



LAPORAN KINERJA INSTANSI PEMERINTAH (LKjIP)



RSUD DR SOEDIRMAN KEBUMEN TAHUN 2024



KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas limpahan rahmat, taufik dan hidayah-Nya sehingga penyusunan Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) RSUD Dr. Soedirman Kebumen Tahun 2024 dapat terselesaikan. Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) RSUD Dr. Soedirman Kebumen Tahun 2024 disusun sebagai perwujudan pertanggung jawaban penyelenggaraan pemerintahan dalam mencapai tujuan dan sasaran RSUD Dr. Soedirman Kebumen Tahun 2024 sebagaimana tercantum dalam Rencana Strategis RSUD Dr. Soedirman Kebumen Tahun 2021–2026. Dengan tersusunnya Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) RSUD Dr. Soedirman Kebumen Tahun 2024 ini, kami menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada seluruh jajaran Struktural maupun Fungsional di lingkungan RSUD Dr. Soedirman Kebumen dan semua pihak baik yang secara langsung maupun tidak langsung telah membantu hingga tersusunnya Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) ini.

Akhirnya semoga dapat bermanfaat bagi kita semua, Aamiin.

Kebumen, 31 Januari 2025

Direktur
RSUD dr Soedirman Kebumen



dr. H. ARIF KOMEDI, M.Sc
NIP. 196801272002121002

DAFTAR ISI

HALAMAN COVER	i
KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI.....	iii
DAFTAR TABEL.....	iv
DAFTAR GAMBAR/GRAFIK.....	v
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1. Gambaran Umum RSUD dr Soedirman Kebumen.....	1
1.2. Fungsi Strategis RSUD dr Soedirman Kebumen.....	17
1.3. Permasalahan Yang Dihadapi.....	19
1.4. Tindak Lanjut Laporan Hasil Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah Tahun 2024.....	20
BAB II PERENCANAAN KINERJA	23
2.1. Perencanaan Strategis.....	23
2.1.2. Indikator Kinerja Utama	30
2.2.. Perjanjian Kinerja.....	32
BAB III AKUNTABILITAS KINERJA TAHUN 2020	34
3.1. Capaian Kinerja Organisasi.....	34
3.1.2. Indikator Kinerja Pelayanan.....	58
3.2. Realisasi Anggaran.....	69
3.2.1. Pendapatan.....	69
3.2.2. Belanja.....	70
3.2.3. Analisis Efisiensi Belanja.....	72
BAB IV PENUTUP	83
4.1. Umum Capaian Kinerja.....	83
4.2. Permasalahan/Kendala.....	84
4.3. Strategi Peningkatan Kinerja di Masa Datang.....	84
LAMPIRAN	
Lampiran 1. Perjanjian Kinerja	
Lampiran 2. Anggaran Pendapatan dan Belanja 2024	
Lampiran 3. Anggaran dan Realisasi Belanja 2024	
Lampiran 4. Prestasi yang telah dicapai Tingkat Provinsi atau Nasional	
Lampiran 5. SOP Pengukuran Kinerja dan Pengumpulan Data Kinerja	
Lampiran 6. Hasil pengukuran indikator kinerja BLUD Berdasarkan Perjanjian Kinerja Tahun 2024	
Lampiran 7. Lampiran Tindak Lanjut Laporan Hasil Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah	
.	

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Tujuan dan Sasaran Pelayanan RSUD dr. Soedirman Kebumen.....	3
Tabel 1.2 Pemetaan Permasalahan Untuk Penentuan Prioritas dan Sasaran Pembangunan Daerah RSUD dr. Soedirman Kebumen.....	20
Tabel 1.3 Hasil Evaluasi AKIP RSUD dr Soedirman Kebumen tahun 2024.....	20
Tabel 1.4 Matrik Tindak Lanjut Akip Internal RSUD dr. Soedirman Kebumen Tahun 2024.....	21
Tabel 2.1 Strategi dan Arah Kebijakan RSUD dr. Soedirman Kebumen	25
Tabel 2.2 Tujuan dan Sasaran RSUD Dr. Soedirman Kabupaten Kebumen Tahun 2021-2026.....	29
Tabel 2.3 Indikator Kinerja Utama RSUD Dr. Soedirman Kebumen Tahun 2021-2026.....	30
Tabel 2.4 Target Indikator Kinerja Strategis RSUD Dr. Soedirman.....	32
Tabel 2.5 Perjanjian Kinerja Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen Tahun 2024.....	33
Tabel 3.1 Capaian Indikator Kinerja Utama RSUD dr Soedirman Kebumen Tahun 2024.....	36
Tabel 3.2 Perbandingan Capaian Kinerja RSUD dr Soedirman Kebumen tahun 2022 sd 2024.....	39
Tabel 3.3 Kemajuan Capaian Sasaran Strategi RSUD dr Soedirman Kebumen tahun 2024.....	43
Tabel 3.4 Tabel Perbandingan Capaian IKU RSUD dr Soedirman Kebumen dengan Standar Nasional/Provinsi/Kabupaten/Kota tahun 2024.....	46
Tabel 3.5 Analisis Keberhasilan, Kegagalan dan Solusi RSUD dr Soedirman Kebumen tahun 2024.....	49
Tabel 3.6 Analisis Keberhasilan dan Kegagalan Program dan Kegiatan RSUD dr Soedirman Kebumen tahun 2024.....	56
Tabel 3.7 Kinerja Pelayanan Berdasarkan Indikator Pelayanan RSUD dr. Soedirman Kebumen Tahun 2020-2024.....	58
Tabel 3.8 Data Volume Kunjungan Pelayanan IRJA, IGD dan IRNA RSUD dr Soedirman Kebumen Tahun 2020 – 2024.....	58
Tabel 3.9 Kinerja Pelayanan per Unit Pelayanan RSUD dr. Soedirman Kebumen Tahun 2020-2024.....	59
Tabel 3.10 Kinerja Pelayanan Berdasarkan Standar Pelayanan Minimal RSUD dr Soedirman Kebumen Tahun 2023-2024.....	60
Tabel 3.11 Target dan Realisasi Pendapatan RSUD dr. Soedirman Tahun 2020 – 2024.....	69
Tabel. 3.12 Pagu Belanja dan Sumber Dana RSUD dr Soedirman Tahun 2024	71
Tabel 3.13 Realisasi Kinerja Keuangan RSUD dr. Soedirman Tahun 2024.....	71
Tabel 3.14 Laporan Pelaksanaan Kegiatan RSUD dr Soedirman Tahun 2024..	73
Tabel 3.15 Laporan pencapaian indikator kinerja program/kegiatan RSUD dr Soedirman Kebumen.....	74
Tabel 3.17 Pencapaian Indikator pada Perspektif Keuangan.....	81

DAFTAR GRAFIK/GAMBAR

Gambar 1.1 Struktur Organisasi Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kabupaten Kebumen (Peraturan Bupati nomor 134 Tahun 2021).....	7
Grafik 3.1 Capaian Indikator Kinerja Utama RSUD dr Soedirman Kebumen Tahun 2022 sd 2024.....	40
Grafik 3.2 Target dan Realisasi Pendapatan Tahun 2020 sd 2024.....	70
Grafik 3.3 Realisasi Belanja Tahun 2020 sd 2024.....	72

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Gambaran Umum RSUD dr Soedirman Kebumen

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten Kebumen berdiri sejak tahun 1917 yang dikelola oleh misi Zending Belanda. Sejak tahun 1953, RSUD Kabupaten Kebumen resmi menjadi milik Pemerintah Daerah Kabupaten Kebumen. Berdasarkan Surat Keputusan Menteri kesehatan RI Nomor 233/Menkes/SK/VI/1983 tentang Penetapan Tambahan Beberapa Rumah Sakit Umum Pemerintah sebagai Rumah Sakit Umum Pemerintah Kelas B dan C, maka RSUD Kabupaten Kebumen menjadi Rumah Sakit Pemerintah kelas C. Tahun 2003, RSUD Kabupaten Kebumen berubah menjadi Badan Pengelolaan (Eselon II) sesuai Peraturan Daerah Nomor 54 Tahun 2003.

RSUD dr. Soedirman Kebumen merupakan Rumah Sakit Umum Daerah Kelas C dengan susunan organisasi Rumah Sakit Umum Daerah Kelas C sesuai dengan Peraturan Bupati Kebumen Nomor 129 Tahun 2013 tentang Perubahan atas Peraturan Bupati Kebumen Nomor 86 Tahun 2008 tentang Rincian Tugas Pokok, Fungsi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kabupaten Kebumen. Kemudian disempurnakan dengan lahirnya Peraturan Bupati Nomor 58 Tahun 2020 tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Rumah Sakit Umum Daerah, dan diperbarui kembali dengan Peraturan Bupati Nomor 134 Tahun 2021.

Setelah dalam kurun waktu 98 tahun RSUD Kebumen beroperasi di Dusun Bojong Kelurahan Panjer Kecamatan Kebumen, tepatnya di selatan jalan kereta api disebelah barat Stasiun Kebumen. Sejak 1 Maret 2015 Operasional RSUD Kebumen pindah secara keseluruhan ke gedung baru yang beralamat di Jalan Kebumen Raya No 232, Desa Muktisari Kecamatan Kebumen, Kabupaten Kebumen. Bersamaan dengan kepindahan tersebut, RSUD Kabupaten Kebumen resmi mempergunakan nama RSUD dr. Soedirman Kebumen, dengan ditetapkannya Peraturan Bupati Nomor 18 tahun 2014 tentang Pola Tata Kelola pada RSUD dr. Soedirman Kebumen.

Surat Keputusan Bupati Nomor 445/565/2010 tanggal 10 Desember 2010 tentang Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Kebumen sebagai Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD), maka RSUD Kabupaten Kebumen menerapkan PPK BLUD di lingkungan Pemerintah Kabupaten Kebumen dengan Status Penuh. Penetapan sebagai BLUD tersebut dalam upaya untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat, dengan menerapkan pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat. Hal tersebut untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat khususnya di bidang kesehatan dalam rangka memajukan kesejahteraan umum.

Rumah Sakit Umum Daerah dr Soedirman merupakan lembaga teknis daerah yang mempunyai tugas pokok membantu Bupati Kebumen dalam melaksanakan penyusunan dan kebijakan teknis daerah yang bersifat spesifik. Adapun Tugas Pokok dan Fungsi Rumah Sakit Umum Daerah dr Soedirman adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan, pemulihan yang dilaksanakan secara serasi, terpadu dengan upaya peningkatan serta pencegahan dan melaksanakan upaya rujukan, sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.

1.1.1. Tujuan RSUD dr. Soedirman Kebumen

Berdasarkan pada Visi, Misi Kabupaten Kebumen, disusunlah tujuan dan sasaran Tahun 2021-2026. Tugas dan fungsi RSUD dr. Soedirman sangat berkaitan dengan misi kedua yaitu “Peningkatan aksesibilitas dan kualitas pelayanan pendidikan, kesehatan dan kebutuhan dasar lainnya”. Salah satu tujuan dari misi kedua adalah “Meningkatnya Kualitas dan Daya Saing Sumber Daya Manusia”. Dari tujuan pembangunan daerah tersebut, diterjemahkan tujuan RSUD dr. Soedirman Kebumen yaitu “Mewujudkan Rumah Sakit Kelas C menjadi Kelas B yang Profesional, Akuntabel, dan Transparan”.

1.1.2. Sasaran RSUD dr. Soedirman Kebumen

Sasaran adalah penjabaran dari tujuan, yaitu sesuatu yang akan dicapai atau dihasilkan oleh RSUD dr. Soedirman Kebumen dalam jangka waktu tertentu. Sasaran merupakan bagian integral dalam proses perencanaan strategik yang berfokus pada tindakan dan alokasi sumber daya dalam kegiatan atau aktivitas. Karakteristik dari sasaran paling tidak terdiri atas: SMART (Specific, Measurable, Acceptable, Result, Timeliness) sehingga dapat diukur secara nyata dalam jangka waktu tertentu baik tahunan, semesteran, triwulanan atau bulanan. Sesuai dengan tugas dan fungsi rumah sakit yaitu memberikan pelayanan kesehatan perorangan dan mendukung visi misi Bupati maka untuk mencapai tujuan yang telah direncanakan, menetapkan sasaran dan indikator keberhasilan sebagai berikut pada tabel berikut:

Tabel 1.1 Tujuan dan Sasaran Pelayanan RSUD dr. Soedirman Kebumen

Tujuan	Sasaran
Mewujudkan rumah sakit Kelas C menjadi Kelas B yang profesional, akuntabel, dan transparan	Meningkatnya Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah
	Meningkatnya efisiensi, mutu pelayanan kesehatan dan pendidikan sesuai STARKES (Standar Akreditasi Rumah Sakit Kemenkes)
	Meningkatnya tata kelola yang profesional dan akuntabel

Sumber : Renstra RSUD dr. Soedirman Kebumen Tahun 2021-2026

1.1.3. Kedudukan, Tugas dan Fungsi

Berdasarkan Peraturan Bupati Kebumen Nomor 134 Tahun 2021 Tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas Dan Fungsi, Serta Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Rumah Sakit Umum Daerah, Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kabupaten Kebumen merupakan unit organisasi bersifat khusus yang memiliki otonomi dalam pengelolaan keuangan dan barang milik Daerah serta bidang kepegawaian, dipimpin oleh Direktur, berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Dinas Kesehatan melalui Sekretaris Daerah.

Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman merupakan lembaga teknis Unit Organisasi Bersifat Khusus (UOBK) yang mempunyai tugas pokok membantu Bupati Kebumen dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dan upaya rujukan. Dalam melaksanakan tugas RSUD dr. Soedirman menyelenggarakan fungsi:

- a. Perumusan kebijakan teknis di bidang pelayanan kesehatan;
- b. Pelayanan penunjang dalam penyelenggaraan pemerintahan daerah di bidang pelayanan kesehatan;
- c. Penyusunan rencana dan program, monitoring, evaluasi dan pelaporan di bidang pelayanan kesehatan;
- d. Pelayanan medis;
- e. Pelayanan penunjang medis dan non medis;
- f. Pelayanan keperawatan;
- g. Pelayanan rujukan;
- h. Pelaksanaan pendidikan dan pelatihan;
- i. Pelaksanaan penelitian dan pengembangan serta pengabdian masyarakat;
- j. Pengelolaan keuangan dan akuntansi;
- k. Pengelolaan urusan kepegawaian, hukum, hubungan masyarakat, organisasi dan tatalaksana, serta rumah tangga, perlengkapan dan umum; dan
- l. Pelaksanaan fungsi kedinasan lain yang diberikan oleh Kepala Dinas, sesuai dengan tugas dan fungsinya.

1.1.4. Susunan Pejabat Pengelola, Dewan Pengawas, Dan Satuan Pengawasan Internal BLUD RSUD dr. Soedirman Kabupaten Kebumen

1) Pejabat Pengelola

Struktur Organisasi RSUD dr Soedirman Kebumen berdasarkan Peraturan Bupati Kebumen Nomor 134 Tahun 2021 tentang Pembentukan Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi, serta Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Rumah Sakit Umum terdiri atas:

- a. Direktur : dr. H Arif Komedi, M.Sc.
- b. Ka Bid Keuangan : drg. Sri Purwitasari, M.M.
- c. Pejabat Teknis, terdiri dari :
 - 1). Kabag Tata Usaha : Indri Yulianto, S.E., M.Ec.Dev
 - 2). Kabid Pelayanan : dr. Tri Hastuti Hendrayani, M.Kes., Sp.S., MMR
 - 3). Kabid Penunjang Medis dan Non Medis: Binmas Catur Wibowo, S.E.,M.M.

2) Dewan Pengawas

Dalam Operasional BLUD RSUD dr Soedirman Kabupaten Kebumen, dibantu oleh Dewan Pengawas yang ditetapkan dengan Surat Keputusan Bupati Kebumen Nomor: 445/331 tahun 2020. Dewan Pengawas berasal dari 1 (satu) orang pejabat SKPD yang membidangi kegiatan BLUD, 1 (satu) orang pejabat SKPD yang membidangi pengelolaan keuangan daerah dan 1 (satu) orang tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan BLUD. Dewas mempunyai tugas sebagai berikut:

- a. Memantau perkembangan kegiatan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen;
- b. Menilai kinerja keuangan maupun kinerja nonkeuangan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen dan memberikan rekomendasi atas hasil penilaian untuk ditindaklanjuti oleh pejabat Pengelola Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen;
- c. Memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja dari hasil laporan audit pemeriksa eksternal pemerintah;
- d. Memberikan nasehat kepada Pejabat Pengelola dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya; dan
- e. Memberikan pendapat dan saran kepada Bupati mengenai:
 - 1) Rencana Bisnis dan Anggaran yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen;
 - 2) Permasalahan yang menjadi kendala dalam pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen; dan
 - 3) Kinerja Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen

Adapun Susunan Dewan Pengawas BLUD RSUD dr Soedirman meliputi:

- a) Ketua : - (Tenaga Ahli)
- b) Anggota :
 - 1). Drs. Aden Andri Susilo, M.Si. (Kepala BPKPD Kabupaten Kebumen)
 - 2). Apt. Aryo Prihasmara, S.Farm (Dinkes Kabupaten Kebumen)
- c) Sekretaris : Heru Setiyono, S.E
(Surat Keputusan Bupati Kebumen Nomor: 400.7.1/96 tahun 2024)

3) Satuan Pengawas Internal (SPI)

Ditetapkan berdasarkan Surat Keputusan Direktur RSUD Kabupaten Kebumen Nomor 445/460 tahun 2023. Satuan Pengawas Internal mempunyai tugas dan fungsi membantu manajemen dalam hal pengamanan harta kekayaan, menciptakan akurasi system informasi keuangan, menciptakan efisiensi dan produktivitas, dan mendorong dipatuhinya kebijakan manajemen dalam penetapan praktek bisnis yang sehat.

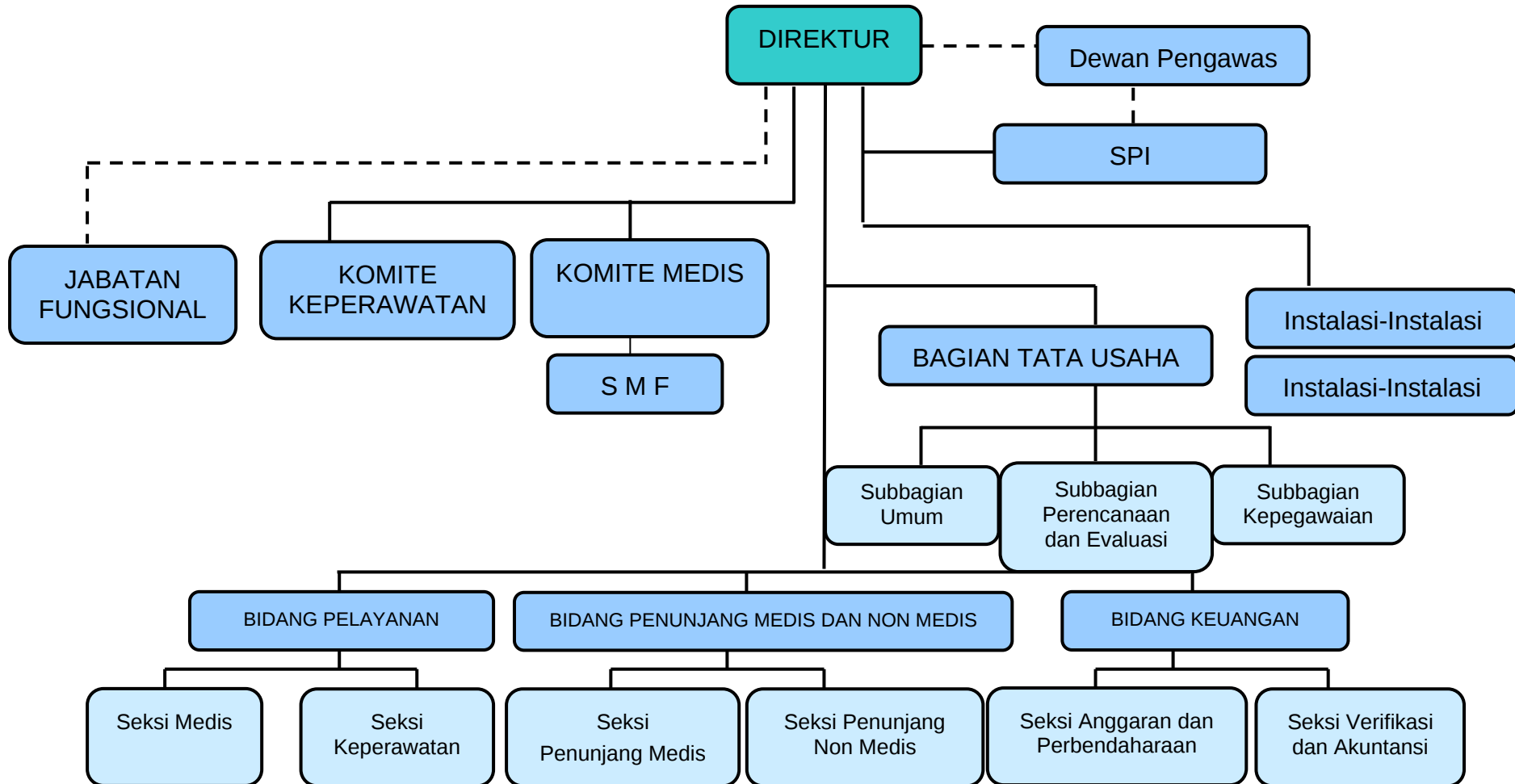
Susunan Personil SPI terdiri dari:

- a. Ketua : dr. Gularso, Sp.PD
- b. Sekretaris : Asri Paryanti, S.H
- c. Anggota : 1). dr Andika Dwi Cahya, Sp.P
2). Sigit Dwi Sasono, S.E
3). Nizar Arsyadani, S.Kom

Adapun Bagan Struktur Organisasi Badan Layanan Umum Daerah RSUD dr. Soedirman adalah sebagai berikut:

Gambar 1.1

Struktur Organisasi Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kabupaten Kebumen (Peraturan Bupati nomor 134 Tahun 2021)



1.1.5. Susunan Organisasi

Sebagaimana tertuang Peraturan Bupati Nomor 134 Tahun 2021 tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Rumah Sakit Umum Daerah. RSUD dr. Soedirman Kebumen dipimpin oleh Direktur.

- a. Direktur
- b. Bagian Tata Usaha, terdiri atas:
 - 1) Sub Bagian Perencanaan dan Evaluasi
 - 2) Sub Bagian Kepegawaian
 - 3) Sub Bagian Umum
- c. Bidang Pelayanan, terdiri atas:
 - 1) Seksi Keperawatan; dan
 - 2) Seksi Medis.
- d. Bidang Penunjang Medis dan Non Medis, terdiri atas:
 - 1) Seksi Penunjang Medis; dan
 - 2) Seksi Penunjang Non Medis.
- e. Bidang Keuangan, terdiri atas:
 - 1) Seksi Anggaran dan Perbendaharaan; dan
 - 2) Seksi Verifikasi dan Akuntansi.
- f. Kelompok Jabatan Fungsional.

Adapun tugas pokok dan fungsi dari masing-masing bagian adalah sebagai berikut :

a) Direktur

Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kabupaten Kebumen mempunyai tugas memimpin pelaksanaan tugas pokok dan fungsi Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kabupaten Kebumen. Pemimpin Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah, mempunyai tugas dan kewajiban:

- 1) Memimpin, mengarahkan, membina, mengawasi, mengendalikan, dan mengevaluasi penyelenggaraan kegiatan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah;
- 2) Menyusun renstra bisnis Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah;

- 3) Menyiapkan Rencana Bisnis Anggaran;
- 4) Mengusulkan calon pejabat pengelola keuangan dan pejabat teknis kepada Bupati sesuai ketentuan;
- 5) Menetapkan pejabat lainnya sesuai kebutuhan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah selain pejabat yang telah ditetapkan dengan peraturan perundangan-undangan; dan
- 6) Menyampaikan dan mempertanggungjawabkan kinerja operasional serta keuangan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah kepada Bupati.

b) Bagian Tata Usaha

Bagian merupakan unsur pembantu Direktur yang dipimpin oleh seorang Kepala Bagian yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur. Bagian Tata Usaha mempunyai tugas mengoordinasikan, memberikan pelayanan teknis dan administrasi kepada semua unsur dalam lingkungan RSUD. Untuk melaksanakan tugas pokoknya, Bagian Tata Usaha mempunyai fungsi :

- 1) Koordinasi penyusunan rencana dan program, umum dan kepegawaian di lingkungan RSUD;
- 2) Pembinaan dan pemberian dukungan administrasi yang meliputi ketatausahaan, kepegawaian, organisasi dan tata laksana, kerumahtanggaan, pengelolaan barang milik Daerah, kerja sama, hubungan masyarakat, penanganan aduan, arsip dan dokumentasi di lingkungan RSUD;
- 3) Koordinasi pelaksanaan pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan serta pengabdian masyarakat;
- 4) Pelaksanaan pengendalian, evaluasi dan pelaporan sesuai dengan lingkup tugasnya; dan
- 5) Pelaksanaan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh Direktur sesuai tugas dan fungsinya.

Selain itu, Bagian Tata Usaha membawahi Sub Bagian dipimpin oleh Kepala Sub Bagian yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Bagian, yakni :

- 1) Subbagian Perencanaan dan Evaluasi mempunyai tugas melaksanakan urusan perencanaan program kegiatan, monitoring, evaluasi dan pelaporan pelaksanaan program kegiatan yang meliputi kebutuhan material, finansial, personal dan fungsi sosial rumah sakit;
- 2) Subbagian Kepegawaian mempunyai tugas melaksanakan analisa kebutuhan pegawai, administrasi kepegawaian, penerimaan, mutasi pegawai, kesejahteraan pegawai, organisasi dan tata laksana, penelitian dan pengembangan, pendidikan dan pelatihan serta pengabdian masyarakat;
- 3) Subbagian Umum mempunyai tugas melaksanakan pemberian dukungan administrasi yang meliputi ketatausahaan, kerumahtanggaan, pengelolaan barang milik Daerah, kerja sama, hubungan masyarakat, penanganan aduan, arsip, dan dokumentasi di lingkungan RSUD.

Unsur Bidang merupakan unsur pelaksana yang dipimpin oleh Kepala Bidang yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.

c) Bidang Pelayanan

Bidang Pelayanan mempunyai tugas melaksanakan penyiapan koordinasi, fasilitasi perumusan dan pelaksanaan kebijakan, evaluasi serta pelaporan pelaksanaan pelayanan keperawatan dan medis. Bidang Pelayanan menyelenggarakan fungsi :

- 1) penyusunan rencana dan program kegiatan bidang pelayanan;
- 2) perumusan kebijakan bidang pelayanan;
- 3) pelaksanaan pembinaan dan koordinasi pelaksanaan kegiatan bidang pelayanan;
- 4) pelaksanaan kegiatan bidang pelayanan;
- 5) pengendalian, evaluasi dan pelaporan pelaksanaan kegiatan bidang pelayanan; dan
- 6) pelaksanaan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh Direktur sesuai tugas dan fungsinya.

