiensi kegiatan dan peningkatan pendapatan di tahun 2025.

3. 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 Tata Kelola dan Mutu Pelayanan Kesehatan	Program pemenuhan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat	Rp. 25.246.496.945,-	Rp 21.887.961.963,-	86,70%
2		Program peningkatan kapasitas sumber	Rp.2.921.825.000,-	Rp 2.449.691.000,-	83,84%

		daya manusia kesehatan			
3	Meningkatnya Kualitas Tata Kelola Pemerintahan Perangkat Daerah	Program penunjang urusan pemerintahan daerah provinsi	Rp.100.172.395.319,-	Rp 86.622.733.850,-	86,47%
	Total		Rp. 128.340.717.264,-	Rp 110.960.386.813,56	86,46%

4. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Program, kegiatan dan Sub Kegiatan yang menunjang pencapaian semua sasaran strategis ini adalah sebanyak 3 program 11 Kegiatan dan 18 sub kegiatan dengan anggaran APBD, APBN (DAK) dan 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.100.172.395.319,- dan realisasi keuangan Rp 86.622.733.850,- dengan realisasi fisik 100% dan realisasi keuangan 86,47%, yang diarahkan untuk melaksanakan kegiatan :

1. Perencanaan, Penganggaran dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah
2. Administrasi Keuangan Perangkat Daerah
3. Administrasi Umum Perangkat Daerah
4. Penyediaan Jasa Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah
5. Peningkatan Pelayanan BLUD

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.25.246.496.945,- dan realisasi keuangan Rp.21.887.961.963,- dengan realisasi fisik 100% dan realisasi keuangan 86,70%, 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. Penyelenggaraan Sistem Informasi Kesehatan Secara Terintegrasi

4. 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.2.921.825.000,- dan realisasi keuangan Rp.2.449.691.000,- dengan realisasi fisik 100% dan realisasi keuangan 83,84%, yang diarahkan untuk melaksanakan kegiatan:

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

Dari **Rp.128.340.717.264,-** anggaran tahun 2025 Serapan anggaran dari ketiga program kegiatan yang dilaksanakan berjumlah **Rp.110.960.386.813.56** atau 86,46% dengan realisasi fisik 100%, jumlah anggaran yang tidak digunakan **Rp.17.380.330.450,44,-** anggaran yang tidak terserap tersebut merupakan hasil efisiensi dari perbedaan harga dari penyedia.

Perbandingan Program dan Kegiatan tahun 2024 dan 2025

No	Tahun 2024		Tahun 2025	
	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
		Administrasi Umum Perangkat Daerah		Administrasi Umum Perangkat Daerah
		Penyediaan Jasa Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah		Penyediaan Jasa Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah
		Pemeliharaan Barang Milik Daerah Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah		Peningkatan Pelayanan BLUD
		Peningkatan Pelayanan BLUD		
2	Program Pemenuhan Upaya Kesehatan	Penyediaan Fasilitas Pelayanan, Sarana,	Program Pemenuhan Upaya Kesehatan	Penyediaan Fasilitas Pelayanan, Sarana,

	Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat	Prasarana dan Alat Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi	Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat	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
		Penyelenggaraan Sistem Informasi Kesehatan Secara Terintegrasi		Penyelenggaraan Sistem Informasi Kesehatan Secara Terintegrasi
		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	Perencanaan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan untuk UKM dan UKP Provinsi	Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan	Perencanaan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan untuk UKM dan UKP Provinsi
		Pengembangan Mutu dan Peningkatan Kompetensi Teknis Sumber Daya Manusia Kesehatan Tingkat Daerah Provinsi		Pengembangan Mutu dan Peningkatan Kompetensi Teknis Sumber Daya Manusia Kesehatan Tingkat Daerah Provinsi
	Total Realisasi		Total Realisasi	
	Rp.97.517.437.585,-		Rp.110.960.386.813,56	
	Total Anggaran		Total Anggaran	
	Rp. 111.194.937.897,-		Rp. 128.340.717.264,-	