Selain itu, Bidang Pelayanan membawahi Seksi yang dipimpin oleh Kepala Seksi yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Bidang Pelayanan, yakni:

1) Seksi Keperawatan;

Seksi Keperawatan mempunyai tugas melakukan pengumpulan data, identifikasi, analisis, penyiapan bahan perumusan dan pelaksanaan kebijakan, evaluasi serta pelaporan pelaksanaan kegiatan pelayanan asuhan keperawatan pada rawat jalan dan rawat inap

2) Seksi Medis

Seksi Medis mempunyai tugas melakukan pengumpulan data, identifikasi, analisis, penyiapan bahan perumusan dan pelaksanaan kebijakan, evaluasi serta pelaporan pelaksanaan pelayanan medis serta mensistematisasikan pelaksanaan administrasi dan registrasi pasien, catatan rekam medis dan rujukan dan penyimpanan dokumen medis, surat keterangan medis dan pelaporan.

d) Bidang Penunjang Medis dan Non Medis

Bidang Penunjang Medis dan Non Medis mempunyai tugas melaksanakan penyiapan koordinasi, fasilitasi perumusan dan pelaksanaan kebijakan, evaluasi serta pelaporan pelaksanaan kegiatan penunjang medis dan non medis. Untuk melaksanakan tugas Bidang Penunjang Medis dan Non Medis mempunyai fungsi:

- 1) Penyusunan rencana dan program kegiatan bidang penunjang medis dan non medis;
- 2) Perumusan kebijakan bidang penunjang medis dan non medis;
- 3) Pelaksanaan pembinaan dan koordinasi pelaksanaan bidang penunjang medis dan non medis;
- 4) Pelaksanaan kegiatan bidang penunjang medis dan non medis;
- 5) Pengendalian, evaluasi dan pelaporan pelaksanaan kegiatan penunjangmedis dan non medis; dan
- 6) Pelaksanaan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh Direktur sesuai tugas dan fungsinya.

Selain itu, Bidang Penunjang Medis dan Non Medis membawahi Seksi yang dipimpin oleh Kepala Seksi yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Bidang Penunjang Medis dan Non Medis, yakni:

1) Seksi Penunjang Medis;

Seksi Penunjang Medis mempunyai tugas mengkoordinasikan, mengatur dan mengendalikan kebutuhan pelaksanaan kegiatan penunjang medis, mengkoordinasikan pelayanan farmasi, radiologi, laboratorium, fisioterapi dan gizi.

2) Seksi Penunjang Non Medis.

Seksi Penunjang Non Medis mempunyai tugas mengkoordinasikan, mengatur dan mengendalikan kebutuhan pelaksanaan kegiatan penunjang non medis, mengkoordinasikan keamanan, ketertiban, pelayanan ambulance, laundry, hygiene-sanitasi, pemeliharaan rumah sakit dan pemulasaraan jenazah.

e) Bidang Keuangan

Bidang Keuangan mempunyai tugas melaksanakan penyiapan koordinasi, fasilitasi perumusan dan pelaksanaan kebijakan, evaluasi serta pelaporan kegiatan penyusunan anggaran, perbendaharaan, verifikasi dan akuntansi, mobilisasi dana dan pelaporan. Untuk melaksanakan tugasnya, Bidang Keuangan mempunyai fungsi:

- 1) penyusunan rencana dan program bidang anggaran, perbendaharaan, mobilisasi dana, pelaksanaan verifikasi dan akuntansi serta pelaporan;
- 2) perumusan kebijakan bidang anggaran, perbendaharaan, mobilisasi dana, pelaksanaan verifikasi dan akuntansi serta pelaporan;
- 3) pelaksanaan pembinaan dan koordinasi pelaksanaan bidang anggaran, perbendaharaan, mobilisasi dana, pelaksanaan verifikasi dan akuntansi serta pelaporan;
- 4) pelaksanaan kegiatan bidang anggaran, perbendaharaan, mobilisasi dana, pelaksanaan verifikasi dan akuntansi serta pelaporan;

- 5) pengendalian, evaluasi dan pelaporan kegiatan bidang anggaran, perbendaharaan, mobilisasi dana, pelaksanaan verifikasi dan akuntansi serta pelaporan; dan
- 6) pelaksanaan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh Direktur sesuai tugas dan fungsinya.

Selain itu, Bidang Keuangan membawahi Seksi yang dipimpin oleh Kepala Seksi yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Bidang Keuangan, yakni:

1) Seksi Anggaran dan Perbendaharaan;

Seksi Anggaran dan Perbendaharaan mempunyai tugas melakukan pengumpulan data, identifikasi, analisis, penyiapan bahan perumusan dan pelaksanaan kebijakan, evaluasi serta pelaporan penyusunan anggaran dan perubahan anggaran, penatausahaan keuangan, mobilisasi dana serta pertanggungjawaban dan pelaporan keuangan.

2) Seksi Verifikasi dan Akuntansi.

Seksi Verifikasi dan mempunyai tugas melakukan pengumpulan data, identifikasi, analisis, penyiapan bahan perumusan dan pelaksanaan kebijakan, evaluasi serta pelaporan kegiatan verifikasi dan akuntansi.

f) Kelompok Jabatan Fungsional

Kelompok Jabatan Fungsional terdiri dari sejumlah tenaga dalam jenjang jabatan fungsional yang dipimpin oleh seorang tenaga fungsional senior selaku ketua kelompok yang dalam melaksanakan tugasnya berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Kebumen.

1.1.6. Sumber Daya Manusia

Jumlah SDM di RSUD dr Soedirman Kebumen tahun 2024 sebanyak 932 orang dengan komposisi berdasarkan jenis ketenagaan sebagai berikut:

- Jumlah SDM PNS : 381 orang
- Jumlah SDM PPPK : 46 orang
- Jumlah SDM Non ASN : 505 orang

Dengan komposisi jabatan sebagai berikut:

- Dokter Subspesialis 1 orang
- Dokter Spesialis 31 orang
- Dokter Umum 21 orang
- Dokter Gigi 1 orang
- Struktural 14 orang
- Tenaga Kesehatan 528 orang
- Non Tenaga Kesehatan 336 orang

1.1.7. Kegiatan/ Produk Layanan

Dengan menerapkan PPK-BLUD, RSUD dr Soedirman Kebumen melaksanakan kegiatan Badan Layanan Umum Daerah sebagai upaya untuk mencapai visi dan misi yang telah ditetapkan. Dalam melaksanakan kegiatan Badan Layanan Umum Daerah, RSUD dr Soedirman Kebumen menyelenggarakan kegiatan pelayanan jasa kesehatan yang bersifat profesional, berfungsi sosial bagi masyarakat tidak mampu dengan pengelolaan keuangan berdasarkan prinsip ekonomi dan menerapkan praktik bisnis yang sehat. Sesuai dengan hasil analisis lingkungan dan isu strategis yang terkait dengan organisasi, RSUD dr Soedirman Kabupaten Kebumen menerapkan “Strategi Pertumbuhan” dalam menggalang dan mengarahkan seluruh sumber daya dalam mencapai tujuan yang telah menjadi konsensus bersama. Strategi pertumbuhan ditempuh karena adanya peluang untuk meningkatkan pelayanan dengan melakukan ekspansi pasar ke teknologi canggih. Sedangkan untuk pelayanan rawat inap menggunakan strategi *Quality Leadership*, dengan mengedepankan mutu pelayanan dan keselamatan pasien sehingga meningkatkan kepuasan pelanggan. RSUD dr Soedirman Kebumen mempunyai 295 TT dengan produk layanan meliputi:

1) Pelayanan Rawat Jalan

Klinik Spesialis Penyakit Dalam, Klinik Spesialis Anak, Klinik Spesialis Kebidanan dan Kandungan, Klinik Spesialis Bedah, Klinik Spesialis Orthopedi, Klinik Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah, Klinik Kesehatan Gigi dan Mulut, Klinik Spesialis Saraf, Klinik Spesialis

Penyakit Kulit dan Kelamin, Klinik Spesialis THT, Klinik Spesialis Jiwa, Klinik Spesialis Mata, Klinik Spesialis Paru, Klinik TB RO, Klinik DOTS, Klinik Endodonsi, Klinik Neonatologi, Klinik Urologi, Klinik Konsultasi Gizi, Klinik Psikologi, Klinik MCU, Klinik Geriatri, Klinik VCT.

Layanan unggulan dan pendukung dari Klinik Rawat jalan meliputi: Pelayanan Percutaneous Nephrolithotomy (PCNL), Pelayanan Ureterorenoscopy, pelayanan Flexible RIRS, Holmium Laser, Phaco emulsifikasi, Pelayanan Elektro Encephalography (EEG), pelayanan Echocardiography, Pelayanan Treadmill, Pelayanan Audiometry, Alat Bantu Dengar (ABD), Pelayanan Bronchoscopy, Colonoscopy, USG Paru, Trans Thoracal Endoscopy, Endoscopy THT, Head Ultra Sound (Neonatus), Laparoscopy, Laser ND YAG, USG Trans Vaginal, Pelayanan MCU, Pelayanan Program Hamil, USG Trans Vaginal, USG 4 Dimensi dan Pelayanan Spirometri, Klinik Psikologi (Sehat Rohani / MMPI, Test Intelegensia (IQ), Tes Minat Bakat, Tes Napza 6 Parameter), CT Scan 128 slice, Patologi Anatomi, Occupation Therapy.

2) Pelayanan Rawat Inap :

- a) Ruang Arumbinang 1 : kelas VIP dan VVIP
- b) Ruang Arumbinang 2
- c) Ruang Cempaka
- d) Ruang Dahlia
- e) Ruang Melati
- f) Ruang Bougenvile
- g) Ruang Teratai
- h) Ruang Kenanga (Ruang Perawatan Isolasi)
- i) Ruang Peristi (Ruang Perawatan bayi risiko tinggi)
- j) Ruang Seroja
- k) Ruang Rafflesia (Ruang Perawatan TB RO)

3) Pelayanan Rawat Intensif :

- a) ICU
- b) ICCU
- c) PICU dan NICU

4) Pelayanan Gawat Darurat

- 5) Pelayanan Bedah Sentral
- 6) Pelayanan Rehabilitasi Medik & Mental :
 - a) Fisiotherapi
 - b) Okupasi Therapi
 - c) Speech Terapi/Terapi Wicara
- 7) Pelayanan Haemodialisa
- 8) Pelayanan Penunjang Klinis :
 - a) Instalasi Laboratorium (Laboratorium Klinik, Laboratorium Patologi Anatomi, Bank Darah),
 - b) Instalasi Radiologi (Konvensional X-Ray, Panoramic X-Ray, USG Paru, CT Scan 128 Slice)
 - c) Instalasi Farmasi
 - d) Instalasi Gizi
- 9) Pelayanan Penunjang Non Klinis :
 - a) Instalasi Rekam Medis
 - b) Instalasi Hygiene Sanitasi
 - c) Unit Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
 - d) Unit Laundry
 - e) Unit Keamanan dan Ketertiban
 - f) Unit Ambulance
 - g) Unit Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit
 - h) Unit Pemulasaran Jenazah
 - i) Unit Promosi Kesehatan Rumah Sakit
 - j) Unit Perpustakaan dan Unit Pelayanan Pengaduan
- 10) Pelayanan Penunjang Lain-lain :
 - a) Pelayanan kerohanian
 - b) Tempat Pelayanan Pendaftaran Rawat Inap (TPPRI)
 - c) Tempat Pelayanan Pendaftaran Rawat Jalan (TPPRJ)
 - d) Ruang Tunggu Anak / Taman Bermain
 - e) Pondok Asi
 - f) Pendaftaran Online
 - g) TV Media Informasi Kesehatan
 - h) Front Office

1.2. Fungsi Strategis RSUD dr Soedirman

Fungsi strategi rumah sakit menuntut kadar komitmen yang tinggi dari seluruh tenaga kesehatan rumah sakit. Dengan Menyusun rencana strategis pelaksanaan dan pengendalian strategis maka akan terlihat kelompok sumber daya manusia yang mempunyai komitmen dan tidak mempunyai komitmen. Fungsi strategis ini akan menjamin terjaganya eksistensi organisasi dengan peningkatan produktivitas atau kualitas kerja dan hasil kerja atau kinerja, sehingga akan mampu bersaing dengan organisasi lainnya yang serupa

Berdasarkan Peraturan Bupati Kebumen 134 Tahun 2021 tentang pembentukan, kedudukan, susunan organisasi, tugas dan fungsi, serta tata kerja unit pelaksana teknis rumah sakit umum daerah, RSUD dr. Soedirman Kebumen mempunyai tugas pokok menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan upaya penyembuhan, pemulihan, peningkatan, pencegahan, pelayanan rujukan, dan menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan serta pengabdian masyarakat. Untuk menyelenggarakan tugas pokok tersebut rumah sakit mempunyai fungsi antara lain :

1. Penyelenggaraan Pelayanan Medik;

Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen memberikan pelayanan kesehatan bersifat Pelayanan medik yaitu pelayanan medik umum dan kesehatan gigi, serta pelayanan medik spesialis yang terdiri dari pelayanan Bedah Umum, Bedah Orthopaedi, Penyakit Dalam, Penyakit Anak, Kebidanan dan Kandungan, Penyakit Jantung, Penyakit Syaraf, Penyakit Paru, Penyakit Gigi dan Mulut, Penyakit Kulit dan Kelamin, Penyakit THT, Penyakit Mata, dan Penyakit Jiwa.

2. Penyelenggaraan Pelayanan Penunjang Medik dan Non Medik;

Pelayanan Penunjang Medik meliputi :

- Pelayanan Radiologi
- Pelayanan Laboratorium
- Pelayanan Farmasi
- Pelayanan Gizi
- Pelayanan Hemodialisa
- Pelayanan Endoskopi
- Pelayanan Anastesi

- Pelayanan Elektromedik
- Pelayanan Rehabilitasi Medis dan Mental

Produk pelayanan penunjang medik harus dapat memuaskan pasien dan juga memuaskan dokter yang meminta tindakan itu dilakukan pada pasien nya. Kunci keberhasilan pelayanan dengan kualitas teknis yang baik adalah dengan melakukannya secara baik dan segala peralatan yang digunakan harus dalam keadaan siap pakai.

3. Penyelenggaraan Pelayanan dan Asuhan Keperawatan;

Pelayanan Asuhan keperawatan profesional adalah yang memiliki mutu, kualitas, bersifat efektif, efisien sehingga memberikan kepuasan pasien. Asuhan keperawatan merupakan salah satu kegiatan yang berhubungan dan berinteraksi langsung dengan pasien, baik itu klien sebagai individu, keluarga maupun masyarakat, oleh karena itu dalam memberikan asuhan keperawatannya perawat dituntut untuk memahami dan berperilaku sesuai dengan etika keperawatan. Agar seorang perawat dapat bertanggung jawab dan bertanggung gugat maka perawat harus memegang teguh nilai-nilai yang mendasari praktik keperawatan itu sendiri., yaitu : perawat membantu pasien untuk mencapai tingkat kesehatan optimum, perawat membantu meningkatkan autonomi pasien mengekspresikan kebutuhannya, perawat mendukung martabat kemanusiaan dan berperilaku sebagai advokat bagi pasien, perawat menjaga kerahasiaan pasien, berorientasi pada akuntabilitas perawat, dan perawat bekerja dalam lingkungan yang kompeten, etik, dan aman.

4. Penyelenggaraan Pelayanan Rujukan;

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang melaksanakan pelimpahan tanggung jawab, timbal balik terhadap suatu kasus penyakit atau masalah kesehatan secara vertikal atau horizontal, meliputi sarana, rujukan teknologi dan ilmu pengetahuan, rujukan tenaga ahli, rujukan medis dan penunjang medis.

5. Penyelenggaraan Usaha Pendidikan dan Pelatihan;

Pendidikan dan Pelatihan yang ditujukan pada SDM RSUD dr. Soedirman Kebumen dalam rangka meningkatkan kemampuan dan keterampilan untuk

mencapai kompetensi di bidang pekerjaannya, sehingga dapat tercapai produktifitas yang maksimal.

6. Pelaksanaan Fasilitasi Penyelenggaraan Pendidikan Bagi Calon Dokter, Dokter Spesialis, dan Tenaga Kesehatan Lainnya;
Berdasarkan fungsi Rumah Sakit dalam proses pendidikan profesi kedokteran, Rumah Sakit yang merupakan jejaring Institusi Pendidikan Kedokteran dan institusi pendidikan lainnya, yang dapat digunakan sebagai wahana pembelajaran klinik untuk memenuhi modul pendidikan dalam rangka mencapai kompetensi berdasarkan standar pendidikan profesi kedokteran dan profesi kesehatan lainnya.
7. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan kesehatan;
Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen sebagai wahana pendidikan, penelitian dan pengembangan bidang kesehatan yang terkait dengan kegiatan penelitian dan pendidikan di fakultas kedokteran maupun fakultas lain dari suatu universitas/lembaga pendidikan tinggi kesehatan, untuk pelatihan dokter-dokter muda, uji coba berbagai macam obat baru atau teknik pengobatan baru.
8. Penyelenggaraan Kegiatan Ketatausahaan dan Pelaksanaan Tugas – Tugas Lain yang Diberikan Oleh Bupati
Rumah Sakit juga melaksanakan tugas-tugas yang berhubungan dengan ketatausahaan, rumah tangga, kepegawaian, kesejahteraan pegawai, keuangan, rencana kegiatan tahunan, dokumentasi, perlengkapan di lingkungan RSUD dr. Soedirman Kebumen.

1.3. Permasalahan Utama Yang dihadapi

Dari hasil kajian pelaksanaan analisis dan evaluasi pelaksanaan tugas dan fungsi RSUD Dr. Soedirman terdapat beberapa permasalahan yang menjadi prioritas untuk dianalisis lebih dalam dan ditindaklanjuti pada masa yang akan datang. Berikut ini adalah hasil pemetaan permasalahan pelayanan RSUD Dr. Soedirman.

Tabel 1.2
Pemetaan Permasalahan Untuk Penentuan Prioritas dan Sasaran Pembangunan
Daerah RSUD dr. Soedirman Kebumen

Masalah Pokok	Masalah	Akar Masalah
Beberapa Pelayanan rumah sakit belum sesuai standar	Pelayanan yang mengacu standar akreditasi belum menjadi budaya	Budaya kinerja dan indeks profesionalitas dan inovasi pelayanan ASN yang masih kurang
	Sistem rujukan dan jejaring RS belum berjalan secara optimal	Rujukan berjenjang berjalan kurang optimal
	Implementasi regulasi mutu pelayanan RS sesuai akreditasi SNARS belum optimal	Pencapaian indikator mutu RS belum optimal
	Efisiensi pengeluaran belanja RS belum optimal	Pelaksanaan pengendalian dan efisiensi biaya di semua bagian/unit belum optimal
	Belum optimalnya ketersediaan dan kelengkapan sarana prasarana pelayanan kesehatan	Belum optimalnya kerjasama dan kemitraan rumah sakit dengan mitra pendukung sarana dan prasarana pelayanan.

Sumber : Evaluasi Pelayanan

1.4. Tindak Lanjut Laporan Hasil Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah Tahun 2024

Hasil evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (AKIP) internal tahun 2024 atas kinerja tahun 2023 di Rumah Sakit Umum Daerah dr Soedirman Kebumen yang dilakukan oleh Inspektorat Daerah, adalah sebagai berikut:

Tabel 1.3
Hasil Evaluasi AKIP RSUD dr Soedirman Kebumen tahun 2024

No	Komponen	Bobot	Nilai Hasil Evaluasi	
			Tahun 2023	Tahun 2024
1	Perencanaan Kinerja	30%	23,40	23,70
2	Pengukuran Kinerja	30%	23,10	21,00
3	Pelaporan Kinerja	15%	9,30	9,30
4	Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Internal	25%	16,75	19,25
	Nilai Hasil Evaluasi	100%	72,55	73,25
	Tingkat Akuntabilitas		BB Sangat Baik	BB Sangat Baik

Dari tabel diatas didapatkan data bahwa secara keseluruhan nilai Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (AKIP) tahun 2024 di RSUD dr Soedirman Kebumen meningkat dibandingkan tahun 2023 dengan rekomendasi sebagai berikut:

- 1) Mempublikasikan dokumen kinerja tepat waktu
- 2) Mengambil langkah-langkah upaya pencapaian target yang ditetapkan dalam perencanaan kinerja dapat dicapai (achievable), menantang dan realistis
- 3) Membuat mekanisme dan prosedur yang handal dalam rangka pengumpulan data kinerja (SOP)
- 4) Melakukan pemantauan atas pengukuran capaian kinerja unit dibawahnya secara berjenjang
- 5) Dokumen laporan kinerja agar disampaikan tepat waktu
- 6) Dokumen laporan kinerja agar menginfokan perbandingan realisasi kinerja dengan target jangka menengah
- 7) Dokumen laporan kinerja agar menginfokan perbandingan realisasi kinerja dengan realisasi kinerja di level nasional/internasional (benchmark kinerja)
- 8) Melaksanakan seluruh rekomendasi hasil evaluasi SAKIP tahun 2024 dengan menuangkannya dalam laporan kinerja (LKjIP) tahun 2024 pada BAB I (Pendahuluan)

Tabel 1.4
Matrik Tindak Lanjut Akip Internal RSUD dr. Soedirman Kebumen Tahun 2024

No.	Temuan	Rekomendasi	Tindak Lanjut	Keterangan
1.	Dokumen perencanaan kinerja belum dipublikasikan tepat waktu	Mempublikasikan dokumen kinerja tepat waktu	Tahun 2024 sudah diupload di e Semarak, di Website RSUD dr Soedirman Kebumen	Terlampir
2.	Target yang ditetapkan dalam perencanaan kinerja belum dapat dicapai (achievable), menantang dan realistis	Mengambil langkah-langkah upaya pencapaian target yang ditetapkan dalam perencanaan kinerja dapat dicapai (achievable), menantang dan realistis	Laporan Capaian Kinerja Badan Layanan Umum Daerah RSUD dr Soedirman Tahun 2023	Terlampir

LAPORAN KINERJA
INSTANSI PEMERINTAH

No.	Temuan	Rekomendasi	Tindak Lanjut	Keterangan
3.	Belum membuat mekanisme dan prosedur pengumpulan data kinerja (SOP)	Membuat mekanisme dan prosedur yang handal dalam rangka pengumpulan data kinerja (SOP)	SOP Pengukuran Kinerja Dan Pengumpulan Data Kinerja	Terlampir
4.	Belum dilakukan pemantauan atas pengukuran capaian kinerja unit dibawahnya secara berjenjang	Melakukan pemantauan atas pengukuran capaian kinerja unit dibawahnya secara berjenjang	Laporan Pengukuran Kinerja TW I, II Tahun 2024	Terlampir
5.	Dokumen laporan kinerja belum disampaikan tepat waktu	Dokumen laporan kinerja agar disampaikan tepat waktu	-	LKjIP 2025
6.	Dokumen laporan kinerja belum menginfokan perbandingan realisasi kinerja dengan target jangka menengah	Dokumen laporan kinerja agar menginfokan perbandingan realisasi kinerja dengan target jangka menengah	-	LKjIP 2025
7.	Dokumen laporan kinerja belum menginfokan perbandingan realisasi kinerja dengan realisasi kinerja di level nasional/internasional (benchmark kinerja)	Dokumen laporan kinerja agar menginfokan perbandingan realisasi kinerja dengan realisasi kinerja di level nasional/internasional (benchmark kinerja)	-	LKjIP 2025
8.	Hasil seluruh rekomendasi evaluasi SAKIP tahun 2024 dengan menuangkannya dalam laporan kinerja (LKjIP) tahun 2024 pada BAB I (Pendahuluan)	Melaksanakan seluruh rekomendasi hasil evaluasi SAKIP tahun 2024 dengan menuangkannya dalam laporan kinerja (LKjIP) tahun 2024 pada BAB I (Pendahuluan)	-	LKjIP 2025

BAB II

PERENCANAAN KINERJA

2.1. Perencanaan Strategis

2.1.1. Rencana Strategis (Renstra)

Rencana strategis Rumah Sakit adalah dokumen perencanaan untuk periode 5 (lima) tahun yang akan datang dan merupakan upaya yang terencana untuk memberdayakan dan meningkatkan kapasitas dan potensi yang dimiliki rumah sakit dalam rangka meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan. Upaya untuk meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan tersebut dilakukan melalui serangkaian pelaksanaan program dan kegiatan yang mengarah kepada kepuasan pelanggan.

Renstra RSUD dr Soedirman Kebumen disusun dalam rangka pelaksanaan urusan pemerintahan wajib bidang kesehatan. Penyusunannya berpedoman dan memperhatikan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2020-2024, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Pemerintah Kabupaten Kebumen Tahun 2021-2026 dan perubahannya serta memperhatikan Renstra Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk, dan Keluarga Berencana Kabupaten Kebumen Tahun 2021-2026.

Strategi diperlukan untuk memperjelas arah dan tujuan pengembangan dan peningkatan pelayanan di RSUD dr Soedirman Kebumen. Dalam mengemban tugas dan fungsinya, RSUD harus memiliki acuan langkah agar pelaksanaan tugas tetap berada pada koridor yang ditetapkan dan hasilnya efektif/efisien serta dapat dirasakan secara nyata baik oleh aparatur maupun masyarakat. Oleh karena itu, penentuan strategi yang tepat menjadi sangat penting. Strategi merupakan suatu respon terhadap visi, misi dan tujuan yang akan menjadi rujukan dari seluruh kebijakan dan program kegiatan yang dikeluarkan dalam penyelenggaraan pemerintahan. Selain itu, strategi yang disusun harus sesuai pula dengan kebijakan dan tujuan pembangunan Kabupaten Kebumen secara keseluruhan.

Strategi dan arah kebijakan dibentuk untuk mencapai tujuan dan sasaran. Strategi dirumuskan dengan menentukan langkah pilihan yang tepat.

Strategi adalah langkah berisikan program-program sebagai prioritas pembangunan Daerah/Perangkat Daerah untuk mencapai sasaran sebagai strategi peningkatan/diversifikasi mutu di setiap unit pelayanan RS dan pengembangan dan inovasi layanan. Penetapan rencana program dan kegiatan, indikator kinerja, kelompok sasaran dan pendanaan indikatif bertujuan untuk memberikan gambaran mengenai ukuran keberhasilan dalam pencapaian visi dan misi RSUD dr Soedirman Kebumen. Hal ini ditunjukkan dalam proses pencapaian indikator output dan outcome setiap tahunnya, sehingga kondisi kinerja yang diinginkan pada akhir tahun renstra dapat tercapai.

Arah kebijakan adalah rumusan kerangka pikir atau kerangka kerja untuk menyelesaikan permasalahan pembangunan dan mengantisipasi isu strategis Daerah/Perangkat Daerah yang dilaksanakan secara bertahap sebagai penjabaran strategi. Strategi adalah langkah berisikan program-program sebagai prioritas pembangunan Daerah/Perangkat Daerah untuk mencapai sasaran.

Dalam upaya mencapai tujuan dan sasaran pembangunan daerah khususnya di bidang kesehatan maka dirumuskan strategi dan arah kebijakan Rencana Strategis RSUD Dr. Soedirman. Strategi dan arah kebijakan ini merupakan panduan dalam menentukan program dan kegiatan yang akan dilaksanakan oleh RSUD Dr. Soedirman yang dirumuskan berdasarkan analisis faktor internal dan eksternal RSUD dr. Soedirman. Strategi dan arah kebijakan dalam mencapai tujuan dan sasaran Rumah Sakit adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1
Strategi dan Arah Kebijakan RSUD dr. Soedirman Kebumen

VISI Kabupaten Kebumen : Mewujudkan Masyarakat Kebumen yang Sejahtera, Mandiri dan Berahlak			
MISI II Kabupaten Kebumen : Peningkatan Aksesibilitas Dan Kualitas Pelayanan Pendidikan, Kesehatan Dan Kebutuhan Dasar Lainnya			
Tujuan	Sasaran	Strategi	Arah Kebijakan
Mewujudkan rumah sakit Kelas C menjadi Kelas B yang profesional, akuntabel, dan transparan	Meningkatnya Akuntabilitas Kinerja	Meningkatkan kualitas SDM	a. Meningkatkan kapasitas SDM dan kinerja penyelenggaraan pelayanan kesehatan b. Menerapkan <i>reward</i> dan <i>punishment</i>
	Meningkatkan efisiensi, mutu pelayanan kesehatan dan pendidikan sesuai STARKES	Meningkatkan <i>tangible</i> (bukti fisik) pelayanan dengan peningkatan prasarana dan sarana kesehatan.	a. Mengembangkan Sistem Informasi Manajemen (SIM) Rumah Sakit Terintegrasi berbasis Teknologi Informasi Komunikasi b. Melaksanakan monitoring dan evaluasi secara periodik terhadap layanan
	Meningkatnya tata kelola yang profesional dan akuntabel	Inovasi pelayanan untuk meningkatkan kenyamanan dan loyalitas pasien	a. Mengembangkan Sistem Informasi Manajemen (SIM) Rumah Sakit Terintegrasi berbasis Teknologi Informasi Komunikasi b. Mengembangkan akses promosi dan kerjasama penanaman modal

Sumber : Renstra RSUD dr. Soedirman Tahun 2021-2026

Perencanaan kinerja pada dasarnya adalah pernyataan komitmen yang mempresentasikan komitmen untuk mencapai kinerja yang jelas dan terukur dalam rentang waktu satu tahun tertentu dengan mempertimbangkan sumber daya yang dikelolanya. Perencanaan Kinerja ini merupakan tolok ukur Evaluasi Akuntabilitas Kinerja pada akhir tahun 2024. Penyusunan Perencanaan Kinerja ini didasarkan pada Perpres Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Instansi Pemerintah (SAKIP) dan Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP).

1. Visi

Visi Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kabupaten Kebumen merupakan gambaran tentang kondisi ideal RSUD Dr. Soedirman Kabupaten Kebumen yang diinginkan oleh semua pihak yang berkepentingan (*stakeholders*). Visi RSUD Dr. Soedirman Kabupaten Kebumen dirumuskan secara bersama oleh segenap pejabat struktural maupun tenaga staf teknis dan fungsional yang berkarya dalam RSUD Dr. Soedirman Kabupaten Kebumen. Di samping itu Rencana Strategis RSUD Dr. Soedirman Kabupaten Kebumen juga sudah disosialisasikan kepada *stakeholders* di lingkungan Pemerintah Kabupaten Kebumen .

Visi Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kabupaten Kebumen adalah :

"Menjadi RS Modern, Profesional, Pusat Rujukan Kegawatan Medik dan Spesialistik"

Visi RSUD dr. Soedirman Kabupaten Kebumen tahun 2021-2026 merujuk pada Visi Kabupaten Kebumen 2021-2026. Rumah Sakit Umum Daerah yang **Modern** dalam pengertian peralatan adalah terbaru atau mutakhir, sedangkan dalam pengertian cara berpikir atau metode adalah yang mengikuti perkembangan zaman. **Profesional** adalah mengedepankan kemampuan dan keahlian dalam melaksanakan

tugasnya. Pusat Rujukan **Kegawatan Medik** dan **Spesialistik** berarti melayani rujukan kasus kegawatan medik dan rujukan kasus spesialistik dari semua rumah sakit di Kabupaten Kebumen dan sekitarnya.

2. Misi

Misi RSUD dr. Soedirman Kabupaten Kebumen adalah:

- a. Menyelenggarakan Pelayanan Kegawatan Medik dan pelayanan kesehatan tingkat spesialistik yang bermutu untuk seluruh masyarakat;
- b. Modernisasi sistem, sarana, dan prasarana pelayanan sesuai standar nasional Kelas B;
- c. Menyelenggarakan pendidikan SDM yang mendukung profesionalitas dan daya saing;
- d. Meningkatkan kemampuan keuangan untuk mendukung kemandirian dan pengembangan layanan.

Rumah Sakit Umum Daerah dr Soedirman Kebumen menerapkan nilai organisasi atau berupa core value ASN yang berlaku secara nasional seperti tertuang dalam Surat Edaran Menteri PANRB Nomor 20 Tahun 2021 dan Keputusan Kepala LAN RI Nomor: 14/K.1/PDP.07/2022 tentang Implementasi Core Values dan Employer Branding ASN. Core value tersebut adalah BerAKHLAK yang merupakan singkatan dari Berorientasi Pelayanan, Akuntabel, Kompeten, Harmonis, Loyal, Adaptif, dan Kolaboratif serta Employer Branding “Bangga Melayani Bangsa.”

Nilai-nilai dasar ini akan menjadi pegangan bagi seluruh ASN yang akan menjadi penguat budaya kerja dimanapun ditugaskan serta akan menjadi pondasi yang mendorong kinerja organisasi dalam jangka panjang. Tujuan core value adalah untuk meningkatkan kualitas SDM, menghilangkan ego sektoral, serta mewujudkan budaya melayani bukan dilayani *Core values* BerAKHLAK yaitu bahwa ASN harus memiliki budaya:

1. Berorientasi Pelayanan, yaitu komitmen memberikan pelayanan prima demi kepuasan masyarakat.
2. Akuntabel, yaitu bertanggung jawab atas kepercayaan yang diberikan
3. Kompeten, yaitu terus belajar dan mengembangkan kapabilitas
4. Harmonis, yaitu saling peduli dan menghargai perbedaan

5. Loyal, yaitu berdedikasi dan mengutamakan kepentingan Bangsa dan Negara
6. Adaptif, yaitu terus berinovasi dan antusias dalam menggerakkan serta menghadapi perubahan.
7. Kolaboratif, yaitu membangun kerja sama yang sinergis.

Selain core *values* ASN BerAKHLAK, tata nilai organisasi Rumah Sakit Umum Daerah dr Soedirman Kebumen adalah

1. Keiklasan

Setiap karyawan RSUD Dr. Soedirman melandasi setiap aktivitasnya dengan ikhlas sebagai bagian daripada ibadah kepada Tuhannya dan amal saleh kepada sesama manusia.

2. Keramahan

Dalam melaksanakan aktivitasnya setiap karyawan RSUD Dr. Soedirman selalu mengedepankan sikap ramah dalam melayani pelanggan.

3. Pembelajaran

Setiap karyawan RSUD Dr. Soedirman memiliki minat dan mendapatkan dorongan dan sarana untuk menjalani proses pembelajaran dalam setiap aktivitas yang dijalani.

4. Kebersamaan

Dalam melaksanakan aktivitasnya setiap karyawan RSUD Dr. Soedirman selalu mengedepankan kerja sama tim yang saling menolong satu sama lain dalam hal menegakkan kebenaran.

5. Kedisiplinan

Setiap aktivitas karyawan RSUD Dr. Soedirman yang dijalankan selalu dilandasi dengan kedisiplinan yang tinggi sebagai upaya mencapai kinerja yang optimal.

3. Tujuan, Sasaran, dan Strategi (Cara Mencapai Tujuan dan Sasaran)

Tabel 2.2
Tujuan dan Sasaran RSUD Dr. Soedirman Kabupaten Kebumen
Tahun 2021-2026

VISI : <i>Menjadi RS Modern, Profesional, Pusat Rujukan Kegawatan Medik dan Spesialistik</i>									
NO	TUJUAN	SASARAN	INDIKATOR KINERJA	TARGET KINERJA PADA TAHUN					
				2021	2022	2023	2024	2025	2026
1.	Peningkatan Pelayanan BLUD	Terselenggara nya Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	Prosentase Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Dalam rangka mencapai Visi dan Misi yang telah ditetapkan, maka RSUD dr. Soedirman Kabupaten Kebumen telah menjabarkan dalam bentuk yang lebih terarah dan operasional berupa penetapan Tujuan dan Sasaran sebagai implementasi pernyataan Misi.

Tujuan yang ingin dicapai oleh RSUD dr. Soedirman Kabupaten Kebumen yaitu Peningkatan Pelayanan BLUD sebagai berikut:

- 1) Terwujudnya Pelayanan Kegawatan Medik dan pelayanan kesehatan tingkat spesialistik yang bermutu untuk seluruh masyarakat;
- 2) Terwujudnya Masyarakat Sehat Melalui Sistem, Sarana, dan Prasarana yang modern dan sesuai standar nasional kelas B;
- 3) Terwujudnya Sumber Daya Manusia yang Profesional dan berdaya saing;
- 4) Terwujudnya kemandirian keuangan dan pengembangan layanan yang efektif dan efisien;
- 5) Terbangunnya sistem pengelolaan yang profesional, transparan, dan akuntabel.

Sedangkan Sasaran merupakan penjabaran dari Tujuan yaitu hasil yang akan dicapai secara nyata oleh Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kabupaten Kebumen, baik dalam jangka menengah (lima tahun) maupun jangka pendek (tahunan atau kurang dari satu tahun). Tujuan dan Sasaran pembangunan merupakan bagian integral dalam

proses perencanaan dan pelaksanaan Rencana Strategik (Renstra) RSUD Dr. Soedirman Kabupaten Kebumen tahun 2021 - 2026.

Berdasarkan Visi dan Misi tersebut telah dirumuskan Tujuan dan Sasaran beserta Strategi pembangunan yang ingin dicapai oleh RSUD dr. Soedirman Kabupaten Kebumen sebagaimana telah tertuang Rencana Strategik (Renstra) RSUD dr. Soedirman Kabupaten Kebumen tahun 2021 - 2026. Perencanaan kinerja merupakan proses penyusunan rencana kinerja sebagai penjabaran dari Sasaran dan Program yang telah ditetapkan dalam Rencana Strategis, yang akan dilaksanakan oleh instansi pemerintah melalui berbagai kegiatan tahunan. Menurut prosedur yang ideal, Rencana Kinerja Tahunan disusun setiap awal tahun berdasarkan Rencana Strategis yang telah ditetapkan. Selanjutnya Rencana Kinerja Tahunan digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam proses penyusunan anggaran dan kemudian dimanfaatkan pula dalam pembuatan Rencana Operasional.

2.1.2. Indikator Kinerja Utama (IKU)

Indikator Kinerja Utama adalah indikator yang menggambarkan kinerja Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kabupaten Kebumen. Indikator ini merupakan indikator kinerja tujuan dan/atau sasaran renstra. Indikator Kinerja Utama RSUD Dr. Soedirman tahun 2021-2026 sebagaimana tabel berikut:

Tabel 2.3
Indikator Kinerja Utama RSUD Dr. Soedirman Kebumen
Tahun 2021-2026

No	Indikator	Kondisi Kinerja pada Awal Periode RPJMD		Target Capaian					Kondisi Kinerja pada Akhir Periode RPJMD
		Capaian 2020	Perkiraan Capaian 2021	2022	2023	2024	2025	2026	
1.	Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)	81,36	82,53	83,96	85,3	86,83	88,2	89,6	89,6
2.	Persentase Indikator SPM (%)	90*	93*	100	100	100	100	100	100

LAPORAN KINERJA
INSTANSI PEMERINTAH

3.	Persentase tercapainya indikator sasaran keselamatan pasien (%)	60*	65*	70	80	90	100	100	100
4.	BOR (Bed Occupancy Rate) (%)	58	49	60	65	70	85	85	85
5.	ALOS (Average Long Of Stay) - (hari)	3,7	4,4	4,9	5,5	6	6	6	6
6.	TOI (Turn Over Internal) - (hari)	2,7	4,6	4	3,5	3	2,5	2	2
7.	BTO (Bed Turn Over) - (kali)	58	30,5	35	40	45	50	50	50
8.	NDR (Net Death Rate) - (‰)	28%	33%	25%	25%	25%	25%	25%	25%
9.	GDR (Gross Death Rate) - (‰)	53%	76%	50%	45%	45%	45%	45%	45%
10.	Cost Recovery Rate (CRR)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
11.	Persentase penilaian standar SNARS yang memenuhi standar	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
12.	Persentase nilai indikator pelayanan rawat inap rumah sakit yang sesuai standar Kemenkes	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
13.	Persentase Elemen Akreditasi RS pendidikan yang memenuhi standar	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
14.	Persentase implementasi modul SIM RS yang terintegrasi (modul)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

2.1.3. Target Indikator Kinerja Strategis

Tabel 2.4
Target Indikator Kinerja Strategis RSUD Dr. Soedirman

Tujuan	Indikator Tujuan	Satuan	Target	Sasaran Strategis	Indikator Sasaran	Satuan	Target
Peningkatan Pelayanan BLUD	Tercapainya Peningkatan Pelayanan BLUD	%	100	Terselenggaranya Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	Prosentase Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	%	100

Target Indikator Kinerja strategis RSUD dr. Soedirman yaitu percepatan pelaksanaan perjanjian kinerja tahun Berjalan yang wajib dilaksanakan oleh Pimpinan Perangkat Daerah yaitu Direktur Sebagai Pimpinan BLUD.

2.2. Perjanjian Kinerja

Perjanjian kinerja disusun setelah RSUD dr. Soedirman Kabupaten Kebumen menerima Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) dan ditandatangani oleh Bupati dan Direktur RSUD dr. Soedirman Kabupaten Kebumen. Penyusunan Penetapan Kinerja dilakukan untuk mewujudkan target kinerja tertentu berdasarkan pada sumber daya yang dimiliki RSUD dr. Soedirman Kabupaten Kebumen. Penetapan Kinerja disusun sebagai dokumen yang bermanfaat bagi Direktur RSUD dr. Soedirman Kabupaten Kebumen untuk :

1. Memantau dan mengendalikan pencapaian kinerja organisasi;
2. Melaporkan capaian realisasi kinerja dalam Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah;
3. Menilai keberhasilan organisasi.

Perjanjian kinerja antara Direktur RSUD dr Soedirman Kebumen sebagai penerima amanah dengan Bupati Kebumen sebagai pemberi amanah, menyajikan indikator kinerja utama yang menggambarkan hasil-hasil utama dan kondisi seharusnya, tanpa mengesampingkan indikator lain yang relevan. Perjanjian kinerja tahun 2024 sebagaimana terlampir pada tabel berikut

Tabel 2.5
Perjanjian Kinerja Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen Tahun 2024

No.	Tujuan dan Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Satuan	Target Sebelum Perubahan	Target Setelah Perubahan	Triwulan			
						I	II	III	IV
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
	Tujuan 1:								
1	Tercapainya Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	Prosentase Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	%	100	100	28	29	29	14
1.1	Sasaran : Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD								

No.	Program	Anggaran Murni	Anggaran Sesudah Perubahan	Keterangan
1.	Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	Rp. 140.379.893.000,-	Rp. 148.984.060.000,-	BLUD

Di Tahun 2024, Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman melaksanakan Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota, dan Kegiatan Peningkatan Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD.

Anggaran Perubahan Kegiatan BLUD sebesar Rp. 148,984,060,000,- (Seratus Empat Puluh delapan Miliar Sembilan Ratus Delapan Puluh Empat Juta Enam Puluh Rupiah), dari anggaran Murni Sebesar Rp. 140,379,893,000,- (Seratus Empat Puluh Miliar Tiga Ratus Tujuh Puluh Sembilan Juta Delapan Ratus Sembilan Puluh Tiga Ribu Rupiah) Hal ini dikarenakan adanya peningkatan target pendapatan di tahun 2024.

BAB III

AKUNTABILITAS KINERJA

Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah adalah perwujudan kewajiban suatu instansi pemerintah untuk mempertanggungjawaban secara transparan mengenai keberhasilan dan kegagalan dalam melaksanakan pencapaian visi dan misi organisasi kepada pihak-pihak yang berwenang menerima pelaporan akuntabilitas (stake holder).

Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) RSUD dr. Soedirman Kebumen tahun 2024 merupakan bentuk komitmen nyata RSUD dr. Soedirman Kebumen dalam mengimplementasikan Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) yang baik, sebagaimana diamanatkan dalam Peraturan Presiden Nomor 29 tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah dan Peraturan Bupati Kebumen Nomor 60 Tahun 2017 Tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah Di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Kebumen. Pengukuran Kinerja digunakan sebagai dasar untuk penelitian keberhasilan dan kegagalan pelaksanaan kegiatan sesuai dengan tujuan dan sasaran yang akan dicapai, yang telah ditetapkan dalam Visi dan Misi RSUD dr. Soedirman Kebumen

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

3.1. Capaian Kinerja Organisasi

Pengukuran pencapaian sasaran dilakukan untuk mengetahui tingkat pencapaian sasaran dari target yang telah ditetapkan sesuai dengan tujuan yang akan dicapai. Adapun seluruh capaian tujuan yang diuraikan dalam capaian sasaran dapat dilihat sebagai berikut :

3.1.1. Indikator Kinerja Utama

Secara umum RSUD Dr. Soedirman Kebumen telah melaksanakan tugas dalam rangka mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam Renstra RSUD Dr. Soedirman Kebumen Tahun 2021-2026. Capaian Indikator Kinerja Utama RSUD Dr. Soedirman Kebumen Tahun 2024 sebagai berikut :

Tabel 3.1
Capaian Indikator Kinerja Utama RSUD dr Soedirman Kebumen Tahun 2024

No	Tujuan/Sasaran	Indikator Kinerja	Standar	Target	Realisasi	Capaian %	Kategori	Sumber Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
1	Tujuan: Mewujudkan rumah sakit tipe C menjadi tipe B yang profesional, akuntabel, dan transparan Sasaran: • Meningkatkan Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah • Meningkatkan efisiensi, mutu pelayanan kesehatan dan pendidikan sesuai SNARS • Meningkatkan tata kelola yang profesional dan akuntabel	Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)	>76,61	86,83	87,2	100.43	Tercapai	Survey
2		Persentase Indikator SPM	100%	100%	78,26%	78,26	Tidak Tercapai	Survey
3		Persentase tercapainya indikator sasaran keselamatan pasien	100%	90%	66,67%	74,08	Tidak Tercapai	Survey
4		BOR (<i>Bed Occupancy Rate</i>)	60-85%	70%	66,7%	95,29	Tidak Tercapai	Data Rekam Medis
5		ALOS (<i>Average Long Of Stay</i>)	6-12 Hari	6 Hari	3,7 Hari	61,67	Tidak Tercapai	Data Rekam Medis
6		TOI (<i>Turn Over Internal</i>)	1-3 Hari	3 Hari	1,9 Hari	157,89	Tercapai	Data Rekam Medis
7		BTO (<i>Bed Turn Over</i>)	40-50 kali	45 kali	65,2 kali	69,02	Tidak Tercapai	Data Rekam Medis
8		NDR (<i>Net Death Rate</i>)	< 25‰	25‰	20,4‰	122,54	Tercapai	Data Rekam Medis
9		GDR (<i>Gross Death Rate</i>)	<45‰	45‰	39‰	115,38	Tercapai	Data Rekam Medis
10		Cost Recovery Rate (CRR)	100%	100%	92,48%	92,48	Tidak Tercapai	Data Keuangan
11		Persentase penilaian standar SNARS yang memenuhi standar	>80%	100%	95,7%	95,7	Tidak Tercapai	Data Akreditasi
12		Persentase nilai indikator pelayanan rawat inap rumah sakit yang sesuai standar Kemenkes	100%	100%	66,67%	66,67	Tidak Tercapai	Survey
13		Persentase Elemen Akreditasi RS pendidikan yang memenuhi standar	100%	100%	96,9%	96,9	Tidak Tercapai	Data Akreditasi
14		Persentase implementasi modul SIM RS yang terintegrasi (modul)	100%	100%	100%	100	Tercapai	Data SIMRS

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat dari 14 Indikator Kinerja Utama RSUD dr Soedirman Kebumen terdapat 5 indikator yang mencapai target atau capaian total IKU sebesar 35,71%, dengan keterangan sebagai berikut:

1. Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) tercapai sesuai target dan sesuai standar dengan capaian 100,43%.
2. Persentase Indikator SPM tidak tercapai sesuai target dan tidak sesuai standar dengan capaian 78,26%. Terdapat 36 indikator dari 46 indikator SPM yang sudah memenuhi standar.
3. Persentase tercapainya indikator sasaran keselamatan pasien tidak tercapai sesuai target dan tidak sesuai standar dengan capaian 74,08%. Sasaran keselamatan pasien yang belum sesuai standar adalah skp 1. identifikasi pasien dengan benar dan skp 5 mengurangi risiko cedera pasien jatuh.
4. BOR (*Bed Occupancy Rate*) tidak tercapai sesuai target tetapi sudah sesuai standar dengan capaian 95,29%. Capaian BOR RSUD dr Soedirman Kebumen tahun 2024 sebesar 66,67 dan sudah sesuai standar (60-85%), BOR adalah Persentase penggunaan tempat tidur di rumah sakit dalam periode waktu tertentu, BOR mencapai 70% atau lebih pada bulan Februari, Maret, April dan Mei 2024.
5. ALOS/AvLOS (*Average Long Of Stay*) tidak tercapai sesuai target dan tidak sesuai standar dengan capaian 61,67 %. ALOS adalah rata-rata lama rawat pasien di rumah sakit, capaian AvLOS RSUD dr Soedirman Kebumen belum sesuai standar yaitu 3,7 hari dari standar 6-12 hari. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa lama rawat inap pasien di rumah sakit cukup singkat, dari segi medis, semakin tinggi angka AvLOS, semakin lama pasien harus dirawat dan semakin buruk perawatan medisnya. Meskipun nilai AvLOS belum ideal dan tergolong rendah, namun kualitas pelayanan tetap terjaga dengan baik.
6. TOI (*Turn Over Internal*) tercapai sesuai target dan sesuai standar dengan capaian 157,89%.
7. BTO (*Bed Turn Over*) tidak tercapai sesuai target dan tidak sesuai standar dengan capaian 69,02%. BTO menunjukkan rata-rata jumlah pasien yang menggunakan masing-masing tempat tidur dalam periode tertentu. Semakin tinggi angka BTO berarti setiap tempat tidur yang tersedia digunakan oleh semakin banyak pasien secara bergantian. Kondisi ini tentu menjadi kondisi

yang sangat menguntungkan pihak rumah sakit karena tempat tidur yang disediakan tidak kosong atau menghasilkan pendapatan.

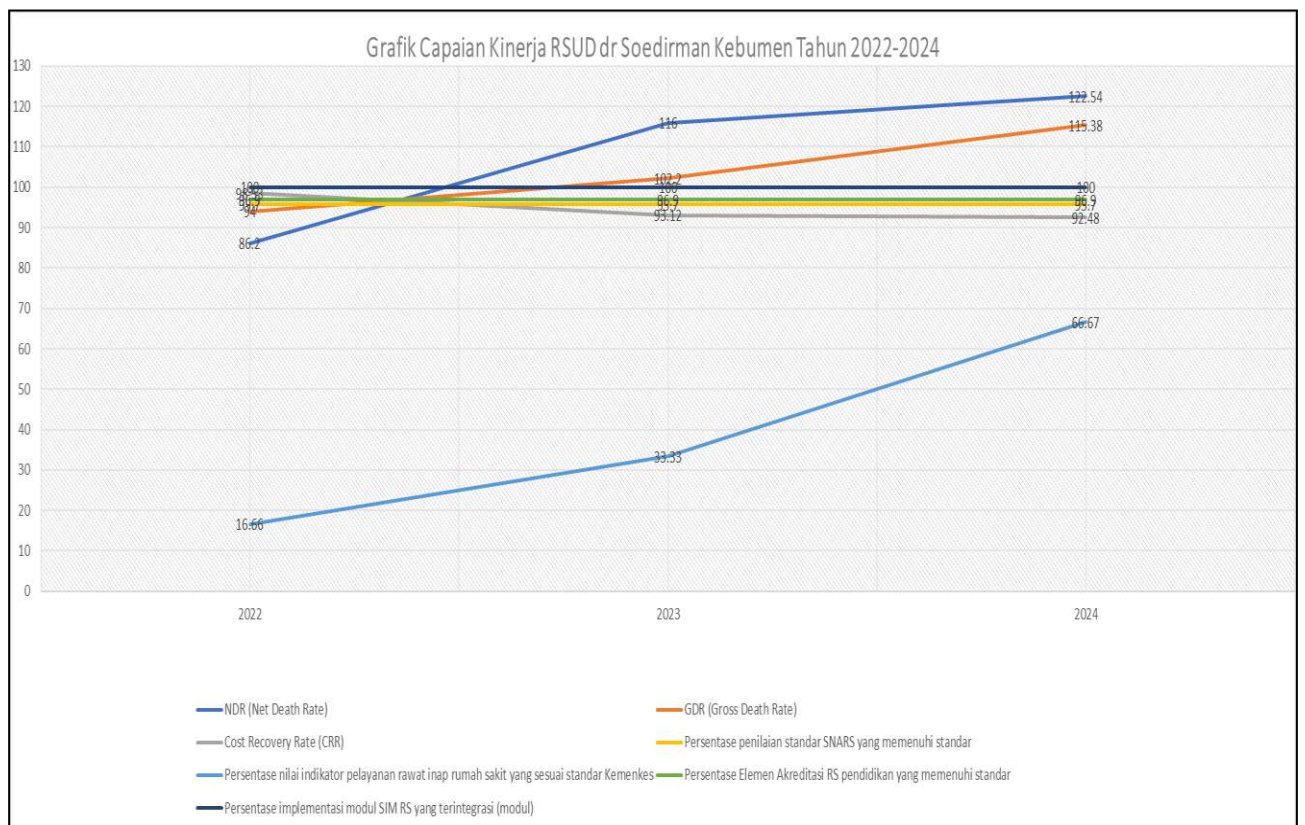
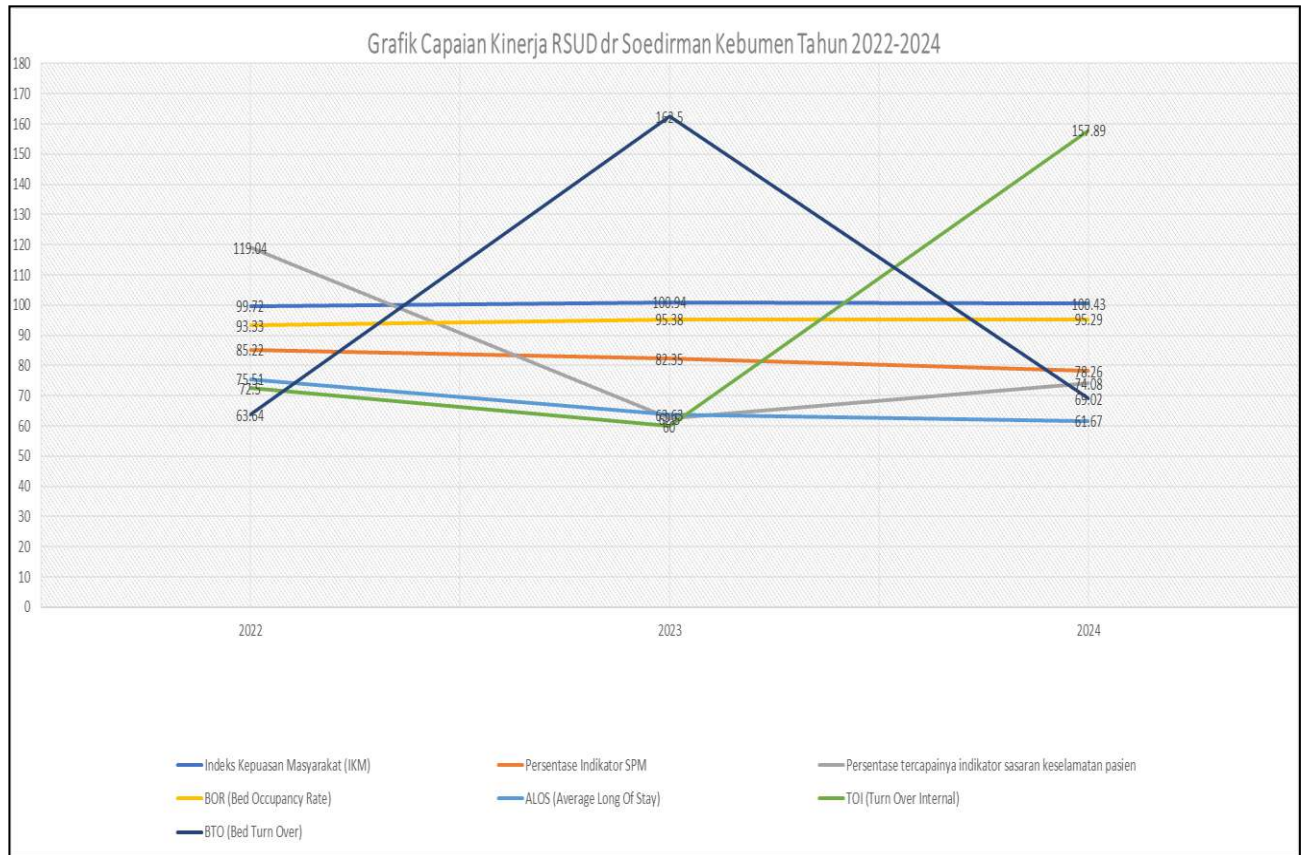
8. NDR (Net Death Rate) tercapai sesuai target dan sesuai standar dengan capaian 122,54%.
9. GDR (Gross Death Rate) tercapai sesuai target dan sesuai standar dengan capaian 115,38%.
10. Cost Recovery Rate (CRR) tidak tercapai sesuai target dan tidak sesuai standar dengan capaian 92,48%. CRR menunjukkan seberapa besar kemampuan pendapatan rumah sakit untuk menutupi biaya operasionalnya. Pendapatan usaha RSUD dr Soedirman Kebumen tahun 2024 sebesar Rp 134.907.360.297,- dengan biaya sebesar Rp 145.882.431.355,- Pendapatan belum sesuai biaya operasional RSUD dr Soedirman Kebumen tahun 2024 disebabkan klaim pending BPJS.
11. Persentase penilaian standar SNARS yang memenuhi standar tercapai tidak sesuai target, tetapi sudah sesuai standar dengan capaian 95,7%. Hasil penilaian akreditasi tahun 2022 sudah sesuai standar, tercapai 95,7% dari standar $\geq 80\%$, dari 16 POKJA akreditasi mendapatkan nilai rata-rata 95,71. Untuk menjaga selalu dilaksanakannya pelayanan sesuai standar akreditasi dilakukan pembimbingan oleh KARS setiap tahun.
12. Persentase nilai indikator pelayanan rawat inap rumah sakit yang sesuai standar Kemenkes tidak tercapai sesuai target dan tidak sesuai standar dengan capaian 66,67%. Dari 6 indikator rawat inap yaitu BOR, AvLOS, TOI, BTO, NDR, GDR ada 4 yang tercapai sesuai standar yaitu BOR, TOI, NDR dan GDR.
13. Persentase Elemen Akreditasi RS pendidikan yang memenuhi standar tidak tercapai sesuai target dan tidak sesuai standar dengan capaian 96,9%. Nilai dari POKJA Kualifikasi dan Pendidikan Staf pada akreditasi 2022 adalah 96,9 dan ada beberapa rekomendasi antara lain agar pendidikan dan pelatihan dilakukan perencanaan secara berkala dan berkelanjutan, hasil pelayanan klinis agar dilakukan benchmarking dengan pihak luar RS.
14. Persentase implementasi modul SIM RS yang terintegrasi (modul) tercapai sesuai target dan sesuai standar dengan capaian 100%.