No	2024		2025	
	Belanja langsung	Jumlah	Belanja Langsung	Jumlah
1.	Belanja pegawai	Rp 62.427.754.158,-	Belanja pegawai	Rp 63.734.523.162,-
2.	Belanja Barang Jasa	Rp 42.581.437.739,-	Belanja Barang Jasa	Rp 50.367.304.572,-
3.	Belanja Modal	Rp 6.185.746.000,-	Belanja Modal	Rp 14.238.889.530,-
	Total	Rp111.194.937.897,-	Total	Rp 128.340.717.264,-

Pada tahun anggaran 2025 untuk RSJ Sambang Lihum Provinsi Kalimantan Selatan dialokasikan anggaran APBD, APBN (DAK) dan BLUD sebesar Rp. 128.340.717.264,- sedangkan anggaran pada tahun 2024 berasal dari APBD dan BLUD sebesar Rp.111.194.937.897,-.

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 2025 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 2025 sebagai bahan pengambilan keputusan dalam perencanaan tahun berikutnya. Dari hasil pengukuran dan evaluasi terhadap capaian Indikator Kinerja Utama (IKU) yang ditetapkan pada Rencana Strategi Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Tahun 2025-2029 yang termuat di dalam Renstra Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan dikategorikan BAIK (99,29%).

A. KESIMPULAN

Capaian Realisasi Tahun 2025

No	Kinerja Utama	% Capaian	Penanggung Jawab	Kategori
1	Meningkatnya Tata Kelola dan Mutu Pelayanan Kesehatan	101,22%	Direktur	Istimewa
2	Meningkatnya Kualitas Tata Kelola Pemerintahan Perangkat Daerah	98,03%	Direktur	Baik
3	Meningkatnya Tata Kelola dan Mutu Pelayanan Medik, Penunjang Medik dan Keperawatan	63,30%	Wakil Direktur Pelayanan dan Penunjang Medik	Butuh Perbaikan
4	Meningkatnya Tata Kelola dan Mutu Pelayanan Penunjang Non Medik,	100,00%	Wakil Direktur Penunjang Non Medik, Hukum dan Litbang	Baik

	Hukum dan Litbang			
5	Meningkatnya Kelancaran Pelaksanaan Tugas dan Fungsi Perangkat Daerah serta Layanan UPT dan BLUD	101,38%	Wakil Direktur Administrasi Umum dan Keuangan	Istimewa
6	Meningkatnya Kualitas dan Ketepatan Waktu Perencanaan, Penganggaran, dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah	100%	Kepala Bagian Perencanaan dan Organisasi	Baik
7	Meningkatnya Tata Kelola Perencanaan dan Organisasi	100%	Kepala Bagian Perencanaan dan Organisasi	Baik
8	Meningkatnya Kualitas dan Ketepatan Waktu Pelaksanaan Administrasi Keuangan	100%	Kepala Bagian Keuangan	Baik
9	Meningkatnya Kualitas Pelayanan BLUD	100%	Kepala Bagian Keuangan	Baik
10	Meningkatnya Tata Kelola Keuangan	108,77%	Kepala Bagian Keuangan	Istimewa
11	Meningkatnya Penyelenggaraan Urusan Umum dan Rumah Tangga, Pengelolaan Ketatausahaan, Kepegawaian serta Perlengkapan dan Aset	100%	Kepala Bagian Umum dan Kepegawaian	Baik
12	Meningkatnya Kualitas Layanan Penyediaan Jasa Penunjang Perangkat Daerah	100%	Kepala Bagian Umum dan Kepegawaian	Baik
13	Meningkatnya Tata Kelola Umum dan Kepegawaian	94,64%	Kepala Bagian Umum dan Kepegawaian	Baik
14	Meningkatnya Kualitas Pelayanan Penunjang Non Medik	100%	Kepala Bidang Penunjang Non Medik	Baik
15	Meningkatkan Akses dan Kualitas layanan Kesehatan	100%	Kepala Bidang Penunjang Non Medik	Baik
16	Meningkatnya Mutu Pelayanan Hukum dan Informasi	100%	Kepala Bidang Hukum dan Informasi	Baik
17	Meningkatnya Keuliatas Sistem Informasi Kesehatan yang Terintegrasi	100%	Kepala Bidang Hukum dan Informasi	Baik
18	Meningkatnya Kualitas Pelayanan Pendidikan, Penelitian dan Pengembangan	100%	Kepala Bidang Pendidikan, Penelitian dan Pengembangan	Baik
19	Meningkatnya Kompetensi Tenaga Kesehatan sesuai standar	100%	Kepala Bidang Pendidikan, Penelitian dan Pengembangan	Baik
20	Meningkatnya Kualitas Pelayanan Medik	100%	Kepala Bidang Pelayanan Medik	Baik
21	Meningkatnya Akses dan Kualitas Layanan Kesehatan	100%	Kepala Bidang Pelayanan Medik	Baik
22	Meningkatnya Kualitas Pelayanan Keperawatan	100%	Kepala Bidang Keperawatan	Baik
23	Meningkatnya Kualitas Pelayanan Kesehatan yang didukung Pembiayaan Efektif, Sistem Rujukan Terintegrasi dan Standar Pelayanan yang Berkualitas	100%	Kepala Bidang Keperawatan	Baik