LAPORAN KINERJA
INSTANSI PEMERINTAH

Tabel 3.2
Perbandingan Capaian Kinerja RSUD dr Soedirman Kebumen tahun 2022 sd 2024

No	Tujuan/ sasaran	Indikator Kinerja	Standar	2022			2023			2024		
				Target	Realisasi	Capaian (%)	Target	Realisasi	Capaian (%)	Target	Realisasi	Capaian (%)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
1	Tujuan: Mewujudkan rumah sakit tipe C menjadi tipe B yang profesional, akuntabel, dan transparan Sasaran: • Meningkatkan Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah • Meningkatkan efisiensi, mutu pelayanan kesehatan dan pendidikan sesuai SNARS • Meningkatkan tata kelola yang profesional dan akuntabel	Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)	>76,61	83,96	83,73	99,72	85,3	86,11	100,94	86,83	87,2	100.43
2		Persentase Indikator SPM	100%	100%	85,22%	85,22	100%	82,35%	82,35	100%	78,26%	78,26
3		Persentase tercapainya indikator sasaran keselamatan pasien	100%	70%	83,33%	119,04	80%	50%	62,5	90%	66,67%	74,08
4		BOR (<i>Bed Occupancy Rate</i>)	60-85%	60%	56%	93,33	65%	62%	95,38	70%	66,7%	95,29
5		ALOS/AvLOS (<i>Average Long Of Stay</i>)	6-12 Hari	4,9 Hari	3,7 Hari	75,51	5,5 Hari	3,5 Hari	63,63	6 Hari	3,7 Hari	61,67
6		TOI (<i>Turn Over Internal</i>)	1-3 Hari	4 Hari	2,9 Hari	72,5	3,5 Hari	2,1 Hari	60	3 Hari	1,9 Hari	157,89
7		BTO (<i>Bed Turn Over</i>)	40-50 kali	35 kali	55 kali	63,64	40 kali	65 kali	162,5	45 kali	65,2 kali	69,02
8		NDR (<i>Net Death Rate</i>)	< 25‰	25‰	29‰	86,2	25‰	29‰	116	25‰	20,4‰	122,54
9		GDR (<i>Gross Death Rate</i>)	<45‰	50‰	47‰	94	45‰	44‰	102,2	45‰	39‰	115,38
10		Cost Recovery Rate (CRR)	100%	100%	98,53%	98,53	100%	93,12%	93,12	100%	92,48%	92,48
11		Persentase penilaian standar SNARS yang memenuhi standar	>80%	100%	95,7%	95,7	100%	95,7%	95,7	100%	95,7%	95,7
12		Persentase nilai indikator pelayanan rawat inap rumah sakit yang sesuai standar Kemenkes	100%	100%	16,67%	16,66	100%	33,33%	33,33	100%	66,67%	66,67
13		Persentase Elemen Akreditasi RS pendidikan yang memenuhi standar	100%	100%	96,9%	96,9	100%	96,9%	96,9	100%	96,9%	96,9
14		Persentase implementasi modul SIM RS yang terintegrasi (modul)	100%	100%	100%	100	100%	100%	100	100%	100%	100

Grafik 3.1
Capaian Indikator Kinerja Utama RSUD dr Soedirman Kebumen Tahun 2022 sd 2024



Berdasarkan tabel dan grafik diatas dapat dilihat bahwa RSUD dr Soedirman Kebumen terdapat 11 indikator kinerja utama yang mengalami peningkatan atau sebesar 78,57% dengan penjelasan sebagai berikut:

1. Capaian Kinerja Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) meningkat dari tahun 2022 sebesar 99,72%, tahun 2023 sebesar 100,94% dan tahun 2024 sebesar 100.43%.
2. Capaian Kinerja Persentase Indikator SPM menurun dari tahun 2022 sebesar 85.22%, tahun 2023 sebesar 82.35% dan tahun 2024 sebesar 78,26%. Indikator yang belum sesuai standar di tahun 2024 adalah indikator karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun, *Cost Recovery*, pemberi pelayanan unit intensif perawat, pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS, jam buka pelayanan RJ sesuai ketentuan, pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi, kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas, kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan, penulisan resep sesuai formularium dan tidak adanya kejadian kesalahan tindakan Rehabilitasi Medik.
3. Capaian Kinerja Persentase tercapainya indikator sasaran keselamatan pasien menurun dari tahun 2022 sebesar 119,04%, tahun 2023 sebesar 62,5% dan tahun 2024 sebesar 74,08%. Sasaran keselamatan pasien yang belum sesuai standar adalah skp 1. identifikasi pasien dengan benar dan skp 5 mengurangi risiko cedera pasien jatuh.
4. Capaian Kinerja BOR (*Bed Occupancy Rate*) meningkat dari tahun 2022 sebesar 93,33%, tahun 2023 sebesar 95,38% dan tahun 2024 sebesar 95,29%.
5. Capaian Kinerja ALOS/AvLOS (*Average Long Of Stay*) menurun dari tahun 2022 sebesar 75,51%, tahun 2023 sebesar 63,63% dan tahun 2024 sebesar 61,67%. Capaian AvLOS belum mencapai standar, lebih singkat dari standar tahun 2022 (3,7 hari), 2023 (3,5 hari) dan 2024 (3,7 hari) tetapi tidak mengurangi kualitas pelayanan ataupun kualitas pemulangan pasien.
6. Capaian Kinerja TOI (*Turn Over Internal*) meningkat dari tahun 2022 sebesar 72,5%, tahun 2023 sebesar 60% dan tahun 2024 sebesar 157,89%.

7. Capaian Kinerja BTO (*Bed Turn Over*) meningkat dari tahun 2022 sebesar 63,64%, tahun 2023 sebesar 162,5% dan tahun 2024 sebesar 69,02%.
8. Capaian Kinerja NDR (*Net Death Rate*) meningkat dari tahun 2022 sebesar 86,2%, tahun 2023 sebesar 116% dan tahun 2024 sebesar 122,54%.
9. Capaian Kinerja GDR (*Gross Death Rate*) meningkat dari tahun 2022 sebesar 94%, tahun 2023 sebesar 102,2% dan tahun 2024 sebesar 115,38%.
10. Capaian Kinerja *Cost Recovery Rate* (CRR) menurun dari tahun 2022 sebesar 98,53%, tahun 2023 sebesar 93,12% dan tahun 2024 sebesar 92,48%. Capaian CRR belum sesuai standar disebabkan klaim BPJS masih ada yang pending.
11. Capaian Kinerja Persentase penilaian standar SNARS yang memenuhi standar masih tetap pada tahun 2022 sebesar 95,7%, tahun 2023 sebesar 95,7% dan tahun 2024 sebesar 95,7%. RSUD dr Soedirman melaksanakan survey akreditasi pada tahun 2022, baru melaksanakan survey verifikasi I di tahun 2024 dengan beberapa rekomendasi.
12. Capaian Kinerja Persentase nilai indikator pelayanan rawat inap rumah sakit yang sesuai standar Kemenkes meningkat dari tahun 2022 sebesar 16,66%, tahun 2023 sebesar 33,33% dan tahun 2024 sebesar 66,67%.
13. Capaian Kinerja Persentase Elemen Akreditasi RS pendidikan yang memenuhi standar meningkat dari tahun 2022 sebesar 96,9%, tahun 2023 sebesar 96,9% dan tahun 2024 sebesar 96,9%. RSUD dr Soedirman melaksanakan survey akreditasi pada tahun 2022, baru melaksanakan survey verifikasi I di tahun 2024 dengan beberapa rekomendasi.
14. Capaian Kinerja Persentase implementasi modul SIM RS yang terintegrasi (modul) meningkat dari tahun 2022 sebesar 100%, tahun 2023 sebesar 100% dan tahun 2024 sebesar 100%.

Tabel 3.3
Kemajuan Capaian Sasaran Strategi RSUD dr Soedirman Kebumen tahun 2024

No	Tujuan/ sasaran	Indikator Kinerja	Standar	Capaian 2024	Target Akhir 2026	Tingkat Kemajuan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1	Tujuan: Mewujudkan rumah sakit tipe C menjadi tipe B yang profesional, akuntabel, dan transparan Sasaran: • Meningkatkan Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah • Meningkatkan efisiensi, mutu pelayanan kesehatan dan pendidikan sesuai SNARS • Meningkatkan tata kelola yang profesional dan akuntabel	Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)	>76,61	87,2	89,6	97,32
2		Persentase Indikator SPM	100%	78,26%	100%	78,26
3		Persentase tercapainya indikator sasaran keselamatan pasien	100%	66,67%	100%	66,67
4		BOR (Bed Occupancy Rate)	60-85%	66,7%	85%	78,47
5		ALOS (Average Long Of Stay)	6-12 Hari	3,7 Hari	6 Hari	61,67
6		TOI (Turn Over Internal)	1-3 Hari	1,9 Hari	2 Hari	95
7		BTO (Bed Turn Over)	40-50 kal	65,2 kali	50 kali	130,4
8		NDR (Net Death Rate)	< 25‰	20,4‰	25‰	81,6
9		GDR (Gross Death Rate)	<45‰	39‰	45‰	86,67
10		Cost Recovery Rate (CRR)	100%	92,48%	100%	92,48
11		Persentase penilaian standar SNARS yang memenuhi standar	>80%	95,7%	100%	95,7
12		Persentase nilai indikator pelayanan rawat inap rumah sakit yang sesuai standar Kemenkes	100%	66,67%	100%	66,67
13		Persentase Elemen Akreditasi RS pendidikan yang memenuhi standar	100%	96,9%	100%	96,9
14		Persentase implementasi modul SIM RS yang terintegrasi (modul)	100%	100%	100%	100

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa terdapat 3 indikator kinerja utama dengan tingkat kemajuan $\geq 100\%$ atau capaian sebesar 21,43% dengan penjelasan sebagai berikut:

1. Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)
Tingkat kemajuan Indeks Kepuasan Masyarakat RSUD dr Soedirman Kebumen tahun 2024 adalah 97,32%.
2. Persentase Indikator SPM
Tingkat kemajuan Persentase Indikator SPM RSUD dr Soedirman Kebumen tahun 2024 adalah 78,26%.
3. Persentase tercapainya indikator sasaran keselamatan pasien
Tingkat kemajuan Persentase tercapainya indikator sasaran keselamatan pasien RSUD dr Soedirman Kebumen tahun 2024 adalah 66,67%.
4. BOR (*Bed Occupancy Rate*)
Tingkat kemajuan BOR (*Bed Occupancy Rate*) RSUD dr Soedirman Kebumen tahun 2024 adalah 78,47%.
5. ALOS (*Average Long Of Stay*)
Tingkat kemajuan ALOS (*Average Long Of Stay*) RSUD dr Soedirman Kebumen tahun 2024 adalah 61,67%.
6. TOI (*Turn Over Internal*)
Tingkat kemajuan TOI (*Turn Over Internal*) RSUD dr Soedirman Kebumen tahun 2024 adalah 95%.
7. BTO (*Bed Turn Over*)
Tingkat kemajuan BTO (*Bed Turn Over*) RSUD dr Soedirman Kebumen tahun 2024 adalah 130,4%.
8. NDR (*Net Death Rate*)
Tingkat kemajuan NDR (*Net Death Rate*) RSUD dr Soedirman Kebumen tahun 2024 adalah 81,6%.
9. GDR (*Gross Death Rate*)
Tingkat kemajuan GDR (*Gross Death Rate*) RSUD dr Soedirman Kebumen tahun 2024 adalah 86,67%.
10. Cost Recovery Rate (CRR)
Tingkat kemajuan Cost Recovery Rate (CRR) RSUD dr Soedirman Kebumen tahun 2024 adalah 92,48%

11. Persentase penilaian standar SNARS yang memenuhi standar

Tingkat kemajuan penilaian standar SNARS yang memenuhi standar RSUD dr Soedirman Kebumen tahun 2024 adalah 95,7%

12. Persentase nilai indikator pelayanan rawat inap rumah sakit yang sesuai standar Kemenkes

Tingkat kemajuan Persentase nilai indikator pelayanan rawat inap rumah sakit yang sesuai standar Kemenkes RSUD dr Soedirman Kebumen tahun 2024 adalah 66,67%

13. Persentase Elemen Akreditasi RS pendidikan yang memenuhi standar

Tingkat kemajuan Indeks Kepuasan Masyarakat RSUD dr Soedirman Kebumen tahun 2024 adalah 96,9%

14. Persentase implementasi modul SIM RS yang terintegrasi (modul)

Tingkat kemajuan Persentase implementasi modul SIM RS yang terintegrasi (modul) RSUD dr Soedirman Kebumen tahun 2024 adalah 100%

Tabel 3.4
Tabel Perbandingan Capaian IKU RSUD dr Soedirman Kebumen dengan Standar Nasional/Provinsi/Kabupaten/Kota tahun 2024

No	Tujuan/ sasaran	Indikator Kinerja	Realisasi 2024	Standar Nasional	%Capaian
(1)	(2)	(3)	(4)	(6)	(1)
1	Tujuan: Mewujudkan rumah sakit tipe C menjadi tipe B yang profesional, akuntabel, dan transparan	Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)	87,2	>76,61	113,82
2		Persentase Indikator SPM	78,26%	100%	78,26
3		Persentase tercapainya indikator sasaran keselamatan pasien	66,67%	100%	66,67
4		BOR (Bed Occupancy Rate)	66,7%	60-85%	111,17
5		ALOS (Average Long Of Stay)	3,7 Hari	6-12 Hari	61,67
6	Sasaran: • Meningkatnya Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah • Meningkatkan efisiensi, mutu pelayanan kesehatan dan pendidikan sesuai SNARS • Meningkatnya tata kelola yang profesional dan akuntabel	TOI (Turn Over Internal)	1,9 Hari	1-3 Hari	190
7		BTO (Bed Turn Over)	65,2 kali	40-50 kal	76,69
8		NDR (Net Death Rate)	20,4‰	< 25‰	122,55
9		GDR (Gross Death Rate)	39‰	<45‰	115,38
10		Cost Recovery Rate (CRR)	92,48%	100%	92,48
11		Persentase penilaian standar SNARS yang memenuhi standar	95,7%	>80%	119,63
12		Persentase nilai indikator pelayanan rawat inap rumah sakit yang sesuai standar Kemenkes	66,67%	100%	66,67
13		Persentase Elemen Akreditasi RS pendidikan yang memenuhi standar	96,9%	100%	96,9
14		Persentase implementasi modul SIM RS yang terintegrasi (modul)	100%	100%	100

Berdasarkan tabel diatas Capaian Indikator Kinerja Utama RSUD dr Soedirman Kebumen tahun 2024 dibandingkan dengan Standar Nasional adalah sebesar 7 dari 14 indikator atau dengan capaian 50% dengan penjelasan sebagai berikut:

1. Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)
Capaian Indeks Kepuasan Masyarakat RSUD dr Soedirman Kebumen tahun 2024 dibandingkan dengan Standar Nasional adalah 113,82%.
2. Persentase Indikator SPM
Capaian Persentase Indikator SPM RSUD dr Soedirman Kebumen tahun 2024 dibandingkan dengan Standar Nasional adalah 78,26%.
3. Persentase tercapainya indikator sasaran keselamatan pasien
Capaian Persentase tercapainya indikator sasaran keselamatan pasien RSUD dr Soedirman Kebumen tahun 2024 dibandingkan dengan Standar Nasional adalah 66,67%.
4. BOR (*Bed Occupancy Rate*)
Capaian BOR (*Bed Occupancy Rate*) RSUD dr Soedirman Kebumen tahun 2024 dibandingkan dengan Standar Nasional adalah 111,17%.
5. ALOS (*Average Long Of Stay*)
Capaian ALOS (*Average Long Of Stay*) RSUD dr Soedirman Kebumen tahun 2024 dibandingkan dengan Standar Nasional adalah 61,67%.
6. TOI (*Turn Over Internal*)
Capaian TOI (*Turn Over Internal*) RSUD dr Soedirman Kebumen tahun 2024 adalah dibandingkan dengan Standar Nasional 190%.
7. BTO (*Bed Turn Over*)
Capaian BTO (*Bed Turn Over*) RSUD dr Soedirman Kebumen tahun 2024 dibandingkan dengan Standar Nasional adalah 76,69%.
8. NDR (*Net Death Rate*)
Capaian NDR (*Net Death Rate*) RSUD dr Soedirman Kebumen tahun 2024 dibandingkan dengan Standar Nasional adalah 122,55%.
9. GDR (*Gross Death Rate*)
Capaian GDR (*Gross Death Rate*) RSUD dr Soedirman Kebumen tahun 2024 dibandingkan dengan Standar Nasional adalah 115,38%.

10. *Cost Recovery Rate (CRR)*

Capaian *Cost Recovery Rate (CRR)* RSUD dr Soedirman Kebumen tahun 2024 dibandingkan dengan Standar Nasional adalah 92,48%.

11. Persentase penilaian standar SNARS yang memenuhi standar

Capaian penilaian standar SNARS yang memenuhi standar RSUD dr Soedirman Kebumen tahun 2024 dibandingkan dengan Standar Nasional adalah 119,63%.

12. Persentase nilai indikator pelayanan rawat inap rumah sakit yang sesuai standar Kemenkes

Capaian Persentase nilai indikator pelayanan rawat inap rumah sakit yang sesuai standar Kemenkes RSUD dr Soedirman Kebumen tahun 2024 dibandingkan dengan Standar Nasional adalah 66,67%.

13. Persentase Elemen Akreditasi RS pendidikan yang memenuhi standar

Capaian Persentase Elemen Akreditasi RS pendidikan yang memenuhi standar RSUD dr Soedirman Kebumen tahun 2024 dibandingkan dengan Standar Nasional adalah 96,9%.

14. Persentase implementasi modul SIM RS yang terintegrasi (modul)

Capaian Persentase implementasi modul SIM RS yang terintegrasi (modul) RSUD dr Soedirman Kebumen tahun 2024 dibandingkan dengan Standar Nasional adalah 100%.

Tabel 3.5
Analisis Keberhasilan, Kegagalan dan Solusi RSUD dr Soedirman Kebumen tahun 2024

No	Tujuan/sasaran	Indikator Kinerja	Target	Realisasi	% Capaian	Analisis Keberhasilan/ Kegagalan	Solusi Yang Dilakukan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1	Tujuan: Mewujudkan rumah sakit tipe C	Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)	86,83	87,2	100.43	• Tercapai sesuai target dan sesuai standar • Capaian 100,43%	
2	menjadi tipe B yang profesional, akuntabel, dan transparan Sasaran: • Meningkatnya Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah • Meningkatkan efisiensi, mutu pelayanan kesehatan dan pendidikan sesuai SNARS • Meningkatnya tata kelola yang profesional dan akuntabel	Persentase Indikator SPM	100%	78,26%	78,26	• Tidak tercapai sesuai target dan sesuai standar • Capaian 78,26%. • Terdapat 36 indikator dari 46 indikator yang tercapai sesuai standar • Indikator yang belum tercapai sesuai standar adalah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun, cost recovery, pemberi pelayanan unit intensif perawat, pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS, jam buka pelayanan RJ sesuai ketentuan, pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi, kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas, kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan, penulisan resep sesuai formularium, tidak adanya kejadian kesalahan tindakan Rehabilitasi Medik.	• Melakukan pelatihan karyawan minimal 20 jam setahun • Menambah pendapatan rumah sakit dari pelayanan baru (pelayanan onkologi dan cathlab) • Mengirimkan pelatihan kritis bagi perawat intensif • Mengirimkan pelatihan kegawat daruratan BLS/PPGD /GELS/ALS bagi perawat IGD • Penyeragaman jam buka pelayanan RJ • Pemenuhan kebutuhan darah setiap pelayanan transfusi • Melengkapi <i>Informed Concent</i> untuk setiap tindakan • Melengkapi Rekam Medik 24 Jam setelah selesai pelayanan • Penulisan resep sesuai formularium oleh dokter • Melaksanakan tindakan Rehabilitasi Medik sesuai SPO

LAPORAN KINERJA
INSTANSI PEMERINTAH

3		Persentase tercapainya indikator sasaran keselamatan pasien	90%	55,56%	74,08	• Tercapai sesuai target dan sesuai standar • Capaian 74,08% • Terdapat 2 indikator dari 6 keselamatan pasien yang tercapai sesuai standar • Yang belum tercapai skp 1. identifikasi pasien dengan benar dan skp 5 mengurangi risiko cedera pasien jatuh	• Melakukan identifikasi pasien dengan benar setiap melakukan tindakan kepada pasien • Mengurangi risiko cedera pasien jatuh dengan memasang tanda risiko jatuh, memakaikan stiker risiko jatuh
4		BOR (Bed Occupancy Rate)	70%	66,7%	95,29	• Tidak tercapai sesuai target tetapi sudah sesuai standar • Capaian 95,29% • BOR mencapai 70% atau lebih pada bulan Februari, Maret, April dan Mei 2024.	• Memberikan pelayanan sesuai standar • Memberikan pelayanan dengan ultimate service • Menambah layanan Onkologi • Menambah layanan Cathlab
5		ALOS (Average Long Of Stay)	6 Hari	3,7 Hari	61,67	• Tidak tercapai sesuai target dan tidak sesuai standar • Capaian 61,67 % • Menunjukkan bahwa lama rawat inap pasien di rumah sakit cukup singkat, dari segi medis, semakin tinggi angka AvLOS, semakin lama pasien harus dirawat dan semakin buruk perawatan medisnya.	• Memberikan pelayanan kepada pasien sesuai standar • Melakukan evaluasi kriteria pemulangan pasien sesuai standar
6		TOI (Turn Over Internal)	3 Hari	1,9 Hari	157,89	• Tercapai sesuai target dan sesuai standar • Capaian 157,89%.	
7		BTO (Bed Turn Over)	45 kali	65,2 kali	69,02	• Tidak tercapai sesuai target dan tidak sesuai standar • Capaian 69,02% • Menunjukkan rata-rata jumlah pasien yang menggunakan masing-	• Melaksanakan pemulangan pasien sesuai standar • Membersihkan tempat tidur pasien sesuai prosedur

LAPORAN KINERJA
INSTANSI PEMERINTAH

						masing tempat tidur dalam periode tertentu. Semakin tinggi angka BTO berarti setiap tempat tidur yang tersedia digunakan oleh semakin banyak pasien secara bergantian.	
8		NDR (Net Death Rate)	25‰	20,4‰	122,54	• Tercapai sesuai target dan sesuai standar • Capaian 122,54%.	
9		GDR (Gross Death Rate)	45‰	39‰	115,38	• Tercapai sesuai target dan sesuai standar • Capaian 115,38%.	
10		Cost Recovery Rate (CRR)	100%	92,48%	92,48	• Tidak tercapai sesuai target dan tidak sesuai standar • Capaian 92,48% • Menunjukkan seberapa besar kemampuan pendapatan rumah sakit untuk menutupi biaya operasionalnya. Pendapatan usaha RSUD dr Soedirman Kebumen tahun 2024 sebesar Rp 134.907.360.297,- dengan biaya sebesar Rp 145.882.431.355,-	• Menambah pendapatan rumah sakit dari pelayanan baru (pelayanan onkologi dan cathlab)
11		Persentase penilaian standar SNARS yang memenuhi standar	100%	95,7%	95,7	• Tercapai tidak sesuai target, tetapi sudah sesuai standar • Capaian 95,7% • Hasil penilaian akreditasi tahun 2022 sudah sesuai standar, tercapai 95,7% dari standar $\geq 80\%$, dari 16 POKJA akreditasi mendapatkan nilai rata-rata 95,71.	• Melaksanakan pelayanan sesuai standar akreditasi • Pembimbingan oleh KARS setiap tahun.
12		Persentase nilai indikator pelayanan rawat inap	100%	66,67%	66,67	• Tidak tercapai sesuai target dan tidak sesuai standar • Capaian 66,67% • Dari 6 indikator rawat inap yaitu	• Melakukan monitoring, evaluasi dan perbaikan secara terus menerus terhadap indikator pelayanan rawat inap yang

LAPORAN KINERJA
INSTANSI PEMERINTAH

		rumah sakit yang sesuai standar Kemenkes				BOR, AvLOS, TOI, BTO, NDR, GDR ada 4 yang tercapai sesuai standar yaitu BOR, TOI, NDR dan GDR	belum sesuai standar
12		Persentase Elemen Akreditasi RS pendidikan yang memenuhi standar	100%	96,9%	96,9	• Tidak tercapai sesuai target dan tidak sesuai standar • Capaian 96,9% • Nilai dari POKJA Kualifikasi dan Pendidikan Staf pada akreditasi 2022 adalah 96,9 dan ada beberapa rekomendasi antara lain agar pendidikan dan pelatihan dilakukan perencanaan secara berkala dan berkelanjutan, hasil pelayanan klinis agar dilakukan benchmarking dengan pihak luar RS	• Melaksanakan perencanaan pendidikan dan pelatihan dilakukan secara berkala dan berkelanjutan • Melakukan benchmarking dengan pihak luar RS terhadap hasil pelayanan klinis yang sudah dilakukan
14		Persentase implementasi modul SIM RS yang terintegrasi (modul)	100%	100%	100	• Tercapai sesuai target dan sesuai standar • Capaian 100%.	

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat dari 14 Indikator Kinerja Utama RSUD dr Soedirman Kebumen terdapat 5 indikator yang mencapai target atau capaian dengan capaian total IKU sebesar 35,71%, dengan keterangan sebagai berikut:

1. Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) tercapai sesuai target dan sesuai standar dengan capaian 100,43%.
2. Persentase Indikator SPM tidak tercapai sesuai target dan tidak sesuai standar dengan capaian 78,26%. Terdapat 36 indikator dari 46 indikator SPM yang sudah memenuhi standar. Solusi yang dilakukan antara lain melakukan pelatihan karyawan minimal 20 jam setahun, menambah pendapatan rumah sakit dari pelayanan baru (pelayanan onkologi dan cathlab), mengirimkan pelatihan kritis bagi perawat intensif, mengirimkan pelatihan kegawat daruratan BLS/PPGD /GELS/ALS bagi perawat IGD, penyeragaman jam buka pelayanan RJ, pemenuhan kebutuhan darah setiap pelayanan transfusi, melengkapi *Informed Consent* untuk setiap tindakan, melengkapi Rekam Medik 24 Jam setelah selesai pelayanan, penulisan resep sesuai formularium oleh dokter, melaksanakan tindakan Rehabilitasi Medik sesuai SPO.
3. Persentase tercapainya indikator sasaran keselamatan pasien tidak tercapai sesuai target dan tidak sesuai standar dengan capaian 50%. Sasaran keselamatan pasien yang belum sesuai standar adalah skp 1. identifikasi pasien dengan benar, skp 4 memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar dan skp 5 mengurangi risiko cedera pasien jatuh. Solusi yang dilakukan dengan melakukan identifikasi pasien dengan benar setiap melakukan tindakan kepada pasien, memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar dan mengurangi risiko cedera pasien jatuh dengan memasang tanda risiko jatuh, memakaikan stiker risiko jatuh.
4. BOR (*Bed Occupancy Rate*) tidak tercapai sesuai target tetapi sudah sesuai standar dengan capaian 95,29%. Capaian BOR RSUD dr Soedirman Kebumen tahun 2024 sebesar 66,67 dan sudah sesuai standar (60-85%), BOR adalah Persentase penggunaan tempat tidur di rumah sakit dalam periode waktu tertentu, BOR mencapai 70% atau lebih pada bulan Februari, Maret, April dan Mei 2024. Solusi yang dilakukan di tahun 2025 adalah menambah layanan

onkologi dan layanan kateterisasi jantung (cathlab). Layanan onkologi adalah layanan yang menangani penyakit kanker, mulai dari pencegahan, diagnosis, hingga pengobatan. Saat ini RSUD dr Soedirman mempunyai dr onkologi yang baru saja lulus pendidikan ilmu kedokteran onkologi. Sedangkan layanan kateterisasi jantung adalah prosedur medis yang dilakukan untuk mendiagnosis dan mengobati penyakit jantung dan pembuluh darah. Prosedur ini juga dikenal dengan istilah cath lab atau percutaneous coronary intervention (PCI). Tindakan kateterisasi jantung dapat dilakukan untuk: Mendiagnosis penyakit jantung koroner, Membuka pembuluh darah yang menyempit, Memasang pacu jantung sementara, Memperbaiki kelainan pada katup mitral.

5. ALOS/AvLOS (*Average Long Of Stay*) tidak tercapai sesuai target dan tidak sesuai standar dengan capaian 61,67 %. ALOS adalah rata-rata lama rawat pasien di rumah sakit, capaian AvLOS RSUD dr Soedirman Kebumen belum sesuai standar yaitu 3,7 hari dari standar 6-12 hari. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa lama rawat inap pasien di rumah sakit cukup singkat, namun. Solusi yang dilakukan dengan memberikan pelayanan kepada pasien sesuai standar/prosedur dan melakukan evaluasi kriteria pemulangan pasien sesuai standar/prosedur sehingga tidak merugikan pasien.
6. TOI (*Turn Over Internal*) tercapai sesuai target dan sesuai standar dengan capaian 157,89%.
7. BTO (*Bed Turn Over*) tidak tercapai sesuai target dan tidak sesuai standar dengan capaian 69,02%. BTO menunjukkan rata-rata jumlah pasien yang menggunakan masing-masing tempat tidur dalam periode tertentu. Semakin tinggi angka BTO berarti setiap tempat tidur yang tersedia digunakan oleh semakin banyak pasien secara bergantian. Solusi yang dilakukan adalah dengan menjaga layanan tetap baik dan sesuai standar dengan melaksanakan pemulangan pasien sesuai standar dan membersihkan tempat tidur pasien sesuai prosedur setelah dipakai.
8. NDR (Net Death Rate) tercapai sesuai target dan sesuai standar dengan capaian 122,54%.
9. GDR (Gross Death Rate) tercapai sesuai target dan sesuai standar dengan capaian 115,38%.

10. Cost Recovery Rate (CRR) tidak tercapai sesuai target dan tidak sesuai standar dengan capaian 92,48%. CRR menunjukkan seberapa besar kemampuan pendapatan rumah sakit untuk menutupi biaya operasionalnya. Pendapatan usaha RSUD dr Soedirman Kebumen tahun 2024 sebesar Rp 134.907.360.297,- dengan biaya sebesar Rp 145.882.431.355,- Pendapatan belum sesuai biaya operasional RSUD dr Soedirman Kebumen tahun 2024 disebabkan masih ada klaim pending BPJS. Solusi yang dilakukan dengan menambah pendapatan rumah sakit dari pelayanan baru (pelayanan onkologi dan cathlab).
11. Persentase penilaian standar SNARS yang memenuhi standar tercapai tidak sesuai target, tetapi sudah sesuai standar dengan capaian 95,7%. Hasil penilaian akreditasi tahun 2022 sudah sesuai standar, tercapai 95,7% dari standar $\geq 80\%$, dari 16 POKJA akreditasi mendapatkan nilai rata-rata 95,71. Solusi yang dilakukan untuk menjaga selalu dilaksanakannya pelayanan sesuai standar akreditasi dan dilakukannya pembimbingan oleh KARS setiap tahun.
12. Persentase nilai indikator pelayanan rawat inap rumah sakit yang sesuai standar Kemenkes tidak tercapai sesuai target dan tidak sesuai standar dengan capaian 66,67%. Dari 6 indikator rawat inap yaitu BOR, AvLOS, TOI, BTO, NDR, GDR ada 4 yang tercapai sesuai standar yaitu BOR, TOI, NDR dan GDR. Solusi yang dilakukan dengan monitoring, evaluasi dan perbaikan secara terus menerus terhadap indikator pelayanan rawat inap yang belum sesuai standar.
13. Persentase Elemen Akreditasi RS pendidikan yang memenuhi standar tidak tercapai sesuai target dan tidak sesuai standar dengan capaian 96,9%. Nilai dari POKJA Kualifikasi dan Pendidikan Staf pada akreditasi 2022 adalah 96,9. Solusi yang dilakukan dengan melaksanakan perencanaan pendidikan dan pelatihan dilakukan secara berkala dan berkelanjutan dan melakukan benchmarking dengan pihak luar RS terhadap hasil pelayanan klinis yang sudah dilakukan.
14. Persentase implementasi modul SIM RS yang terintegrasi (modul) tercapai sesuai target dan sesuai standar dengan capaian 100%.

Tabel 3.6
Analisis Keberhasilan dan Kegagalan Program dan Kegiatan RSUD dr Soedirman Kebumen tahun 2024

No	Tujuan/sasaran	Indikator Kinerja	% Capaian	Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja	% Capaian	Menunjang/ Tidak Menunjang
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1	Tujuan:	Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)	113,82	Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	Prosentase Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	100%	Menunjang
2	Mewujudkan rumah sakit tipe C	Persentase Indikator SPM	71,74				
3	menjadi tipe B	Persentase tercapainya indikator sasaran keselamatan pasien	55,56				
4	yang profesional,	BOR (Bed Occupancy Rate)	111,17				
5	akuntabel, dan	ALOS (Average Long Of Stay)	61,67				
6	transparan	TOI (Turn Over Internal)	190				
7		BTO (Bed Turn Over)	76,69				
8		NDR (Net Death Rate)	122,55				
9	Sasaran:	GDR (Gross Death Rate)	115,38				
10	• Meningkatnya Akuntabilitas Kinerja	Cost Recovery Rate (CRR)	92,48				
11	Perangkat Daerah	Persentase penilaian standar SNARS yang memenuhi standar	119,63				
12	• Meningkatkan efisiensi, mutu pelayanan kesehatan dan pendidikan sesuai SNARS	Persentase nilai indikator pelayanan rawat inap rumah sakit yang sesuai standar Kemenkes	66,67				
13		Persentase Elemen Akreditasi RS pendidikan yang memenuhi standar	96,9				
14	• Meningkatnya tata kelola yang profesional dan akuntabel	Persentase implementasi modul SIM RS yang terintegrasi (modul)	100				

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa program Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD yang terdiri dari 27 subkegiatan dengan indikator kinerja Prosentase Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD dengan capaian kinerja 2024 sebesar 100% **menunjang** pancapaian kinerja RSUD dr Soedirman Kebumen.

Subkegiatan program pelayanan dan penunjang pelayanan BLUD tersebut adalah Koordinasi dan Penyusunan Laporan Capaian Kinerja dan Ikhtisar Realisasi Kinerja BLUD, Penyediaan Gaji dan Tunjangan Non ASN, Pelaksanaan Penatausahaan dan Pengujian/Verifikasi Keuangan BLUD, Penatausahaan Barang Milik Daerah pada SKPD dan BLUD, Monitoring, Evaluasi, dan Penilaian Kinerja Pegawai, Pendidikan dan Pelatihan Pegawai Berdasarkan Tugas dan Fungsi, Penyediaan Komponen Instalasi Listrik/Penerangan Bangunan Kantor, Penyediaan Peralatan dan Perlengkapan Kantor, Penyediaan Barang Cetak dan Penggandaan, Penyediaan Bahan Bacaan dan Peraturan Perundang-undangan, Fasilitas Kunjungan Tamu, Penyelenggaraan Rapat Koordinasi dan Konsultasi SKPD dan/atau BLUD, Penyediaan Jasa Surat Menyurat, Penyediaan Jasa Komunikasi, Sumber Daya Air dan Listrik, Penyediaan Jasa Pemeliharaan, Biaya Pemeliharaan, Pajak dan Perizinan Kendaraan Dinas Operasional atau Lapangan, Pelayanan medik umum, Pelayanan farmasi, Pengolahan makanan/gizi, Pemulasaran jenazah, Pelayanan nonmedik lainnya, Administrasi Pelayanan JKN FKRTL, Pengelolaan Sistem Informasi Kesehatan, Peningkatan Mutu Pelayanan Fasilitas Kesehatan, Penyiapan Perumusan dan Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Rujukan, Peningkatan Upaya Promosi Kesehatan, Advokasi, Kemitraan dan Pemberdayaan Masyarakat, Penyelenggaraan Promosi Kesehatan dan Gerakan Hidup Bersih dan Sehat dan Operasional Pelayanan Rumah Sakit.

3.1.2. Indikator Kinerja Pelayanan

1. Kinerja Pelayanan Berdasarkan Indikator Pelayanan

Tabel 3.7
Kinerja Pelayanan Berdasarkan Indikator Pelayanan
RSUD dr. Soedirman Kebumen Tahun 2020-2024

No	Indikator Pelayanan	Standar Depkes	Tahun					
			2020	2021	2022	2023	2024	
							Target	Realisasi
1	BOR	60-80 %	58%	49%	56%	62%	70%	66,7%
2	LOS	6 – 9 hari	3,7 hari	4 hari	5,5 hari	3,5 hari	6 hari	3,7 hari
3	TOI	1 – 3 hari	2,7 hari	4,2 hari	2,9 hari	2,9 hari	3 hari	1,9 hari
4	BTO	40 – 50 kali	57 kali	44 kali	55 kali	65 kali	45 kali	65,2 kali
5	NDR	≤ 25 ‰	32,58‰	44,25‰	32,60‰	28,9‰	25‰	20,4‰
6	GDR	≤ 45 ‰	53,07‰	65,39‰	47,11‰	43,7‰	45‰	39‰

Sumber : Seksi Rekam Medis dan Rujukan Tahun RSUD Kabupaten Kebumen Tahun 2024

Dari data dalam tabel diatas dapat disimpulkan bahwa tingkat hunian (BOR) sampai dengan akhir tahun 2024, selalu meningkat dibandingkan dengan tahun 2022. Dengan lama dirawat (LOS) yang rendah, menunjukkan peningkatan mutu layanan. Dengan penurunan angka lama dirawat dan kecepatan pergantian penggunaan TT (TOI) menunjukkan rumah sakit semakin baik, mendapat kepercayaan dari masyarakat. Angka NDR dan GDR menurun juga menunjukkan mutu pelayanan yang semakin baik.

Tabel 3.8
Data Volume Kunjungan Pelayanan IRJA, IGD dan IRNA
RSUD dr Soedirman Kebumen Tahun 2020 – 2024

Uraian	2020	2021	2022	2023	2024	Ket
Jumlah Kunjungan IRJA	170.428	165.811	194.506	213.126	218.726	
Jumlah Kunjungan IGD	24.356	17.199	20.090	21.891	23.481	
Jumlah Kunjungan IRNA	16.939	14.651	17.684	19.648	20.075	

Dari tabel diatas menunjukkan bahwa kunjungan Rawat Jalan, Rawat Inap dan Instalasi Gawat Darurat RSUD dr Soedirman Kebumen dari tahun 2020 sampai 2024 semakin meningkat. Untuk kunjungan gawat darurat tahun 2024 belum bisa menyamai kunjungan gawat darurat bulan Juni 2020 (saat covid), tetapi trend menunjukkan peningkatan. Peningkatan kunjungan pasien menunjukkan tingkat kepercayaan masyarakat semakin baik.

2. Kinerja Pelayanan Berdasarkan Unit Pelayanan

Tabel 3.9
Kinerja Pelayanan per Unit Pelayanan RSUD dr. Soedirman Kebumen
Tahun 2020-2024

No	Unit Pelayanan	Satuan	2020	2021	2022	2023	2024
1	Instalasi Rawat Jalan	Kunjungan	170.430	165.768	194.506	213.126	218.726
2	Instalasi Gawat Darurat	Kunjungan	24.356	17.199	20.090	21759	23.481
3	Instalasi Rawat Inap (Hari Rawat)	Hari rawat	63.067	55.420	62.181	66.781	72.004
4	Pemeriksaan Laboratorium	Pemeriksaan	368.230	335.247	408.215	455671	451.541
5	Radiologi	Pemeriksaan	18.178	18.199	27.377	32.249	26.048
6	Kunjungan Fisioterapi/Rehabilitasi Medis	Kunjungan	16.251	18.030	24.125	27.909	28.082
7	Instalasi Farmasi & Apotek (R/)	Kunjungan	233.618	226.425	266.759	350.643	255.109
8	Jamkesda	Kunjungan	-	-	-	-	-
9	Kamar jenazah	Perawatan	899	1.320	1.110	1.120	1.027
10	Pelayanan Hemodialisa	Tindakan	15.838	15.032	15.815	15.817	15.880

Sumber : Seksi Rekam Medis dan Rujukan RSUD dr. Soedirman Kebumen Tahun 2024

Dari tabel diatas menunjukkan bahwa kunjungan rawat jalan, gawat darurat, rawat inap, pemeriksaan laboratorium, radiologi, fisiotherapi RSUD dr Soedirman Kebumen meningkat dari tahun 2020 sd 2024. Sedangkan kunjungan kamar jenazah paling tinggi tahun 2021 saat covid, untuk kunjungan pasien hemodialisa menunjukkan peningkatan kunjungan.

3. Kinerja Pelayanan Berdasarkan Standar Pelayanan Minimal

Tabel 3.10
Kinerja Pelayanan Berdasarkan Standar Pelayanan Minimal RSUD dr Soedirman
Kebumen Tahun 2023-2024

NO	PELAYANAN	SPM		Standar	Tahun 2023	Tahun 2024	KET
1.	Pelayanan Gawat Darurat	1.	Kemampuan <i>menangani life saving</i> anak dan dewasa di Instalasi Gawat Darurat	100%	100%	100%	
		2.	Jam buka pelayanan gawat darurat	24 Jam	24 jam	24 jam	
		3	Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS				
		a	Dokter	100%	100%	100%	
		b	Perawat	100%	97,22 %	86,11 %	
		4.	Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana	1 tim	100%	100%	
		5.	Waktu tanggap pelayanan dokter di Gawat Darurat	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang	100%	100%	
		6.	Kematian pasien < 24 jam di Instalasi Gawat Darurat	≤ 2‰	0,82%	0,31%	
		7.	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	100%	100%	
		8.	Kepuasan pelanggan	≤ 70%	84,99 %	85,77 %	
2.	Pelayanan Rawat Jalan	1.	Dokter Pemberi pelayanan di Klinik Spesialis	100%	100%	100%	
		2.	Ketersediaan Pelayanan	Minimal Anak, Bedah, Dalam, Kandungan	Terpenuhi: Spesialis Anak, Spesialis Bedah, Spesialis	Terpenuhi: Spesialis Anak, Spesialis Bedah, Spesialis	

LAPORAN KINERJA
INSTANSI PEMERINTAH

NO	PELAYANAN	SPM		Standar	Tahun 2023	Tahun 2024	KET
					Dalam ,Spesi alis Kandu ngan	Dalam ,Spesi alis Kandu ngan	
		3.	Jam buka pelayanan Jam 08.00 - 13.00 WIB, kecuali Jum'at	100%	62,7%	66,4%	
		4.	Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 60 menit	97,3 Menit	54,5 Menit	
		5.	Kepuasan pelanggan	≥ 90	91%	91%	
		6.	Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	100%	100%	
		7.	a Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB	≥ 60	81%	92%	
			b Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	≤ 60	97%	98%	
3.	Pelayanan Rawat Inap	1.	Pemberi pelayanan di Rawat Inap				
		a	Dokter Spesialis	100%	100%	100%	
		b	Perawat yang kompeten (minimal D3)	100%	100%	100%	
		2.	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	100%	100%	
		3.	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	Minimal Anak, Dalam, Kebidan, Bedah	Terpe nuhi: Spesi alis Anak, Spesi alis Bedah ,Spesi alis Dalam ,Spesi alis Kandu	Terpe nuhi: Spesi alis Anak, Spesi alis Bedah ,Spesi alis Dalam ,Spesi alis Kandu	

LAPORAN KINERJA
INSTANSI PEMERINTAH

NO	PELAYANAN	SPM	Standar	Tahun 2023	Tahun 2024	KET
				ngan	ngan	
		4. Jam visite dr Spesialis	100%	97,41 %	97,22 %	
		5. Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5%	0,18%	0,18%	
		6. Kejadian Infeksi nosokomial (INOS)	≤ 1,5%	0,47%	1%	
		7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%	100%	100%	
		8. Angka kematian >48 jam	≤ 25%	2,8%	1,97%	
		9. Kejadian pulang paksa	≤ 5%	1,4%	0,83%	
		10. Kepuasan pelanggan	≥ 90%	85,95 %	91,36 %	
		11. Pasien rawat inap tuberkolosis yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	100%	100%	
		a Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	≥ 60 %	100%	100%	
		b Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	≥ 60 %	100%	100%	
		12. Ketersediaan pelayanan rawat inap di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa	NAPZA ,Gangguan Psikotik ,Neurotik ,Gangguan Mental Organik	Gangguan Psikotik Gangguan Neurotik Gangguan Mental Organik	Gangguan Psikotik Gangguan Neurotik Gangguan Mental Organik	
		13. Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri	100%	Belum ada	100%	
		14. Kejadian re-admission	100%	Belum	100%	

LAPORAN KINERJA
INSTANSI PEMERINTAH

NO	PELAYANAN	SPM		Standar	Tahun 2023	Tahun 2024	KET
			pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan		ada		
		15.	Lama hari perawatan Pasien gangguan jiwa	≤ 6 minggu	Belum ada	6,1 hari	
4.	Pelayanan Bedah Sentral	1.	Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	1 hari	1 hari	
		2.	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	$\leq 100\%$	100%	100%	
		3.	Kejadian kematian di meja operasi	$\leq 1\%$	0%	0%	
		4.	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	$\leq 100\%$	100%	100%	
		5.	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	$\leq 100\%$	100%	100%	
		6.	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi.	$\leq 100\%$	100%	100%	
		7.	Komplikasi anestesi karena overdosis reaksi anestesi dan salah penempatan Endotracheal Tube	$\leq 6\%$	0%	0%	
5.	Pelayanan Persalinan dan Perinatologi	1	Kejadian kematian ibu karena persalinan				
		a	Perdarahan	$\leq 1\%$	1,46%	1.069 %	
		b	Pre Eklamsi	$\leq 30\%$	1%	0.3%	
		c	Sepsis	$\leq 0,2\%$	0	0%	
		2.	Pemberi pelayanan persalinan normal (Dokter Sp. OG, Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal), dan Bidan)	100%	100%	100%	
		3.	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tersedia Tim PONEK yang terlatih	Terse dia (Ada SK Tim	Terse dia (Ada SK Tim	

LAPORAN KINERJA
INSTANSI PEMERINTAH

NO	PELAYANAN	SPM		Standar	Tahun 2023	Tahun 2024	KET
					PONE K)	PONE K)	
		4.	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi Dokter Sp.OG, Dokter Sp.A, Dokter Sp.An	100%	100%	100%	
		5.	Pertolongan persalinan melalui Seksio Cesaria	≤ 100%	42%	47%	
		6.	Kemampuan menangani BBLR (Berat Bayi Lahir Rendah) 1500-2500 gr	100%	100%	100%	
		7	Keluarga Berencana				
		a	Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga Kompeten dr.Sp.Og, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr.umum terlatih	100%	100%	100%	
		b	Presentse peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih	100%	100%	100%	
		8.	Kepuasan Pelanggan	≥ 80%	87,61 %	87.59 %	
6.	Pelayanan Intensif	1.	Rata-rata pasien yang kembali ke Perawatan Intensive dengan kasus yg sama <72 jam	≤ 3%	0,69%	0,49%	
		2.	Pemberi pelayanan Unit Intensif				
		a	Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani	100%	100%	100%	
		b	Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU / setara (D4)	100%	50%	48%	
7.	Pelayanan Radiologi	1.	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam	1 jam 05 menit	1jam 13 menit	
		2.	Pelayanan expertisi	100%	100%	100%	

LAPORAN KINERJA
INSTANSI PEMERINTAH

NO	PELAYANAN	SPM		Standar	Tahun 2023	Tahun 2024	KET
		3.	Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	$\leq 2\%$	0,43%	0,56%	
		4.	Kepuasan pelanggan	$\geq 80\%$	81,79 %	92,27 %	
8.	Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik	1.	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium kimia darah dan darah rutin	≤ 140 menit	57,88 menit	59,98 menit	
		2.	Pelaksanaan Ekspertisi	100%	100%	100%	
		3.	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100%	100%	
		4.	Kepuasan pelanggan	$\geq 80\%$	87,06 %	92,95 %	
9.	Pelayanan Rehabilitasi Medik	1.	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan.	$\leq 50\%$	12,4%	12,9%	
		2.	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	99,99 %	99,98 %	
		3.	Kepuasan pelanggan	$\geq 80\%$	84,44 %	84,79 %	
10.	Pelayanan Farmasi	1.	Waktu tunggu pelayanan				
		a	Obat Jadi	≤ 30 menit	60,1 menit	52,21 menit	
		b	Obat Racikan	≤ 60 menit	73,97 menit	83,08 menit	
		2.	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	99,9%	100%	

LAPORAN KINERJA
INSTANSI PEMERINTAH

NO	PELAYANAN	SPM		Standar	Tahun 2023	Tahun 2024	KET
		3.	Penulisan resep sesuai dengan formularium	100%	99,9%	99,9%	
		4.	Kepuasan Pelanggan	≥ 80%	89,30 %	86,84 %	
11.	Pelayanan Instalasi Gizi	1.	Ketepatan waktu pemberian makanan pada pasien	≥ 90%	100%	99,99 %	
		2.	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20%	9,95%	9,90%	
		3.	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%	99,90 %	99,99 %	
12.	Pelayanan Laundry	1.	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%	100%	100%	
		2.	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%	100%	100%	
13.	Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	1.	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat ≤ 15 menit	≥ 80%	100%	100%	
		2.	Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai jadwal pemeliharaan alat	100%	79,5%	79,5%	
		3.	Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%	100%	100%	
14.	Pelayanan Pengelolaan Limbah	1.	Baku mutu limbah cair				
		a	BOD	<30mg/l	83,67 %	75%	
		b	COD	<80mg/l			
		c	TSS	<30mg/l			
		d	PH	6-9			
		2.	Pengelolaan limbah	100%	100%	100%	

LAPORAN KINERJA
INSTANSI PEMERINTAH

NO	PELAYANAN	SPM		Standar	Tahun 2023	Tahun 2024	KET
			padat infeksius sesuai dengan aturan				
15.	Pelayanan Pence-gahan Pengendalian Infeksi (PPI)	1.	Ada anggota Tim Pencegahan Pengendalian Infeksi (PPI) yang terlatih	75%	78,04 %	37,17 %	
		2.	Tersedia Alat Pelindung Diri di setiap instalasi/departemen	60%	100%	100%	
		3.	Terlaksananya Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAI (Health Care Associated Infection) di Rumah Sakit (minimal 1 parameter)	75%	90%	90%	
16.	Pelayanan Rekam Medik	1.	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan (rawat jalan)	100%	52%	56,89 %	
		2.	Kelengkapan pengisian rekam medik 2 x 24 jam setelah selesai pelayanan (rawat inap)	100%	52%	56,89 %	
		3.	Kelengkapan <i>Informed Consent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	23%	78,4%	
		4.	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit	13	E RM	
		5.	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit	14	E RM	
17.	Pelayanan Administrasi dan Manajemen	1.	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat Direksi	100%	100%	100%	
		2.	Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja	100%	100%	100%	
		3.	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%	100%	
		4.	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala	100%	100%	100%	

LAPORAN KINERJA
INSTANSI PEMERINTAH

NO	PELAYANAN	SPM		Standar	Tahun 2023	Tahun 2024	KET
		5.	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun	$\geq 60\%$	100%	87,6%	
		6.	Cost Recovery	$\geq 40\%$	55,4%	83,76 %	
		7.	Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan	100%	100%	100%	
		8.	Kecepatan Waktu Pemberian Informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam	1 Jam	1 Jam	
		9.	Ketepatan waktu pemberian imbalan (Insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	8,33%	8,33%	
18.	Pelayanan Ambulance/ Kereta Jenazah	1.	Waktu pelayanan Ambulance / Kereta Jenazah	24 jam	24 jam	24 jam	
		2.	Kecepatan memberikan pelayanan Ambulance / Kereta Jenazah di rumah sakit	≤ 30 Menit	100%	100%	
		3.	Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan		100%	100%	
19.	Pemulasaran Jenazah	1.	Waktu Tanggap (Response Time) Pelayanan Pemulasaraan Jenazah	≤ 2 Jam	100%	100%	
20.	Pelayanan Keluarga Miskin (Gakin)	1.	Pelayanan terhadap pasien keluarga miskin yang datang ke rumah sakit pada setiap unit pelayanan	100%	-	-	
21.	Transfusi Darah	1.	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100%	98,99 %	99.49 %	
		2.	Kejadian reaksi transfusi	$< 0.01\%$	0	0	

Bidang Pelayanan Medis Sumber RSUD dr. Soedirman Tahun 2024

Berdasarkan tabel diatas capaian Standar Pelayanan Minimal RSUD dr Soedirman Kebumen tahun 2023 sebesar 82,35%, sedangkan tahun 2024 sebesar 78,26%.