24	Meningkatnya Akses dan Kualitas Sediaan Farmasi di Fasilitas Kesehatan sesuai Standar serta Pengendalian	100%	Kepala Bidang Penunjang Medik	Baik
25	Meningkatnya Kualitas Pelayanan Penunjang Medik	100%	Kepala Bidang Penunjang Medik	Baik
26	Meningkatnya Tata Kelola Umum dan Rumah Tangga	100%	Kepala Sub Bagian Umum dan Rumah Tangga	Baik
27	Meningkatnya Tata Kelola Aset dan Perlengkapan	100%	Kepala Sub Bagian Perlengkapan dan Aset	Baik
28	Meningkatnya Tata Kelola Kepegawaian	100%	Kepala Sub Bagian Kepegawaian	Baik
29	Meningkatnya Tata Kelola Perencanaan	100%	Kepala Sub Bagian Perencanaan	Baik
30	Meningkatnya Kualitas Organisasi dan Tatalaksana	99,96%	Kepala Sub Bagian Organisasi dan Tatalaksana	Baik
31	Meningkatnya Tata Kelola Evaluasi dan Pelaporan	100%	Kepala Sub Bagian Evaluasi dan Pelaporan	Baik
32	Meningkatnya Tata Kelola Penerimaan dan Mobilisasi Dana	100%	Kepala Sub Bagian Penerimaan dan Mobilisasi Dana	Baik
33	Meningkatnya Tata Kelola Perbendaharaan dan Pelaksanaan Anggaran	100%	Kepala Sub Bagian Perbendaharaan dan Pelaksanaan Anggaran	Baik
34	Meningkatnya Tata Kelola Akuntansi dan Pelaporan Keuangan	100%	Kepala Sub Bagian Akuntansi dan Pelaporan Keuangan	Baik
35	Meningkatnya Mutu Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Non Medik	100%	Kepala Seksi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Non Medik	Baik
36	Meningkatnya Tata Kelola Sumber Daya Penunjang Non Medik	100%	Kepala Seksi Sumber Daya Penunjang Non Medik	Baik
37	Meningkatnya Mutu Pelayanan Humas dan Informasi	100%	Kepala Seksi Humas dan Informasi	Baik
38	Meningkatnya Tata Kelola Hukum dan Kerja sama	100%	Kepala Seksi Hukum dan Kerjasama	Baik
39	Meningkatnya Mutu Pelayanan Pendidikan dan Pelatihan	100%	Kepala Seksi Pendidikan dan Pelatihan	Baik
40	Meningkatnya Tata Kelola Penelitian dan Pengembangan	100%	Kepala Seksi Penelitian dan Pengembangan	Baik
41	Meningkatnya Mutu Pelayanan Medik	100%	Kepala Seksi Mutu Pelayanan Medik	Baik
42	Meningkatnya Tata Kelola Sumber Daya Medik	100%	Kepala Seksi Sumber Daya Medik	Baik
43	Meningkatnya Mutu Pelayanan Keperawatan	100%	Kepala Seksi Mutu Pelayanan Keperawatan	Baik
44	Meningkatnya Tata Kelola Sumber Daya Keperawatan	100%	Kepala Seksi Sumber Daya Keperawatan	Baik
45	Meningkatnya Tata Kelola Perbekalan dan Pemeliharaan Alat Medis dan Kesehatan	100%	Kepala Seksi Perbekalan dan Pemeliharaan Alat Medis dan Kesehatan	Baik
46	Meningkatnya Mutu Pelayanan dan Sumber Daya Penunjang Diagnostik dan Terapi	100%	Kepala Seksi Sumber Daya Penunjang Diagnostik dan Terapi	Baik
TOTAL		99,29%	RSJ Sambang Lihum	Baik