3.2. Realisasi Anggaran

Kinerja Perspektif Keuangan

3.2.1. Pendapatan

Pendapatan pada RSUD dr. Soedirman dari tahun ke tahun terjadi fluktuatif. Pada Tahun 2023 RSUD dr Soedirman menargetkan pendapatannya sebesar Rp 119.331.283.000, realisasi mencapai Rp 133.619.721.544,- atau sebesar (111,97 %). Sedangkan pada Tahun 2024 menetapkan pendapatan pada APBD Perubahan sebesar Rp 127.951.663.000,- naik Rp 5.195.407.000, dari target pendapatan murni, dengan realisasinya mencapai Rp 136.485.507.838,- (106, 67 %). Rincian pendapatan selama 5 tahun terakhir pada RSUD dr. Soedirman Tahun 2020 - 2024 dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 3.11
Target dan Realisasi Pendapatan RSUD dr. Soedirman Tahun 2020 – 2024

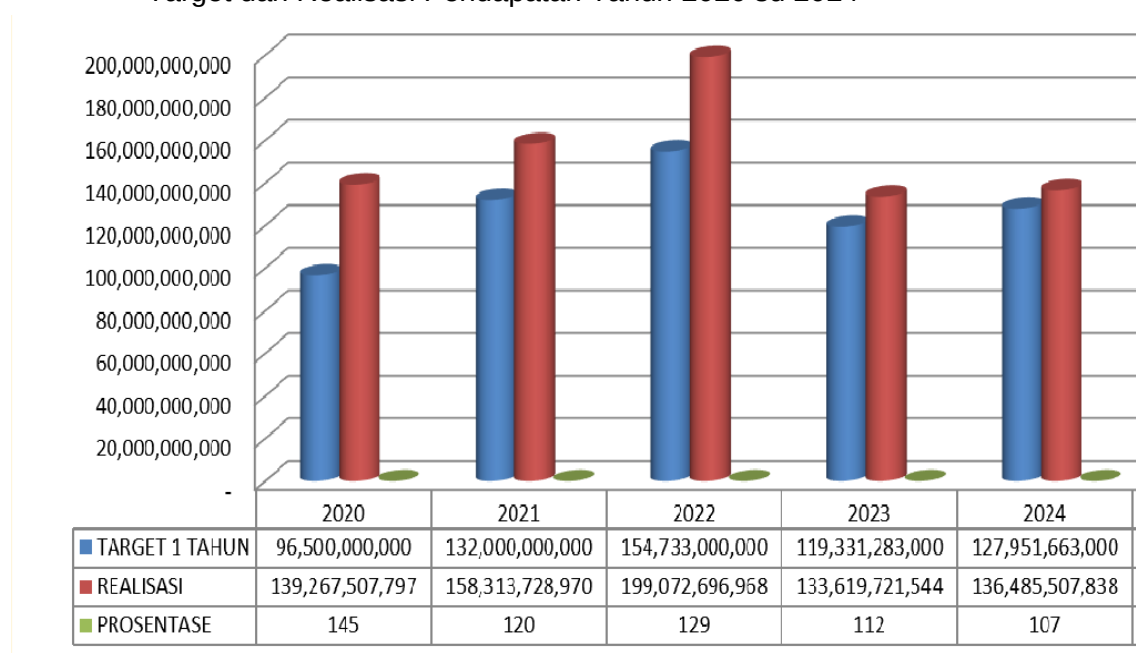
Tahun Anggaran	Target Pendapatan Satu Tahun	Realisasi Pendapatan	Persentase Realisasi
2020	96.500.000.000	139.267.507.797	144,67
2021	132.000.000.000	158.313.728.970	119,93
2022	154.733.000.000	199.072.696.968	128,65
2023	119.331.283.000	133.619.721.544	111,97
2024	127.951.663.000	136.485.507.838	106,67

Sumber : bidang keuangan RSUD dr Soedirman 2024

Berdasarkan tabel diatas, dapat disimpulkan bahwa pendapatan BLUD pada RSUD dr Soedirman mengalami fluktuatif, dan jika melihat data realisasi pendapatan Tahun 2024 dibandingkan dengan Tahun 2023, realisasnyai lebih rendah sebesar 5,3 %, namun jika secara angka pendapatan Tahun lebih 2024 lebih besar Rp 2.865.786.294,-. Hal ini disebabkan berbagai faktor salah satunya adanya perubahan tarif yang ditetapkan dengan Peraturan Daerah Nomor 11 Tahun 2023 tentang Pajak

Daerah dan Retribusi Daerah, dimana Pendapatan Parkir bukan bagian dari pendapatan retribusi jasa umum dan bukan sebagai obyek retribusi pada Rumah Sakit sehingga RSUD dr Soedirman tidak diperkenankan mengelola parkir dan telah dilimpahkan pada Perangkat Daerah teknis sejak 1 Mei 2024 sesuai Peraturan Perundang-Undangan, kemudian juga terdapat turunan dari Peraturan Daerah tersebut berupa Peraturan Bupati Kebumen Nomor 5 Tahun 2024 tentang Penyesuaian Detail Rincian Objek Retribusi Pelayanan Kesehatan pada Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah di Kabupaten Kebumen. Disamping 2 ketentuan tersebut juga adanya perubahan peraturan dari BPJS sehingga pengajuan klaim mengalami pengunduran pencairan. Berikut grafik Pendapatan Tahun 2020 sd 2024:

Grafik 3.2
Target dan Realisasi Pendapatan Tahun 2020 sd 2024



Sumber : bidang keuangan RSUD Dr Soedirman ,2024

3.2.2. Belanja

RSUD dr. Soedirman Tahun 2024 dalam menjalankan operasional belanja hanya bersumber dari dana Pendapatan Badan Layanan Umum Daerah. Sedangkan dana DAK (Dana Alokasi Khusus) Fisik masuk pada belanja di Dinas Kesehatan Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana.

Tabel. 3.12
Pagu Belanja dan Sumber Dana RSUD dr Soedirman Tahun 2024

No	Sumber Dana	Jumlah Anggaran (Rp)
1.	PAD (Pendapatan Asli Daerah)	127.951.663.000,-
2.	DAK (Dana Alokasi Khusus) Fisik	2.500.000.000,-
3.	Sisa Lebih anggaran Tahun 2023	21.032.397.000 ,-
	Total	148.984.060.000,-

Sumber : bidang keuangan RSUD Dr Soedirman, 2024

Pagu Anggaran belanja BLUD Tahun 2024 adalah sebesar Rp148.984.060.000,00 terdiri dari Pendapatan BLUD Rp 127.951.663.000,00 dan sisa lebih anggaran (SilPa) Tahun 2023 sebesar Rp 21.032.397.000,00 dengan realisasi belanja sebesar Rp. 145.883.431.355,00 (97,92 %). Realisasi Kinerja Keuangan Tahun 2024 dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 3.13
Realisasi Kinerja Keuangan RSUD dr.Soedirman Tahun 2024

No	Rincian	Realisasi Kinerja Keuangan BLUD dan APBD		
		Jumlah Anggaran	Realisasi Anggaran	Persentase (%)
1.	Belanja BLUD	Rp 148.984.060.000	Rp 145.883.431.355	97,92
	Total	Rp 148.984.060.000	Rp 145.883.431.355	97,92

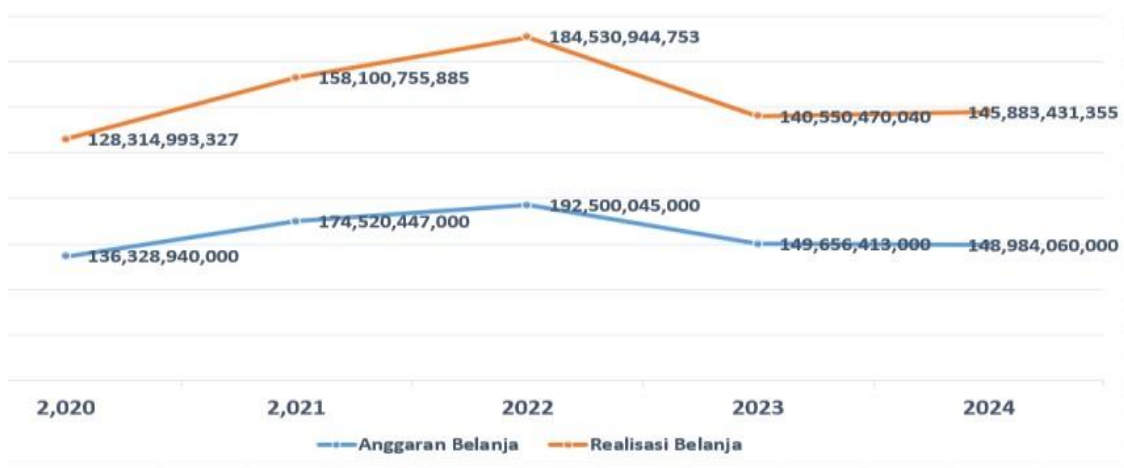
Sumber : Bidang Keuangan RSUD Dr.Soedirman, 2024

Dari tabel di atas menunjukkan bahwa kinerja keuangan dari sisi belanja sudah menunjukkan kinerja yang baik karena berdasarkan Peraturan Bupati Nomor 96 Tahun 2022 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengendalian Kegiatan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah, deviasi pada belanja RSUD dr Soedirman mencapai kurang dari 5 %. Jika dibandingkan Tahun 2023, kinerja realisasi belanja tahun 2024 lebih besar

4,01 %. Berikut kami tampilkan grafik realisasi belanja BLUD tahun 2020 sampai tahun 2024.

Grafik 3.3
Realisasi Belanja Tahun 2020 sd 2024

Sumber : bidang Keuangan RSUD Dr Soedirman, 2024



3.2.3. Analisis Efisiensi Belanja

Pagu total belanja Tahun 2024 yang dikelola RSUD Soedirman adalah sebesar Rp 148.984.060.000,- hanya bersumber dari Pendapatan Lain-Lain yang syah (pendapatan BLUD). Berdasarkan target keuangan dibandingkan dengan realisasikeuangannya menunjukkan terdapat deviasi sebesar 2,08 % dan target fisik dibandingkan realisasi fisik terdapat deviasi sebesar 1,32 %.

Belanja penunjang alat kesehatan pada Rumah Sakit dr Soedirman disuport dengan pembiayaan Dana Alokasi Khusus (DAK) Fisk Bidang Kesehatan dan RSUD dr Soedirman juga mendapat hibah dari Kementrian Kesehatan berupa alat kesehatan untuk menunjang pelayanan KJSU.

Secara lebih detail target dan realisasi keuangan/ fisik RSUD dr Soedirman Tahun 2024 dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 3.14
Laporan Pelaksanaan Kegiatan RSUD dr Soedirman Tahun 2024

No	Nama Program	Jumlah Anggaran	Target		Realisasi		Deviasi/ Efisiensi	
			Keu	Fisik	Keu	Fisik	Keu	Fisik
1	Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah	Rp 24.710.977.000	100	100	93,93	100	6,07	0
2	Program Pelayanan Kesehatan pada Rumah Sakit	Rp 124.273.083.000	100	100	98,71	98,68	1,29	1,32
Total Belanja RSDS		Rp148.984.060.000,-	100	100	97,92	98,68	2,08	1,32

Sumber : Bidang keuangan RSUD dr.Soedirman,2024

3.2.4. Analisis Pencapaian Indikator Kinerja Program/Kegiatan

Hasil analisis pencapaian indikator kinerja program/ kegiatan RSUD Dr Soedirman menunjukkan bahwa program yang tidak mencapai 100 % adalah program pelayanan kesehatan pada Rumah Sakit. Namun secara kegiatan sudah terlaksana semua. Kegiatan / subkegiatan yang belum mencapai target yaitu subkegiatan operasional Rumah Sakit dimana peruntukannya sebagai penyediaan anggaran remunerasi selama 12 bulan dan anggaran P3, penghitungan pada anggaran subkegiatan tersebut dengan memperhitungkan realisasi pendapatan, namun berjalannya waktu anggaran pendapatan yang dibagikan terjadi fluktuatif serta terdapat beberapa SDM yang pindah tempat kerja, maka alokasi yang ada tidak terserap 100 %.

RSUD Dr Soedirman selalu bertekad meningkatkan komitmen kinerja SDM (Sumber Daya Manusia) pada Rumah Sakit dan melengkapi sarana / prasarana yang dibutuhkan Rumah Sakit dengan pengajuan dana Dana Alokasi Fisk (bidang Kesehatan) pada Kementrian Kesehatan dan pengajuan usulan hibah alat kesehatan. Secara rinci analisis pencapaian indikator kinerja program/ kegiatan tahun 2024 dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 3.15 Laporan pencapaian indikator kinerja program/kegiatan RSUD dr Soedirman Kebumen

No	Sasaran Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja	Target 2024	Realisasi 2024	Permasalahan	Solusi
A	Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota	Persentase Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota	100%	100%	Tidak Ada Permasalahan	-
1	Perencanaan, Penganggaran, dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah	Jumlah Dokumen perencanaan dan evaluasi kinerja PD /BLUD	7 Dok	7 Dok	Tidak ada permasalahan	-
	a. Koordinasi dan Penyusunan Laporan Capaian Kinerja dan Ikhtisar Realisasi Kinerja BLUD	Jumlah Laporan kinerja BLUD	5 laporan	5 laporan	Tidak ada permasalahan	-
2	Administrasi Keuangan Perangkat Daerah	Jumlah Bulan Administrasi Keuangan pada PD	12 Bulan	12 bulan	Tidak ada permasalahan	
	a. Pelaksanaan Penatausahaan dan Pengujian/Verifikasi Keuangan BLUD	Jumlah Dokumen Penatausahaan BLUD	14 dokumen	14 dokumen	Tidak ada permasalahan	
	b. Penyediaan Gaji dan Tunjangan Non ASN	Jumlah Pegawai Non ASN yang mendapat pembiayaan dari BLUD	508 Pegawai	505 pegawai	Terdapat 3 SDM yang keluar dikarenakan diterima di tempat kerja lain	
3	Administrasi Barang Milik Daerah pada Perangkat Daerah	Jumlah dokumen Administrasi Barang Milik Daerah Perangkat Daerah yang tersusun	2 Dokumen	2 Dokumen	Tidak ada permasalahan	
	a. Penatausahaan Barang Milik Daerah pada SKPD dan BLUD	Jumlah dokumen penatausahaan BMD pada BLUD	2 Dokumen	2 Dokumen	Tidak ada permasalahan	
4	Administrasi Kepegawaian Perangkat Daerah	Jumlah kegiatan administrasi Kepegawaian PD	2 kegiatan	2 kegiatan	Tidak ada permasalahan	
	a. Monitoring, Evaluasi, dan Penilaian Kinerja Pegawai	Jumlah kegiatan monev dan penilaian kinerja pegawai	1 kegiatan	1 kegiatan	Tidak ada permasalahan	
	b. Pendidikan dan Pelatihan Pegawai Berdasarkan Tugas dan Fungsi	Jumlah pegawai yang dikirim untuk mengikuti Diklat	pegawai	pegawai	Tidak ada permasalahan	

LAPORAN KINERJA
INSTANSI PEMERINTAH

5	Administrasi Umum Perangkat Daerah dan/atau BLUD	Jumlah kegiatan Administrasi Umum Perangkat Daerah dan/atau BLUD	6 kegiatan	6 kegiatan	Tidak ada permasalahan	
	a. Penyediaan Komponen Instalasi Listrik/Penerangan Bangunan Kantor	Jumlah paket Komponen Instalansi Listrik/ Penerangan Bangunan Kantor	2 paket	2 paket	Tidak ada permasalahan	
	b. Penyediaan Peralatan dan Perlengkapan Kantor	Jumlah paket Peralatan dan Perlengkapan Kantor	2 paket	2 paket	Tidak ada permasalahan	
	c. Penyediaan Barang Cetak dan Penggandaan	Jumlah paket penyediaan Barang Cetak dan Penggandaan	2 paket	2 paket	Tidak ada permasalahan	
	d. Penyediaan Bahan Bacaan dan Peraturan Perundang-undangan	Jumlah paket Bahan Bacaan dan Peraturan Perundang-undangan	2 paket	2 paket	Tidak ada permasalahan	
	e. Fasilitas Kunjungan Tamu	Jumlah tamu / instansi yang berkunjung ke RSDS	10 instansi	10 instansi	Tidak ada permasalahan	
	f. Penyelenggaraan Rapat Koordinasi dan Konsultasi SKPD dan/atau BLUD	Jumlah kegiatan Rapat Koordinasi dan Konsultasi SKPD dan/atau BLUD	15 kegiatan	15 kegiatan	Tidak ada permasalahan	
6	Penyediaan Jasa Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah	Penyediaan Jasa Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah tersedia dengan cukup	1 tahun	1 tahun	Tidak ada permasalahan	
	a. Penyediaan Jasa Surat Menyurat	Jumlah paket Penyediaan Jasa Surat Menyurat	1 paket	1 paket	Tidak ada permasalahan	
	b. Penyediaan Jasa Komunikasi, Sumber Daya Air dan Listrik	Jumlah bulan pembayaran Jasa Komunikasi, Sumber Daya Air dan Listrik	12 bulan	12 bulan	Tidak ada permasalahan	
7	Pemeliharaan Barang Milik Daerah Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah	Pemeliharaan BMD terselenggaran dengan baik1	1 tahun	1 tahun	Tidak ada permasalahan	
	a. Penyediaan Jasa Pemeliharaan, Biaya Pemeliharaan, Pajak dan Perizinan Kendaraan Dinas Operasional atau Lapangan	Jumlah unit kendaraan yang dilakukan pemeliharaan dan pembayaran pajak	unit	unit	Tidak ada permasalahan	

LAPORAN KINERJA
INSTANSI PEMERINTAH

B	Program Pelayanan Kesehatan pada Rumah Sakit	Persentase Capaian kinerja mutu/ SPM Kesehatan (SPM RS)	100 %	%	Keterbatasan Sumber Daya dan Sumber Dana	Meningkatkan komitmen kinerja SDM RS
	Pelayanan medik dan penunjang medik	Kegiatan pelayanan medik dan oenunjang medik terselenggara dengan tepat waktu	2 keg	2 keg	Tidak ada permasalahan	
	a. Pelayanan medik umum	Jumlah paket kegiatan Pelayanan medik umum	paket	paket	Tidak ada permasalahan	
	Pelayanan nonmedik	Kegiatan pelaksanaan pely nonmedik terselenggara dengan baik				
	a. Pelayanan Farmasi	Jumlah paket pelayanan farmasi	2 paket	2 paket	Tidak ada permasalahan	
	b. pengolahan makanan/gizi	Jumlah paket pengolahan makanan/gizi	2 paket	2 paket	Tidak ada permasalahan	
	c. pemulasaran jenazah	Jumlah bulan kegiatan pemulasaran jenazah	12 bulan	12 bulan	Tidak ada permasalahan	
	d. pelayanan nonmedik lainnya.	Jumlah paket pelayanan nonmedik lainnya.	paket	paket	Tidak ada permasalahan	
	e. Administrasi Pelayanan JKN FKRTL	Jumlah kegiatan administrasi JKN FKRTL	2 paket	2 paket	Tidak ada permasalahan	
	f. Pengelolaan Sistem Informasi Kesehatan	Jumlah bulan pengelolaan SIK	12 bulanl	12 bulan	Tidak ada permasalahan	
	g. Peningkatan Mutu Pelayanan Fasilitas Kesehatan	Jumlah indikator mutu pada Pelayanan RS	 indikator	 Indikator	Dari indikator yang ada belum semua mencapai target	Evaluasi secara berkala
	h. Penyiapan Perumusan dan Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Rujukan	Jumlah pasien yang dilakukan pelayanan rujukan	150 pasien	150 pasien	Tidak ada permasalahan	
	i. Peningkatan Upaya Promosi Kesehatan, Advokasi, Kemitraan dan Pemberdayaan Masyarakat	Jumlah paket media promosi kesehatan	5 paket	5 paket	Tidak ada permasalahan	
	j. Penyelenggaraan Promosi Kesehatan dan Gerakan Hidup Bersih dan Sehat	Jumlah kegiatan pelaksanaan Promkes dan GHBS di RS	5 kegiatan	5 kegiatan	Tidak ada permasalahan	
	k. Operasional Pelayanan Rumah Sakit	Jumlah kegiatan operasional RS (jasa pelayanan dan jasa diklat)	2 kegiatan	2 kegiatan	Tidak ada permasalahan	

3.2.5. Kinerja RSUD Dr. Soedirman memperoleh Hasil Usaha atau Hasil Kerja

Kinerja aspek perolehan hasil usaha atau hasil kerja dari layanan yang diberikan merupakan gambaran keuangan atas usaha BLUD Rumah Sakit Dr Soedirman dalam memperoleh pendapatan operasional. Berikut kinerja hasil usaha / hasil kerja RSUD Dr Soedirman Tahun 2024:

A. Periode Penagihan Piutang (*Collection Period*)

Perolehan penagihan Piutang pada RSUD dr Soedirman pada tahun 2024 yaitu 7 hari, lebih baik dibandingkan dengan tahun 2023 yang memperoleh hasil 29 hari. Data piutang operasional Tahun 2024 sebesar Rp 2.591.497.512,- dibanding Pendapatan Operasional sebesar Rp 136.485.507.838,- sehingga pencapaian Penagihan Piutang (PP) < 30 hari dengan skor PP (2). Hal ini menunjukkan bahwa penagihan piutang pada RSUD dr Soedirman menunjukkan kinerja yang baik

B. Perputaran Aset Tetap (*Fixed Asset Turnover*)

Pendapatan Opearsional – LO merupakan penerimaan RSUD Dr Soedirman yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan pada masyarakat yaitu sebesar Rp 136.485.507.838,- dibandingkan dengan nilai perolehan aset tetap yang dikurangi dengan konstruksi dalam pengerjaannya yaitu sebesar Rp 402.387.943.227, sehingga menghasilkan 33,92 % atau 0,34 dan PAT masuk skor 2. Jika dibandingkan dengan Tahun 2023 PAT sebesar 36,60 % atau 0,36 terjadi penurunan sebesar 2 digit (0,02) hal ini dikarenakan pendapatan pada tahun 2024 juga lebih rendah.

C. Perputaran Persediaan (*Inventory Turnover*)

Total persediaan pada RSUD dr Soedirman Tahun 2024 sebesar Rp 4.954.843.663, sedangkan pendapatan Blud sebesar Rp 136.485.507.838,- sehingga menghasilkan perputaran persediaan kurang lebih 13,25 hari, skor PP 0,5. Jika dibandingkan dengan tahun 2023 pencapaian PP sebesar 19,80 hari ,dengan skor 1. Sehingga bisa disimpulkan bahwa perputaran persediaan pada RSUD dr Soedirman masih kurang baik karena dibawah 1 bulan (kurang dari 30 hari).

D. Imbalan atas aset tetap (*Return on Fixed asset*)

Surplus / defisit Operasional pada tahun 2024 sebesar Rp (-5.457.548.902), sedangkan aset tetapnya sebesar Rp 402.387.943.227,-, sehingga ROFA nya menghasilkan (-1,36%) atau 0,0136 atau dengan pencapaian skor ROFA 0 (nol), sedangkan capaian ROFA tahun 2023 yang mencapai sebesar 2,37 dengan skor 1. Dalam hal ini, disimpulkan bahwa RSUD dr Soedirman tahun 2024 kurang / belum melakukan efisiensi secaramaksimal.

E. Imbalan atas Ekuitas (*Return In Equity*)

Imbalan atas ekuitas merupakan selisih antara hak residual BLUD pada RSDS atas aset dengan seluruh kewajiban yang dimiliki pada BLUD. Pada tahun 2024 surplus / defisit Operasional sebesar Rp (-5.457.548.902), dibandingkan dengan angka ekuitasnya sebesar Rp 237.668.827.462.95,- sehingga mendapatkan hasil penghitungan ROE (-2,30 %) atau 0,0230 dengan skor 0 (nol). Sedangkan pada tahun 2023 pencapaian ROE sebesar (-4,43 %) atau 0,0443 selisih prosentase -0,02. Hal ini disimpulkan bahwa RSUD dr Soedirman belum menggunakan dana secara efektif.

3.2.6. Kinerja Aspek pemenuhan kewajiban jangka pendeknya

Kinerja aspek pemenuhan kewajiban jangka pendek merupakan gambaran keuangan atas usaha BLUD pada RSUD Dr Soedirman dalam menjada kas dan asetnya untuk menutup kewajiban jangka pendeknya. Berikut indikator kinerja kewajiban jangka pendek :

A. Rasio Kas (*Cash Rasio*)

Rasio kas menggambarkan kemampuan atau ketersediaan kas dan setara kas dalam memenuhi pembayaran kewajiban jangka pendek pada akhir periode tertentu (akhir tahun). Jumlah Kas dan setara kas Rp 11.634.473.923,- sedangkan kewajiban jangka pendeknya sebesar Rp 11.420.044.929.83,- sehingga menghasilkan 101,88 % atau 1,0188 dengan skor 2. Sedangkan tahun 2023 yang mencapai RK 160,79 % atau 1,679. Disimpulkan bahwa RSUD dr Soedirman kondisi keuangan yang baik, karena memiliki cukup uang untuk memenuhi kewajiban langsung tanpa perlu menjual aset.

B. Rasio lancar (*Curent Rasio*)

Rasio lancar menggambarkan kemampuan atau ketersediaan aset lancar dalam memenuhi pembayaran kewajiban jangka pendek pada akhir periode tertentu (akhir tahun). Aset lancar pada RSUD Dr. Soedirman sebesar Rp 17.597.255.846,-, dibandingkan dengan jumlah kewajiban jangka pendek sebesar Rp 11.420.044.929.83,- sehingga didapatkan Rasio Lancar (CR) 154,09 % atau 1,54 dengan skor CR 0,50. Sedangkan pada tahun 2023 CR lebih baik yaitu 2,79 dengan skor 1, terjadi penurunan karena aset lancar 2024 separo dari aset lancar 2023. Disimpulkan bahwa kondisi tahun 2024 menunjukkan bahwa RSUD dr Soedirman kurang mampu membayar kewajiban jangka pendeknya atau mempunyai kemampuan yang kurang baik dalam melunasi utang lancarnya.

3.2.7. Kinerja Aspek Pemenuhan seluruh kewajibannya

Kinerja aspek pemenuhan seluruh kewajibannya menggambarkan keuangan seberapa aman nilai aset dan ekuitas BLUD RSUD untuk menutup kewajibannya. Indikatornya antara lain :

A. Rasio Kewajiban terhadap aset

Rasio Kewajiban terhadap aset menggambarkan kemampuan atau ketersediaan total aset yang dimiliki dalam memenuhi pembayaran seluruh kewajiban pada akhir periode tertentu (akhir tahun). Jumlah kewajiban pada BLUD RSDS sebesar Rp 11.420.044.929.83,- sedangkan jumlah aset sebesar Rp 192.535.761.817,- sehingga RKTA mendapatkan hasil 5,93 % atau (0,06) dengan skor 2. Sedangkan pada tahun 2023 RKTA mendapatkan hasil sebesar 6,24 % atau 0,062 skor 2. Hal ini bisa disimpulkan bahwa keuangan pada RSUD dr Soedirman, beban utangnya lebih kecil dibandingkan setnya sehingga telah terukur dengan baik.

B. Rasio Kewajiban terhadap Ekuitas

Menggambarkan kemampuan, atau ketersediaan nilai ekuitas yang dimiliki dalam memenuhi pembayaran seluruh kewajiban pada akhir periode tertentu (akhir tahun). Jumlah kewajiban pada BLUD RSDS

sebesar Rp 11.420.044.929.83,- dibandingkan jumlah ekuitas yaitu sebesar Rp 181115717087.17,- sehingga didapatkan hasil 6,31 % atau 0,061 skor RKTE (2), sedangkan tahun 2023 pencapaian RKTE sebesar 6,66 % atau 0,066 lebih besar 0,003 dibandingkan 2024. Disimpulkan bahwa RSUD dr Soedirman telah membiayai operasionalnya dengan proporsi utang dan modal sendiri yang seimbang atau baik, sehingga dapat memberi keyakinan pada peminjam untuk lebih mudah menyetujui pinjaman.