Mengacu pada sasaran strategis yang ditetapkan oleh Rencana Strategis 2025-2029 yang diturunkan kedalam 46 Indikator Kinerja Utama

(IKU). Ada 46 indikator telah berhasil dicapai dengan 3 Indikator mencapai kategori **Istimewa**, 1 Indikator memperoleh predikat **Butuh Perbaikan**, dan 42 indikator yang memperoleh predikat **Baik**.

Capaian realisasi kinerja dengan kategori **Baik** diharapkan bisa terus mempertahankan kinerjanya dan dapat mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2026.

Rata-rata pencapaian target kinerja pada tahun 2025 adalah sebesar **99,29%** dari target yang telah ditetapkan berarti pencapaian target kinerja dengan kategori **Baik**.

Anggaran belanja Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum tahun 2025 yang berasal dari APBD Provinsi Kalimantan Selatan dan APBN/DAK adalah :

Anggaran	Jumlah Anggaran	Realisasi Anggaran	Sisa Pagu Anggaran
Belanja Pegawai	Rp 62.234.523.162,00	Rp 52.935.387.055,00	Rp 9.299.136.107,00
Belanja Barang Jasa	Rp 21.567.482.815,00	Rp 18.077.429.042,00	Rp 3.490.053.773,00
Belanja Modal	Rp 12.238.889.530,00	Rp 11.489.447.221,56	Rp 749.442.308,44
Total	Rp 96.040.895.507,00	Rp 82.502.263.318,56	Rp 13.538.632.188,44

Anggaran Belanja Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum tahun 2025 yang berasal dari pendapatan BLUD Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Provinsi Kalimantan Selatan adalah :

Anggaran	Jumlah Anggaran	Realisasi Anggaran	Sisa Pagu Anggaran
Belanja Pegawai	Rp 1.500.000.000,00	Rp 732.400.000,00	Rp 767.600.000,00
Belanja Barang jasa	Rp 28.799.821.757,00	Rp 26.967.931.839,00	Rp 1.831.889.918,00
Belanja Modal	Rp 2.000.000.000,00	Rp 757.791.656,00	Rp 1.242.208.344,00
Total	Rp 32.299.821.757,00	Rp 28.458.123.495,00	Rp 3.841.698.262,00

Target pendapatan BLUD RSJ Sambang Lihum tahun 2025 sebesar Rp 28.000.000.000,00 yang terealisasi Rp 32.291.721.091,46 atau 115,33% dari target, total sisa pagu anggaran BLUD (Silpa) tahun 2025 dan tahun

sebelumnya adalah sebesar Rp.8.127.769.354,33 Sisa anggaran BLUD tersebut dari efisiensi kegiatan dan peningkatan pendapatan tahun 2025.

Hasil capaian tahun 2025 ini merupakan hasil kerja keras dan komitmen bersama semua pihak yang ada di Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum selama tahun 2025. 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 kuantitas, kualitas dan kompetensi Sumber daya manusia.
5. Meningkatkan ketersediaan sarana dan prasarana serta rehabilitasi/pemeliharaan Rumah Sakit.
6. Meningkatkan aksesibilitas pelayanan kesehatan jiwa
7. Meningkatkan partisipasi keluarga pasien
8. Melakukan sosialisasi dan edukasi tentang kesehatan jiwa
9. Membangun jejaring kerja dengan masyarakat, Mendorong partisipasi masyarakat dalam pelayanan kesehatan jiwa.
10. Meningkatkan tata kelola rumah sakit dengan pengelolaan Rumah Sakit yang transparansi dan akuntabel.

Sebagai akhir kata, kiranya Laporan Kinerja (LKj) Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum tahun 2025 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, 07 Januari 2025
Direktur
Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum

dr. Yuddy Riswandhy Noora, M.Kes
NIP. 19770322 200604 1011

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, 07 Januari 2025

Direktur

Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum


dr. Yuddy Riswandhy Noora, M.Kes

NIP. 19770322 200604 1011