3.1.2 Kinerja Aspek kemampuan penerimaan dari jasa layanan untuk membiayai pengeluaran

Kemampuan penerimaan dari jasa layanan untuk membiayai pengeluaran merupakan gambaran keuangan atas kemandirian BLUD RSUD dalam memperoleh pendapatan yang biasa menutup biaya operasional. Indikatornya antara lain :

A. Rasio pendapatan BLUD Non APBD – LO terhadap Biaya Operasional (*Cost RecoveryRate*)

Indikator ini menggambarkan kemampuan BLUD dalam memenuhi pembayaran beban operasional (diluar beban pegawai ASN) dalam 1 periode tertentu tanpa alokasi APBD. Tahun 2024 pendapatan BLUD non APBD (LO) pada RSUD Dr Soedirman sebesar Rp 136.485.507.838,- sedangkan Biaya operasional sebesar Rp 162.946.522.863,- sehingga pencapaian Rasio pendapatan BLUD mencapai 83,76 % atau 0,84 skor PB 2, sedangkan tahun 2023 sedikit lebih besar (0,7 %) atau pencapaian 90,50 % (0,90) skor PB sama yaitu 2 dengan pendapatan BLUD 2023 sebesar 143.710.573.132,84. Hal ini bisa disimpulkan bahwa RSUD dr Soedirman telah mengalami surplus walaupun terjadi penurunan pendapatan.

B. Kemampuan RSD dalam memperoleh pendapatan secara mandiri

Indikator ini menggambarkan jumlah pendapatan BLUD non APBD - LO pada Rumah sakit dibandingkan dengan pendapatan yang berasal dari pendapatan APBD.

Rumah Sakit Umum Dr Soedirman Kebumen tidak mempunyai pendapatan yang bersumber APBD, semua operasional ditanggung atau dibiayai dari pendapatan BLUD sehingga RSUD dr. Soedirman telah dinyatakan mandiri,

Untuk lebih jelasnya capaian perspektif keuangan tahun 2024 dibandingkan tahun 2023 pada RSUD dr Soedirman dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 3.17
Pencapaian Indikator pada Perpektif Keuangan

No	Indikator	Tahun 2023		Tahun 2024		Ket
		Hasil	Skor	Hasil	Skor	
A	Kinerja Memperoleh Hasil Usaha Atau Hasil Kerja Dari Layanan Yang Diberikan		6,1		4,5	▼
1	Periode Penagihan Piutang (Collection Period)	29,88	2	6,84	2	▢
2	Perputaran Aset Tetap (Fixed Asset Turnover)	0,36	2	0,34	2	▢
3	Perputaran Persediaan (Inventory Turnover)	19,80	0,50	13,25	0,50	▢
4	Imbalan atas Aset Tetap (Return on Fixed Asset)	2,37	1	(0,01)	0	▼
5	Imbalan Ekuitas (Return on Equity)	0,04	0,6	(0,02)	0	▼
B	Kinerja Memenuhi Seluruh Kewajiban Jangka Pendeknya		3		2,5	▼
1	Rasio Kas (Cash Ratio)	1,60	2	1,02	2	▢
2	Rasio Lancar (Current Ratio)	2,79	1	1,54	0,50	▼
C	Kinerja Memenuhi Seluruh Kewajiban		4		4	▢
1	Rasio Kewajiban terhadap Aset	0,04	2	0,06	2	▢
2	Rasio Kewajiban terhadap Ekuitas	0,07	2	0,06	2	▢
D	Kinerja Kemampuan Penerimaan Dari Jasa Layanan Untuk Membiayai Pengeluaran		4		4	▢
1	Rasio Pendapatan BLUD non APBD - LO terhadap Biaya Operasional / Cost Recovery Rate	0,91	2	0,84	2	▢
2	Kemampuan PKM dalam memperoleh pendapatan secara mandiri	=	2	=	2	▢
Total Perspektif keuangan			18,1		15	▼

Dari 11 indikator pada perspektif keuangan secara garis besar kinerja organisasi / kinerja BLUD pada Rumah Sakit Umum Daerah Dr Soedirman Kebumen mencapai Total skor 15 atau mencapai 15 % dari yang seharusnya nilai skor 20 atau 20 % dari total kinerja BLUD. Hal ini menunjukkan bahwa kinerja keuangan pada RSUD dr Soedirman masih kurang baik, salah satunya karena pendapatan BLUD belum seluruhnya mampu untuk membiayai belanja, walaupun demikian RSUD dr Soedirman tetap mengutamakan pada kinerja pelayanan untuk masyarakat, dengan terus mengembangkan mutu pelayanan. Langkah-langkah segera yang dilakukan RSUD Dr Soedirman agar keuangan BLUD menjadi sehat yaitu dengan melakukan praktek bisnis yang sehat antara lain : (1) melakukan efisiensi secara ketat tanpa mengurangi kinerja pelayanan, (2) meningkatkan efektifitas dengan mempertahankan mutu, (3) melakukan monitor terhadap perputaran persediaan, (4) memastikan rasio kas dalam mengukur kemampuan BLUD membayar kewajiban jangka pendeknya, dan lain sebagainya dengan tetap menjunjung tinggi nilai-nilai komitmen yang telah menjadi Visi pada RSUD dr. Soedirman Kebumen.

BAB IV

PENUTUP

4.1. Tinjauan Umum Capaian Kinerja

Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen Tahun 2024 ini merupakan bentuk Pertanggung jawaban Pelaksanaan Anggaran dan Kegiatan Tahun Anggaran 2024 dan sebagai tindak lanjut dari Peraturan Bupati No 60 Tahun 2017 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah. Indikator Kinerja Utama RSUD dr Soedirman Kebumen sesuai dengan Rencana Strategis RSUD dr Soedirman Kebumen tahun 2021-2026 adalah Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM), Persentase Indikator SPM, Persentase tercapainya indikator sasaran keselamatan pasien, BOR (Bed Occupancy Rate), ALOS/AvLOS (Average Long Of Stay), TOI (Turn Over Internal), BTO (Bed Turn Over), NDR (Net Death Rate), GDR (Gross Death Rate), Cost Recovery Rate (CRR), Persentase penilaian standar SNARS yang memenuhi standar, Persentase nilai indikator pelayanan rawat inap rumah sakit yang sesuai standar Kemenkes, Persentase Elemen Akreditasi RS pendidikan yang memenuhi standar dan Persentase implementasi modul SIM RS yang terintegrasi (modul). Dari 14 Indikator Kinerja Utama RSUD dr Soedirman Kebumen terdapat 5 indikator yang mencapai target dengan capaian total Indikator Kinerja Utama sebesar 35,71%.

Tahun 2024 RSUD dr Soedirman Kebumen menetapkan pendapatan pada APBD Perubahan sebesar Rp 127.951.663.000,- naik Rp 5.195.407.000, dari target pendapatan murni, dengan realisasinya mencapai Rp 136.485.507.838,- (106, 67 %). Sedangkan dalam pelaksanaan Anggaran Belanja Badan Layanan Umum Daerah Tahun 2024 sebesar Rp 148.984.060.000,- dan terealisasi sebesar Rp 145.883.431.355,- (97,92%) sampai dengan bulan Desember.

Rencana Kinerja Tahunan RSUD dr. Soedirman Kebumen di tahun 2025 merencanakan kegiatan-kegiatan di tahun 2025 antara lain Pemenuhan sarana prasarana menuju RS kelas B, Pemenuhan Program Layanan Prioritas KJSU (Kanker, Jantung, Stroke dan Uro-Nefrologi), Pemenuhan sarana prasarana persiapan KRIS (Kelas Rawat Inap Standar), Pembukaan layanan baru (layanan

Cathlab, layanan Onkologi), Peningkatan dan pemeliharaan peralatan sistem informasi kesehatan dan pengolahan data SIMRS terintegrasi, Pengadaan Alat-alat Kesehatan Rumah Sakit sesuai rencana. Sedangkan Kegiatan BLUD RSUD Dr. Soedirman Kabupaten Kebumen dengan indikator Terlayannya Pelayanan Kesehatan yang bermutu di RSUD Dr. Soedirman Kabupaten Kebumen.

4.2. Permasalahan/Kendala

Dalam mencapai keberhasilan tersebut, RSUD Dr. Soedirman Kabupaten Kebumen mengalami beberapa hambatan/kendala antara lain Pelayanan yang mengacu standar akreditasi belum menjadi budaya, Sistem rujukan dan jejaring RS belum berjalan secara optimal, Implementasi regulasi mutu pelayanan RS sesuai akreditasi SNARS belum optimal, Efisiensi pengeluaran belanja RS belum optimal dan Belum optimalnya ketersediaan dan kelengkapan sarana prasarana pelayanan kesehatan.

4.3. Strategi Peningkatan Kinerja di Masa Datang

Dalam mengantisipasi terjadi kendala/masalah tersebut, maka RSUD Dr. Soedirman Kebumen melakukan evaluasi dan mencari solusi/pemecahan masalah secara efektif dan efisien. Dengan demikian, diharapkan kendala-kendala yang ada di RSUD Dr. Soedirman Kabupaten Kebumen dapat diselesaikan dengan komprehensif dan tepat guna. Strategi yang dilakukan antara lain

1. Meningkatkan kualitas SDM
 - a. Pelatihan service excelent secara berkala untuk seluruh karyawan.
 - b. Peningkatan reliability (kehandalan) SDM kesehatan medis dan paramedis melalui pelatihan-pelatihan teknis berkala seperti ACLS, BTCLS dll.
 - c. Penerapan reward dan punishment untuk kinerja karyawan melalui pemilihan karyawan teladan pada setiap bagian dan penyusunan serta penerapan aplikasi absensi dan kinerja berbasis android
2. Meningkatkan tangible (bukti fisik) pelayanan dengan peningkatan prasarana dan sarana kesehatan.
 - a. Pelaksanaan SIMRS terintegrasi

- b. Rehabilitasi Ruang Onkologi, OK Mayor, Cathlab dan ICVCU
- 3. Inovasi pelayanan untuk meningkatkan kenyamanan dan loyalitas pasien.
 - a. Layanan hantaran obat (bekerjasama dengan PT.Pos Indonesia)
 - b. Layanan keuangan berbasis EDC dan mobile banking
 - c. Layanan gratis mobil jemput antar pasien
 - d. Layanan Telemedicine
 - e. Modernisasi sistem dan promosi kesehatan RS

Dengan tersusunnya LKjIP Tahun 2024 dapat digunakan sebagai media untuk proses evaluasi RSUD dr. Soedirman Kebumen dan meningkatkannya kinerja guna mendukung program-program Pemerintah Kabupaten Kebumen. Akan tetapi, dalam proses penyusunan LKjIP Tahun 2024, pengumpulan data kinerja ternyata bukan merupakan hal yang mudah, disamping harus mengolah sistem data kinerja yang ada di masing-masing bidang dan bagian, faktor penentu lainnya adalah keterbatasan sumber daya manusia dalam mengelola data tersebut. Dengan pembuatan LKjIP dapat menjadi umpan balik yang berguna bagi pengembangan sistem akuntabilitas kinerja dan peningkatan kinerja RSUD dr. Soedirman Kebumen, serta dapat memenuhi RSUD dr. Soedirman dalam mempertanggungjawabkan amanah yang diberikan instansi atasan sebagai upaya menyelenggarakan urusan pelayanan kesehatan melingkupi upaya penyembuhan, pemulihan serta turut berperan dalam upaya pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan. Dengan kondisi ini, diharapkan dapat memicu untuk terus melaksanakan dan meningkatkan beberapa program unggulan di RSUD dr. Soedirman dengan Penerapan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) secara penuh

Kebumen, 31 Januari 2025

Direktur
RSUD dr Soedirman Kebumen

dr. H. ARIF KOMEDI, M.Sc
NIP. 196801272002121002

LAMPIRAN

Lampiran 1. Perjanjian Kinerja



PEMERINTAH KABUPATEN KEBUMEN
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK DAN
KELUARGA BERENCANA

RSUD Dr. SOEDIRMAN

Jl. Kebumen Raya No. 232 Muktisari Kebumen Telpn : (0287) 3873318

Faxs : (0287) 385274 Email : rsud@kebumenkab.go.id

Website : <https://rsuddrsoedirman.kebumenkab.go.id> Kode Pos 54351

PERJANJIAN KINERJA PERUBAHAN BLUD RSUD Dr. SOEDIRMAN
TAHUN ANGGARAN 2024

Dalam rangka mewujudkan manajemen pemerintahan yang efektif, transparan dan akuntabel serta berorientasi pada hasil, kami yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : dr. H. Arif Komedi, M. Sc
Jabatan : Direktur Unit Pelaksana Teknis Rumah Sakit Umum Daerah
Dr. Soedirman

Selanjutnya disebut Pihak Pertama

Nama : H. ARIF SUGIYANTO, S.H.,M.H.
Jabatan : Bupati Kebumen

Selaku atasan langsung Pihak Pertama, selanjutnya disebut Pihak Kedua

Pihak Pertama berjanji akan mewujudkan target kinerja yang seharusnya sesuai lampiran perjanjian ini, dalam rangka mencapai target kinerja jangka menengah seperti yang telah ditetapkan dalam dokumen perencanaan. Keberhasilan dan kegagalan pencapaian target kinerja tersebut menjadi tanggung jawab kami.

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

Kebumen, 01 Agustus 2024

Pihak Kedua,

Pimpinan Langsung Pihak
Pertama

Pihak Pertama,



Dokumen ini ditandatangani
secara elektronik

Arif Sugiyanto



Dokumen ini ditandatangani
secara elektronik

dr. Iwan Danardono, Sp.Rad,M.M.R
NIP. 19680321 199903 1 006



Dokumen ini ditandatangani
secara elektronik

dr. H. Arif Komedi, M. Sc
NIP. 19680127 200212 1 002



Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara

LAPORAN KINERJA INSTANSI PEMERINTAH

PEMERINTAH KABUPATEN KEBUMEN DINAS KESEHATAN PPKB KABUPATEN KEBUMEN RINGKASAN PERJANJIAN KINERJA PERUBAHAN BLUD RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOEDIRMAN TAHUN ANGGARAN 2024

No.	Tujuan dan Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Satuan	Target Sebelum Perubahan	Target Setelah Perubahan	Triwulan			
						I	II	III	IV
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
	Tujuan 1:								
1	Tercapainya Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	Prosentase Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	%	100	100	28	29	29	14
1.1	Sasaran : Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD								

No.	Program	Anggaran Mumi	Anggaran Sesudah Perubahan	Keterangan
1.	Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	Rp. 140.379.893.000,-	Rp. 148.984.060.000,-	BLUD

Pimpinan Langsung Pihak Pertama,

Kebumen, 01 Agustus 2024
Pihak Pertama,



Dokumen ini ditandatangani secara elektronik

dr. Iwan Danardono, Sp.Rad,M.M.R
NIP. 19680321 199903 1 006



Dokumen ini ditandatangani secara elektronik

dr. H. Arif Komedi, M. Sc
NIP. 19680127 200212 1 002

Pihak Kedua



Dokumen ini ditandatangani secara elektronik

Arif Sugiyanto



Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara

LAPORAN KINERJA INSTANSI PEMERINTAH

PEMERINTAH KABUPATEN KEBUMEN DINAS KESEHATAN PPKB KABUPATEN KEBUMEN RINCIAN PERJANJIAN KINERJA PERUBAHAN BLUD RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOEDIRMAN TAHUN ANGGARAN 2024

No	PERSPEKTIF/ ASPEK/ SUB ASPEK/ PROGRAM/ KEGIATAN/ SUB KEGIATAN/ AKTIFITAS LAIN	INDIKATOR KINERJA	SATUAN	TARGET SEBELUM PERUBAHAN	TARGET SESUDAH PERUBAHAN
1.	KINERJA PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN				
1.1.	KINERJA ASPEK PELAYANAN				
1.1.1	Sub Aspek Pertumbuhan dan Pembelajaran		Skor	20	20
		1. Kecukupan Sumber Daya Manusia	skor	2	2
		2. Rata-rata jam pelatihan SDM BLUD	skor	3	3
		3. Pelatihan 20 Jam Per Pegawai	skor	2,5	2,5
		4. Petugas Layanan Gawat Darurat Bersertifikat (PGD)	skor	1	1
		5. Program <i>Reward and Punishment</i>	skor	1,5	1,5
		6. Kecukupan Sarana Medis	skor	2	2
		7. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	skor	2	2
		8. Pengembangan SIM RS	skor	1	1
		9. Pelayanan Administrasi Manajemen	skor	3,5	3,5
		10. Kenaikan Pendapatan RSD per Pegawai	skor	1,5	1,5
2.	KINERJA PERSPEKTIF PROSES LAYANAN INTERNAL				
2.1.	KINERJA ASPEK PELAYANAN				
2.1.1	Kinerja Sub Aspek Pertumbuhan Produktivitas		Skor	12	12
		1. Pertumbuhan Kunjungan Rawat Jalan	skor	3	3
		2. Pertumbuhan Rata-Rata	skor	2	



Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara

LAPORAN KINERJA INSTANSI PEMERINTAH

		Kunjungan Gawat Darurat			2
		3. Pertumbuhan Kunjungan Rawat Inap	skor	2	2
		4. Pertumbuhan Pemeriksaan Radiologi	skor	1	1
		5. Pertumbuhan Pemeriksaan Laboratorium	skor	2	2
		6. Pertumbuhan Operasi	skor	1	1
		7. Pertumbuhan Rehab Medik	skor	1	1
2.1.2	Kinerja Sub Aspek Efektivitas Pelayanan		Skor	18	18
		1. Kelengkapan Rekam Medik 24 Jam Selesai Pelayanan	Skor	2	2
		2. Pengembalian Rekam Medik	Skor	2	2
		3. Angka Pembatalan Operasi	Skor	2	2
		4. Angka Kegagalan Hasil Radiologi	Skor	2	2
		5. Penulisan Resep Sesuai Formularium/ Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	Skor	2	2
		6. Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium	Skor	2	2
		7. <i>Bed Occupancy Rate</i> (BOR)	Skor	2	2
		8. Waktu Tunggu Hasil Laboratorium Kritis/ Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	Skor	1	1
		9. Waktu Tunggu Rawat Jalan	Skor	1	1
		10. Waktu Tanggap Darurat di IGD	Skor	1	1
		11. <i>Net Death Rate</i>	Skor	1	1
3.	KINERJA PERSPEKTIF PELANGGAN				
3.1.	KINERJA ASPEK MUTU DAN MANFAAT BAGI MASYARAKAT				
3.1.1	Sub Aspek Mutu Layanan		Skor	16	16
		1. <i>Emergency Response Time Rate</i>	Skor	1	1
		2. Waktu Tunggu di Rawat Jalan	Skor	1	1
		3. <i>Length of Stay</i>	Skor	1	1
		4. Kecepatan Pelayanan	Skor	1	1



Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara

LAPORAN KINERJA INSTANSI PEMERINTAH

		Resep Obat Jadi			
		5. Waktu Tunggu Sebelum Operasi/ Penundaan Operasi Elektif	Skor	1	1
		6. Waktu Tunggu Hasil Laboratorium	Skor	1	1
		7. Waktu Tunggu Hasil Radiologi	Skor	1	1
		8. Rujukan Keluar Rawat Inap	Skor	1	1
		9. Retensi Pelanggan Rawat Jalan	Skor	1	1
		10. Pasien Pulang Paksa (Pulang Atas Permintaan Sendiri)	Skor	1	1
		11. Kepatuhan Kebersihan Tangan	Skor	1	1
		12. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri	Skor	1	1
		13. Kepatuhan identifikasi pasien	Skor	1	1
		14. Waktu tanggap operasi seksio caesaria emergensi	Skor	1	1
		15. Kepatuhan waktu visite dokter	Skor	1	1
		16. Kepatuhan terhadap alur klinis (<i>clinical pathway</i>)	Skor	1	1
3.1.2	Sub Aspek Mutu Klinik		Skor	6	6
		1. Angka Kematian di Gawat Darurat	Skor	1	1
		2. Angka Kematian/ Kebutaan > 48 Jam	Skor	1	1
		3. <i>Post Operative Death Rate</i>	Skor	1	1
		4. Angka Infeksi Nosokomial Dekubitus	Skor	0,5	0,5
		5. Angka Infeksi Nosokomial Phlebitis	Skor	0,5	0,5
		6. Angka Infeksi Nosokomial Saluran Kemih	Skor	0,5	0,5
		7. Angka Infeksi Nosokomial Luka Operasi	Skor	0,5	0,5
		8. Angka Kematian Ibu di Rumah Sakit	Skor	1	1
3.1.3	Sub Aspek Kepedulian pada Masyarakat dan Pelanggan		Skor	6	6
		1. Rasio Tempat Tidur Kelas III	Skor	1	1



Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara

LAPORAN KINERJA INSTANSI PEMERINTAH

		(RTT)			
		2. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain	Skor	1	1
		3. Kepuasan Pasien	Skor	1	1
		4. Pembinaan Kepada Puskesmas dan Sarana Kesehatan Lain	Skor	1	1
		5. Penyuluhan Kesehatan	Skor	1	1
		6. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	Skor	1	1
3.1.4	Sub Aspek Kepedulian terhadap Lingkungan		Skor	1	1
		1. Pengelolaan Baku Mutu Limbah Cair	Skor	1	1
3.1.5	Sub Aspek Akreditasi		Skor	1	1
	SKOR KINERJA NON KEUANGAN			80	80
4.	KINERJA DARI PERSPEKTIF KEUANGAN				
4.1	KINERJA ASPEK KEUANGAN				
4.1.1	Kinerja Sub Aspek Perolehan hasil usaha atau hasil kerja dari layanan yang diberikan		Skor	8	8
		1. Periode Penagihan Piutang (<i>Collection Period</i>)	Skor	2	2
		2. Perputaran Aset Tetap (<i>Fixed Asset Turnover</i>)	Skor	2	2
		3. Perputaran Persediaan (<i>Inventory</i>)	Skor	2	2
		4. Imbalan Atas Aset Tetap (<i>Return on Fixed Asset</i>)	Skor	1	1
		5. Imbalan Ekuitas (<i>Return on Equity</i>)	Skor	1	1
4.1.2	Kinerja Sub Aspek Pemenuhan kewajiban jangka pendeknya		skor	4	4
		1. Rasio Kas (<i>Cash Ratio</i>)	skor	2	2
		2. Rasio Lancar (<i>Current Ratic</i>)	skor	2	2
4.1.3	Kinerja Sub Aspek Pemenuhan seluruh		Skor	4	4



Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara

LAPORAN KINERJA INSTANSI PEMERINTAH

	kewajibannya				
		1. Rasio Kewajiban Terhadap Aset	skor	2	2
		2. Rasio Kewajiban Terhadap Ekuitas	Skor	2	2
4.1.4	Kinerja Sub Aspek Kemampuan Penerimaan dari jasa layanan untuk membiayai pengeluaran		Skor	4	4
		1. Rasio Pendapatan BLUD non APBD-LO terhadap Biaya Operasional / <i>Cost Recovery Rate</i>	Skor	2	2
		2. Porsi Pendapatan APBD-LO dibandingkan Pendapatan non APBD - LO	Skor	2	2
	SKOR KINERJA KEUANGAN		Skor	20	20
	TOTAL SKOR KINERJA NON KEUANGAN DAN KEUANGAN		Skor	100	100

Pimpinan Langsung Pihak Pertama,

Kebumen, 01 Agustus 2024
Pihak Pertama,



Dokumen ini ditandatangani secara elektronik

dr. Iwan Danardono, Sp.Rad,M.M.R
NIP. 19680321 199903 1 006



Dokumen ini ditandatangani secara elektronik

dr. H. Arif Komedi, M. Sc
NIP. 19680127 200212 1 002

Pihak Kedua



Dokumen ini ditandatangani secara elektronik

Arif Sugiyanto



Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara

Perjanjian Kinerja Perubahan tahun 2024 pada link berikut:

<https://drive.google.com/drive/folders/1RluYOGxyVbQXG6T3bEl6QzgRIFhE5D6e?usp=sharing>

**LAPORAN KINERJA
INSTANSI PEMERINTAH**

Lampiran 2. Anggaran Pendapatan dan Belanja 2024

NO	Uraian	Sebelum Perubahan	Sesudah Perubahan
1	2	3	4
1	PENDAPATAN BLUD	122.756.256.000,00	127.951.663.000,00
1.1	JASA LAYANAN	120.381.000.000,00	125.837.425.000,00
1.1.1	Jasa Layanan Bidang Kesehatan	120.381.000.000,00	125.837.425.000,00
1.2	HASIL KERJA SAMA	182.200.000,00	218.178.000,00
1.2.1	Hasil Kerja Sama	182.200.000,00	218.178.000,00
1.3	LAIN-LAIN PENDAPATAN BLUD YANG SAH	2.193.056.000,00	1.896.060.000,00
1.3.1	Jasa Giro/Bunga	1.359.556.000,00	1.359.556.000,00
1.3.2	Pendapatan Lain - Lain	833.000.000,00	527.572.000,00
1.3.3	Pendapatan Denda Keterlambatan Jasa Layanan	500.000,00	8.932.000,00
	JUMLAH PENDAPATAN	122.756.256.000,00	127.951.663.000,00
2	BELANJA	140.379.893.000,00	148.984.060.000,00
2.1	BELANJA OPERASI	131.641.865.000,00	142.182.077.000,00
2.1.1	Belanja Pegawai	39.915.000,00	37.423.000,00
2.1.2	Belanja Barang dan Jasa	131.601.950.000,00	142.144.654.000,00
2.2	BELANJA MODAL	8.738.028.000,00	6.801.983.000,00
2.2.1	Belanja Modal Peralatan dan Mesin Belanja	5.588.028.000,00	4.337.363.000,00
2.2.2	Modal Gedung dan Bangunan Belanja Modal	1.464.620.000,00	1.464.620.000,00
2.2.3	Jalan, Jaringan, dan Irigasi	1.685.380.000,00	1.000.000.000,00
	JUMLAH BELANJA	140.379.893.000,00	148.984.060.000,00
	SURPLUS/DEFISIT	(17.623.637.000,00)	(21.032.397.000,00)
3	PEMBIAYAAN DAERAH	17.623.637.000,00	21.032.397.000,00
3.1	PENERIMAAN PEMBIAYAAN	20.000.000.000,00	23.408.760.000,00
3.1.1	Sisa Lebih Perhitungan Anggaran Tahun Sebelumnya	20.000.000.000,00	23.408.760.000,00
3.2	PENGELUARAN PEMBIAYAAN	2.376.363.000,00	2.376.363.000,00
3.2.1	Penyetoran Kas BLUD Ke Kas Daerah	2.376.363.000,00	2.376.363.000,00
	PEMBIAYAAN NETTO	17.623.637.000,00	21.032.397.000,00
	Sisa Lebih/Kurang Pembiayaan Anggaran Tahun Berkenaan (SILPA/SIKPA)	-	-

Lampiran 3. Anggaran dan Realisasi Belanja 2024

TARGET, REALISASI FISIK DAN KEUANGAN KEGIATAN PERANGKAT DAERAH RSUD DR. SOEDIRMAN
TAHUN ANGGARAN 2024
BULAN DESEMBER

KODE	NAMA KEGIATAN	JUMLAH ANGGARAN	SUMBER DANA	TARGET S/D BULAN INI			REALISASI KEUANGAN				REALISASI FISIK S/D BULAN INI	DEVIASI	
				KEUANGAN		FISIK	SPJ					KEU SPJ	FISIK
							S/D BULAN LALU	BULAN INI	S/D BULAN INI				
pro / keg / sub		(Rp)		(Rp)	(%)	(%)	(Rp)	(Rp)	(Rp)	(%)	(%)	(%)	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1.02.01	PROGRAM PENUNJANG URUSAN PEMERINTAHAN DAERAH KABUPATEN/KOTA	148.984.060.000		148.984.060.000	100,00	100,00	132.278.106.339	13.624.095.451	145.902.201.790	97,93	100,00	2,07	0,00
1.02.01.2.10	Peningkatan Pelayanan BLUD	148.984.060.000		148.984.060.000	100,00	100,00	132.278.106.339	13.624.095.451	145.902.201.790	97,93	100,00	2,07	0,00
1.02.01.2.10.0001	Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	148.984.060.000	BLUD	148.984.060.000	100,00	100,00	132.278.106.339	13.624.095.451	145.902.201.790	97,93	100,00	2,07	0,00
JUMLAH		148.984.060.000		148.984.060.000	100,00	100,00	132.278.106.339	13.624.095.451	145.902.201.790	97,93	100,00	2,07	0,00

Lampiran 4. Prestasi yang telah dicapai Tingkat Provinsi atau Nasional
a. Akreditasi Paripurna



b. Karyawan Teladan





Lampiran 5. SOP Pengukuran Kinerja dan Pengumpulan Data Kinerja



PEMERINTAH KABUPATEN KEBUMEN
RSUD DR SOEDIRMAN KEBUMEN
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)
PENGUKURAN KINERJA DAN PENGUMPULAN DATA KINERJA



Jln Kebumen Raya Nomor 232 Muktisari Kebumen
Telp. (0287) 381101, 3873318, Fax. (0287) 385274
Laman : <https://rsudrsoedirman.kebumenkab.go.id>
Pos-el : rsud@kebumenkab.go.id

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pengambilan keputusan haruslah didasarkan pada fakta dan bukan hanya mengandalkan pada institusi saja. Fakta tersebut dihasilkan sebagai hasil analisis data menjadi suatu informasi. Data merupakan suatu objek yang terdokumentasikan dan terstruktur, sedangkan informasi merupakan hasil dari pengolahan data. Data dan informasi dapat diperoleh melalui survey, wawancara, observasi, dan eksperimen ataupun didapat dari penelitian yang telah dilakukan sebelumnya oleh pihak lain. Informasi dan analisis menjadi dasar bagi sistem manajemen kinerja organisasi. Keberhasilan knowledge management di suatu organisasi sangat tergantung kepada ketersediaan data dan informasi yang handal, relevan dan lengkap.

Suatu organisasi yang berkinerja baik dapat dilihat dari keterkaitan dengan visi, misi, dan nilai-nilai yang di yakini dalam membangun setiap pondasi yang kuat. Kinerja adalah kemampuan kerja yang ditunjukkan dengan hasil kerja. Kinerja organisasi hendaknya merupakan hasil yang dapat diukur dan menggambarkan kondisi empirik suatu organisasi dari berbagai ukuran yang disepakati. Semakin tinggi kinerja suatu organisasi, maka semakin tinggi tingkat pencapaian tujuan organisasi.

Agar data pencapaian kinerja di Rumah Sakit Umum Daerah dr Soedirman Kebumen dapat diukur dan disampaikan dengan benar, tepat waktu dan bertanggungjawab, maka diperlukan suatu Standar Operasional Prosedur (SOP) Pengumpulan Data dan Pengukuran Rumah Sakit Umum Daerah dr Soedirman Kebumen.

B. Tujuan

Pengumpulan data dan pengukuran kinerja Rumah Sakit Umum Daerah dr Soedirman Kebumen dilakukan secara berkala setiap triwulan dalam satu tahun, bertujuan untuk :

1. Mengumpulkan data realisasi capaian indikator kinerja pada jenjang program dan kegiatan sampai ke jenjang Indikator Kinerja Utama (IKU).

2. Melakukan analisis capaian kinerja dengan mengacu pada target di Penetapan Kinerja.
3. Melakukan koordinasi hasil evaluasi dan analisis capaian Indikator Kinerja Utama (IKU) dan menyusun rencana aksi pencapaian kinerja pada tahap selanjutnya.

C. Ruang Lingkup

Ruang lingkup Standar Operasional Prosedur Pengumpulan Data dan Pengukuran Kinerja memuat ketentuan mengenai :

1. Data Kinerja IKU dan IKK yang dikumpulkan.
2. Metodologi pelaksanaan pemantauan/monitoring kinerja, kemudian dilakukan evaluasi kinerja yang disertai dengan pengukuran dan pelaporan kinerja.
3. Tindaklanjut dari hasil evaluasi kinerja.

D. Dasar Hukum

1. Undang-Undang Nomor 25 tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional.
2. Peraturan Pemerintah Nomor 20 Tahun 2004 tentang Rencana Kerja Pemerintah.
3. Peraturan Pemerintah Nomor 39 Tahun 2006 tentang Tata Cara Pengendalian dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan.
4. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Tata Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah.
5. Peraturan Presiden Nomor 29 tahun 2015 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.
6. Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor PER/09/M.PAN/5/2007 tentang pedoman Umum Indikator Kinerja Utama di lingkungan Instansi Pemerintah.
7. Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.
8. Peraturan Bupati Kabupaten Kebumen Nomor 13 Tahun 2023 tentang Pedoman Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah Daerah di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Kebumen

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR

A. Definisi

1. **Pemantauan (*Monitoring*)** adalah kegiatan pemantauan yang dilakukan untuk memastikan apakah input atau sumberdaya yang tersedia telah optimal dimanfaatkan dan apakah kegiatan yang dilaksanakan telah menghasilkan *output, outcome, benefit* dan *impact* yang diharapkan;
2. **Evaluasi** adalah kegiatan untuk menilai efisiensi dan efektifitas suatu kegiatan dengan menggunakan indikator - indikator tujuan yang telah ditetapkan. Evaluasi ini dilakukan secara sistematis dan obyektif serta terdiri dari evaluasi sebelum kegiatan dimulai, saat kegiatan berlangsung, dan sesudah kegiatan selesai;
3. **Indikator** adalah ukuran keberhasilan yang akan dicapai dari program dan kegiatan yang telah direncanakan atau sasaran yang akan dicapai;
4. **Indikator Kinerja** adalah ukuran kuantitatif dan kualitatif yang menggambarkan keberhasilan yang akan dicapai dari program dan kegiatan yang telah direncanakan atau sasaran yang akan dicapai;
5. **Indikator Kinerja Utama (IKU)** adalah ukuran keberhasilan suatu tujuan dan sasaran strategis organisasi di tingkat Kementerian;
6. **Pengukuran Kinerja** adalah suatu metode untuk menilai dan mengukur tingkat kemajuan kinerja instansi/ unit kerja dengan membandingkan antara target yang telah ditetapkan dengan realisasi kinerja;
7. **Pelaporan Data Kinerja** adalah salah satu bentuk media penyampaian informasi hasil capaian kinerja dari pelaksanaan program dan atau kegiatan dan tingkat keberhasilannya suatu pembangunan.

B. Persyaratan Umum

1. Perjanjian Kinerja.
2. Form Evaluasi Kinerja.

C. Kriteria Keberhasilan

Apabila capaian kinerja telah memenuhi/melebihi target yang telah ditetapkan dalam perjanjian kinerja.

D. Dokumen Pelengkap

1. Renstra
2. Perjanjian Kinerja
3. Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKJIP)
4. Kuesioner Kepuasan Pelanggan
5. Dokumen hasil penilaian SAKIP

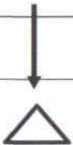
 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PROSEDUR PENGUKURAN KINERJA		
	No. Dokumen 000.8.3.3/107/SPO/2024	No. Revisi 1	Halaman 1/2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 18 Juli 2024	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Ari Komedi, M. Sc Pembina Tingkat I NIP. 19680127 200212 1 002	
PENGERTIAN	adalah suatu metode untuk menilai dan mengukur tingkat kemajuan kinerja instansi/ unit kerja dengan membandingkan antara target yang telah ditetapkan dengan realisasi kinerja		
TUJUAN	Memperoleh data pengukuran kinerja di Rumah Sakit Umum Daerah dr Soedirman Kebumen		
KEBIJAKAN	1. Peraturan Presiden Nomor 29 tahun 2015 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah. 2. Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah. 3. Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 12 Tahun 2015 tentang Pedoman Evaluasi atas Implementasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah. 4. Peraturan Bupati Kabupaten Kebumen Nomor 13 Tahun 2023 tentang Pedoman Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah Daerah di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Kebumen		
PROSEDUR	1. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr Soedirman Kebumen memerintahkan Subbagian Perencanaan dan Evaluasi untuk melakukan pengukuran kinerja. 2. Subbagian Perencanaan dan Evaluasi melakukan rapat dengan Pejabat Struktural/Staf Rumah Sakit Umum Daerah dr Soedirman Kebumen untuk memberikan arahan pelaksanaan kegiatan pengukuran kinerja. 3. Subbagian Perencanaan dan Evaluasi menyusun indikator pengukuran kinerja. 4. Subbagian Perencanaan dan Evaluasi menyiapkan metodologi pengukuran capaian kinerja untuk tiap- tiap tujuan/ sasaran/ program/ kegiatan berdasarkan indikator kinerja yang SMART (Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound goals).		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PROSEDUR PENGUKURAN KINERJA		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
	000.8.3.3/107/SPO/2024	1	1/2
	5. Subbagian Perencanaan dan Evaluasi melakukan pengukuran capaian kinerja menggunakan metodologi yang telah ditetapkan. 6. Subbagian Perencanaan dan Evaluasi merekap seluruh hasil pengukuran capaian kinerja untuk tiap- tiap tujuan/ sasaran/ program/ kegiatan. 7. Subbagian Perencanaan dan Evaluasi menganalisa hasil rekapitulasi pengukuran kinerja, apabila setuju akan digunakan sebagai bahan untuk penyusunan Laporan Pengukuran Kinerja. Jika tidak maka dikembalikan untuk dilengkapi sesuai arahan. 8. Subbagian Perencanaan dan Evaluasi melaporkan data pengukuran kinerja kepada Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr Soedirman Kebumen. 9. Menyimpan data pengukuran kinerja.		
UNIT TERKAIT	Struktural Fungsional		

LAPORAN KINERJA INSTANSI PEMERINTAH

NO	URAIAN PROSEDUR PENGUKURANKINERJA	Direktur	Subbagian Perencanaan dan Evaluasi	Struktural	Staf	MUTU BAKU			
						Kelengkapan	Waktu (menit)	Output	Ket
1	Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr Soedirman Kebumen memerintahkan Subbagian Perencanaan dan Evaluasi untuk melakukan pengukuran kinerja.					Blangko Nota Dinas	5 menit	Nota Dinas	
2	Subbagian Perencanaan dan Evaluasi melakukan rapat dengan Pejabat Struktural/Staf Rumah Sakit Umum Daerah dr Soedirman Kebumen untuk memberikan arahan pelaksanaan kegiatan pengukuran kinerja.					Nota Dinas	60 menit	Notulen Rapat	
3	Subbagian Perencanaan dan Evaluasi menyusun indikator pengukuran kinerja.					Notulen Rapat	120 menit	Indikator Pengukuran Kinerja	
4	Subbagian Perencanaan dan Evaluasi menyiapkan metodologi pengukuran capaian kinerja untuk tiap- tiap tujuan/ sasaran/ program/ kegiatan berdasarkan indikator kinerja yang SMART (Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound goals).					Juknis Pengukuran Kinerja Menpan RB RENSTRA, IKU Program KerjaKegiatan	120 menit	Kertas Kerja Pengukuran Kinerja	
5	Subbagian Perencanaan dan Evaluasi melakukan pengukuran capaian kinerja menggunakan metodologi yang telah ditetapkan.					Kertas Kerja Pengukuran Kinerja, Dokumen Pengumpulan Data Kinerja	1 hari	Kertas Kerja Pengukuran Kinerja	
6	Subbagian Perencanaan dan Evaluasi merekap seluruh hasil pengukuran capaian kinerja untuk tiap- tiap tujuan/ sasaran/ program/ kegiatan.					Kertas Kerja Pengukuran Kinerja	120 menit	Rekapitulasi Hasil Pengukuran Kinerja	
7	Subbagian Perencanaan dan Evaluasi menganalisa hasil rekapitulasi pengukuran kinerja, apabila setuju akan digunakan sebagai bahan untuk penyusunan Laporan Pengukuran Kinerja. Jika tidak maka dikembalikan untuk dilengkapi sesuai arahan.					Rekapitulasi Hasil Pengumpulan Data Kinerja	30 menit	Draft Laporan Hasil Pengumpulan DataKinerja	

LAPORAN KINERJA INSTANSI PEMERINTAH

8	Subbagian Perencanaan dan Evaluasi melaporkan data pengukuran kinerja kepada Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr Soedirman Kebumen				Draft Laporan Hasil Pengukuran Data Kinerja	90 menit	Laporan Hasil Pengukuran Data Kinerja Lembar Disposisi	
9	Menyimpan data pengukuran kinerja				Laporan Hasil Pengukuran Kinerja, Lembar Disposisi	30menit	Disposisi Direktur	
					Arsip Hasil Pengukuran Kinerja			

Direktur RSUD dr Soedirman Kebumen


Dr. H. ARIF KOMEDI, M.Sc
 Pembina Tk I
 NIP. 196801272002121002

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PROSEDUR PENGUMPULAN DATA KINERJA		
	No. Dokumen 000.8.3.3/108/SPO/2024	No. Revisi 1	Halaman 1/2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 18 Juli 2024	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M. Sc</u> Pembina Tingkat I NIP. 19680127 200212 1 002	
	PENGERTIAN	Pelaporan Data Kinerja adalah salah satu bentuk media penyampaian informasi hasil capaian kinerja dari pelaksanaan program dan atau kegiatan dan tingkat keberhasilannya suatu pembangunan	
TUJUAN	Memperoleh data kinerja Rumah Sakit Umum Daerah dr Soedirman Kebumen		
KEBIJAKAN	1. Peraturan Presiden Nomor 29 tahun 2015 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah. 2. Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah. 3. Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 12 Tahun 2015 tentang Pedoman Evaluasi atas Implementasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah. 4. Peraturan Bupati Kabupaten Kebumen Nomor 13 Tahun 2023 tentang Pedoman Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah Daerah di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Kebumen		
PROSEDUR	1. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr Soedirman Kebumen memerintahkan Subbagian Perencanaan dan Evaluasi untuk melakukan pengumpulan data kinerja. 2. Subbagian Perencanaan dan Evaluasi melakukan rapat dengan Tim Pelaksana Penyusunan Laporan Kinerja Instansi Pemerintahan (LKjIP) Rumah Sakit Umum Daerah dr Soedirman Kebumen untuk membahas pelaksanaan kegiatan pengumpulan data kinerja. 3. Tim Pelaksana Penyusunan LKjIP menyusun rencana kegiatan pelaksanaan pengumpulan data kinerja. 4. Tim Pelaksana Penyusunan LKjIP mengumpulkan dokumen-dokumen yang diperlukan untuk kegiatan		

 RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PROSEDUR PENGUMPULAN DATA KINERJA		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
	000.8.3.3/108/SPO/2024	1	1/2
	pengumpulan data kinerja. 5. Tim Pelaksana Penyusunan LKjIP menyiapkan formulir pengumpulan data capaian kinerja. 6. Formulir pengumpulan data capaian kinerja di distribusikan kepada Seluruh Bidang di Rumah Sakit Umum Daerah dr Soedirman Kebumen. 7. Seluruh Bidang dengan dibantu staf mengisi formulir pengumpulan data capaian kinerja selanjutnya menyerahkan formulir yang telah diisi kepada Tim Pelaksana Penyusunan LKjIP. 8. Tim Pelaksana Penyusunan LKjIP merekap data capaian kinerja. 9. Tim Pelaksana Penyusunan LKjIP melaporkan hasil rekapitulasi data kinerja kepada Subbagian Perencanaan dan Evaluasi. 10. Subbagian Perencanaan dan Evaluasi menganalisa laporan hasil pengumpulan data kinerja, apabila setuju akan digunakan sebagai bahan untuk penyusunan Laporan Kinerja. Jika tidak maka dikembalikan untuk dilengkapi sesuai arahan. 11. Subbagian Perencanaan dan Evaluasi melaporkan data kinerja kepada Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr Soedirman Kebumen. 12. Menyimpan data kinerja.		
UNIT TERKAIT	Struktural Tim Pelaksana Penyusunan LKjIP		

LAPORAN KINERJA INSTANSI PEMERINTAH

NO	URAIAN PROSEDUR PENGUMPULAN DATA KINERJA	Direktur	Subbagian Perencanaan dan Evaluasi	Struktural/ Bidang/ Bagian	Staf	Tim Pelaksana Penyusunan LKjIP	MUTU BAKU			
							Kelengkapan	Waktu (menit)	Output	Ket
1	Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr Soedirman Kebumen memerintahkan Subbagian Perencanaan dan Evaluasi untuk melakukan pengumpulan data kinerja						Blangko Nota Dinas	5 menit	Nota Dinas	
2	Subbagian Perencanaan dan Evaluasi melakukan rapat dengan Tim Pelaksana Penyusunan Laporan Kinerja Instansi Pemerintahan (LKjIP) Rumah Sakit Umum Daerah dr Soedirman Kebumen untuk membahas pelaksanaan kegiatan pengumpulan data kinerja.						Nota Dinas	60 menit	Notulen Rapat	
3	Tim Pelaksana Penyusunan LKjIP menyusun rencana kegiatan pelaksanaan pengumpulan data kinerja.						Notulen Rapat	120 menit	Program Kerja Kegiatan	
4	Tim Pelaksana Penyusunan LKjIP mengumpulkan dokumen-dokumen yang diperlukan untuk kegiatan pengumpulan data kinerja						Program Kerja Keg. RENSTRA, IKU, Hasil Survey, Lap. Hasil Evaluasi, SAKIP Menpan RB	1 hari	Checklist Dokumen	
5	Tim Pelaksana Penyusunan LKjIP menyiapkan formulir pengumpulan data capaian kinerja.						Draft Formulir pengumpulandata capaian kinerja	120 menit	Formulir Data Capaian Kinerja	
6	Formulir pengumpulan data capaian kinerja di distribusikan kepada Seluruh Bidang di Rumah Sakit Umum Daerah dr Soedirman Kebumen						Blangko formulir pengumpulan data capaian kinerja	5 menit	Bukti Tanda Terima Formulir	
7	Seluruh Bidang dengan dibantu staf mengisi formulir pengumpulan data capaian kinerja selanjutnya menyerahkan formulir yang telah diisi kepada Tim Pelaksana Penyusunan LKjIP.						Blangko formulir pengumpulan data capaian kinerja	1 hari	Formulir pengumpulan data capaian kinerja yang sudah diisi	

LAPORAN KINERJA INSTANSI PEMERINTAH

8	Tim Pelaksana Penyusunan LKjIP merekap data capaian kinerja.					Formulir pengumpulan data capaian kinerja yang sudah diisi	120 menit	Rekapitulasi hasil pengumpulan data kinerja	
9	Tim Pelaksana Penyusunan LKjIP melaporkan hasil rekapitulasi data kinerja kepada Subbagian Perencanaan dan Evaluasi.					Rekapitulasi hasil pengumpulan data kinerja	30 menit	Draft Laporan Hasil Pengumpulan Data Kinerja	
10	Subbagian Perencanaan dan Evaluasi menganalisa laporan hasil pengumpulan data kinerja, apabila setuju akan digunakan sebagai bahan untuk penyusunan Laporan Kinerja. Jika tidak maka dikembalikan untuk dilengkapi sesuai arahan.					Draft Laporan Hasil Pengumpulan Data Kinerja	90 menit	Laporan hasil pengumpulandata kinerja	
11	Subbagian Perencanaan dan Evaluasi melaporkan data kinerja kepada Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr Soedirman Kebumen.					Laporan hasil pengumpulan data kinerja, Lembar Disposisi	30 menit	Disposisi Direktur	
12	Menyimpan data kinerja					Arsip hasil pengumpulan data kinerja			

Direktur RSUD dr Soedirman Kebumen


 Dr. H. ARIF KOMEDI, M.Sc
 Pembina Tk I
 NIP. 198601272002121002

Lampiran 6. Hasil pengukuran indikator kinerja BLUD Berdasarkan Perjanjian Kinerja Tahun 2024

Hasil pengukuran indikator kinerja BLUD Berdasarkan Perjanjian Kinerja Tahun 2024

No	PERSPEKTIF/ ASPEK/ SUB ASPEK/ PROGRAM/ KEGIATAN/ SUB KEGIATAN/ AKTIFITAS LAIN	INDIKATOR KINERJA	SATUAN	TARGET	CAPAIAN
1.	KINERJA PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN				
1.1.	KINERJA ASPEK PELAYANAN				
1.1.1	Sub Aspek Pertumbuhan dan Pembelajaran		Skor	20	17,1
		1. Kecukupan Sumber Daya Manusia	skor	2	1,2
		2. Rata-rata jam pelatihan SDM BLUD	skor	3	3
		3. Pelatihan 20 Jam Per Pegawai	skor	2,5	2,5
		4. Petugas Layanan Gawat Darurat Bersertifikat (PGD)	skor	1	1
		5. Program <i>Reward and Punishment</i>	skor	1,5	1,5
		6. Kecukupan Sarana Medis	skor	2	1
		7. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	skor	2	1,9
		8. Pengembangan SIM RS	skor	1	1
		9. Pelayanan Administrasi Manajemen	skor	3,5	3,5
		10. Kenaikan Pendapatan RSD per Pegawai	skor	1,5	0,5
2.	KINERJA PERSPEKTIF PROSES LAYANAN INTERNAL				
2.1.	KINERJA ASPEK PELAYANAN				
2.1.1	Kinerja Sub Aspek Pertumbuhan Produktivitas		Skor	12	8,3
		1. Pertumbuhan Kunjungan Rawat Jalan	skor	3	2,5
		2. Pertumbuhan Rata-Rata Kunjungan Gawat Darurat	skor	2	1,6

**LAPORAN KINERJA
INSTANSI PEMERINTAH**

		3. Pertumbuhan Kunjungan Rawat Inap	skor	2	1,6
		4. Pertumbuhan Pemeriksaan Radiologi	skor	1	0
		5. Pertumbuhan Pemeriksaan Laboratorium	skor	2	1,2
		6. Pertumbuhan Operasi	skor	1	0,6
		7. Pertumbuhan Rehab Medik	skor	1	0,8
2.1.2	Kinerja Sub Aspek Efektivitas Pelayanan		Skor	18	15,75
		1. Kelengkapan Rekam Medik 24 Jam Selesai Pelayanan	Skor	2	1,2
		2. Pengembalian Rekam Medik	Skor	2	2
		3. Angka Pembatalan Operasi	Skor	2	2
		4. Angka Kegagalan Hasil Radiologi	Skor	2	2
		5. Penulisan Resep Sesuai Formularium/ Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	Skor	2	2
		6. Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium	Skor	2	2
		7. <i>Bed Occupancy Rate</i> (BOR)	Skor	2	1,5
		8. Waktu Tunggu Hasil Laboratorium Kritis/ Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	Skor	1	0,25
		9. Waktu Tunggu Rawat Jalan	Skor	1	0,80
		10. Waktu Tanggap Darurat di IGD	Skor	1	1
		11. <i>Net Death Rate</i>	Skor	1	1
3.	KINERJA PERSPEKTIF PELANGGAN				
3.1.	KINERJA ASPEK MUTU DAN MANFAAT BAGI MASYARAKAT				
3.1.1	Sub Aspek Mutu Layanan		Skor	16	14,4
		1. <i>Emergency Response Time Rate</i>	Skor	1	0,6
		2. Waktu Tunggu di Rawat Jalan	Skor	1	1
		3. <i>Length of Stay</i>	Skor	1	1
		4. Kecepatan Pelayanan Resep Obat Jadi	Skor	1	0,4
		5. Waktu Tunggu Sebelum	Skor	1	1

**LAPORAN KINERJA
INSTANSI PEMERINTAH**

		Operasi/ Penundaan Operasi Elektif			
		6. Waktu Tunggu Hasil Laboratorium	Skor	1	1
		7. Waktu Tunggu Hasil Radiologi	Skor	1	1
		8. Rujukan Keluar Rawat Inap	Skor	1	1
		9. Retensi Pelanggan Rawat Jalan	Skor	1	1
		10. Pasien Pulang Paksa (Pulang Atas Permintaan Sendiri)	Skor	1	1
		11. Kepatuhan Kebersihan Tangan	Skor	1	1
		12. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri	Skor	1	0,6
		13. Kepatuhan identifikasi pasien	Skor	1	0,8
		14. Waktu tanggap operasi seksio caesaria emergensi	Skor	1	1
		15. Kepatuhan waktu visite dokter	Skor	1	1
		16. Kepatuhan terhadap alur klinis (<i>clinical pathway</i>)	Skor	1	1
3.1.2	Sub Aspek Mutu Klinik		Skor	6	6
		1. Angka Kematian di Gawat Darurat	Skor	1	1
		2. Angka Kematian/ Kebutaan > 48 Jam	Skor	1	1
		3. <i>Post Operative Death Rate</i>	Skor	1	1
		4. Angka Infeksi Nosokomial Dekubitus	Skor	0,5	0,5
		5. Angka Infeksi Nosokomial Phlebitis	Skor	0,5	0,5
		6. Angka Infeksi Nosokomial Saluran Kemih	Skor	0,5	0,5
		7. Angka Infeksi Nosokomial Luka Operasi	Skor	0,5	0,5
		8. Angka Kematian Ibu di Rumah Sakit	Skor	1	1
3.1.3	Sub Aspek Kepedulian pada Masyarakat dan Pelanggan		Skor	6	5,8
		1. Rasio Tempat Tidur Kelas III (RTT)	Skor	1	1
		2. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain	Skor	1	1

**LAPORAN KINERJA
INSTANSI PEMERINTAH**

		3. Kepuasan Pasien	Skor	1	1
		4. Pembinaan Kepada Puskesmas dan Sarana Kesehatan Lain	Skor	1	1
		5. Penyuluhan Kesehatan	Skor	1	1
		6. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	Skor	1	0,8
3.1.4	Sub Aspek Kepedulian terhadap Lingkungan		Skor	1	0,75
		1. Pengelolaan Baku Mutu Limbah Cair	Skor	1	0,75
3.1.5	Sub Aspek Akreditasi		Skor	1	1
	SKOR KINERJA NON KEUANGAN			80	69,1
4.	KINERJA DARI PERSPEKTIF KEUANGAN				
4.1	KINERJA ASPEK KEUANGAN				
4.1.1	Kinerja Sub Aspek Perolehan hasil usaha atau hasil kerja dari layanan yang diberikan		Skor	8	4,1
		1. Periode Penagihan Piutang (<i>Collection Period</i>)	Skor	2	1,6
		2. Perputaran Aset Tetap (<i>Fixed Asset Turnover</i>)	Skor	2	2
		3. Perputaran Persediaan (<i>Inventory</i>)	Skor	2	0,5
		4. Imbalan Atas Aset Tetap (<i>Return on Fixed Asset</i>)	Skor	1	0
		5. Imbalan Ekuitas (<i>Return on Equity</i>)	Skor	1	0
4.1.2	Kinerja Sub Aspek Pemenuhan kewajiban jangka pendeknya		skor	4	2
		1. Rasio Kas (<i>Cash Ratio</i>)	skor	2	1,5
		2. Rasio Lancar (<i>Current Ratio</i>)	skor	2	0,5
4.1.3	Kinerja Sub Aspek Pemenuhan seluruh kewajibannya		Skor	4	4
		1. Rasio Kewajiban Terhadap Aset	skor	2	2
		2. Rasio Kewajiban Terhadap Ekuitas	Skor	2	2

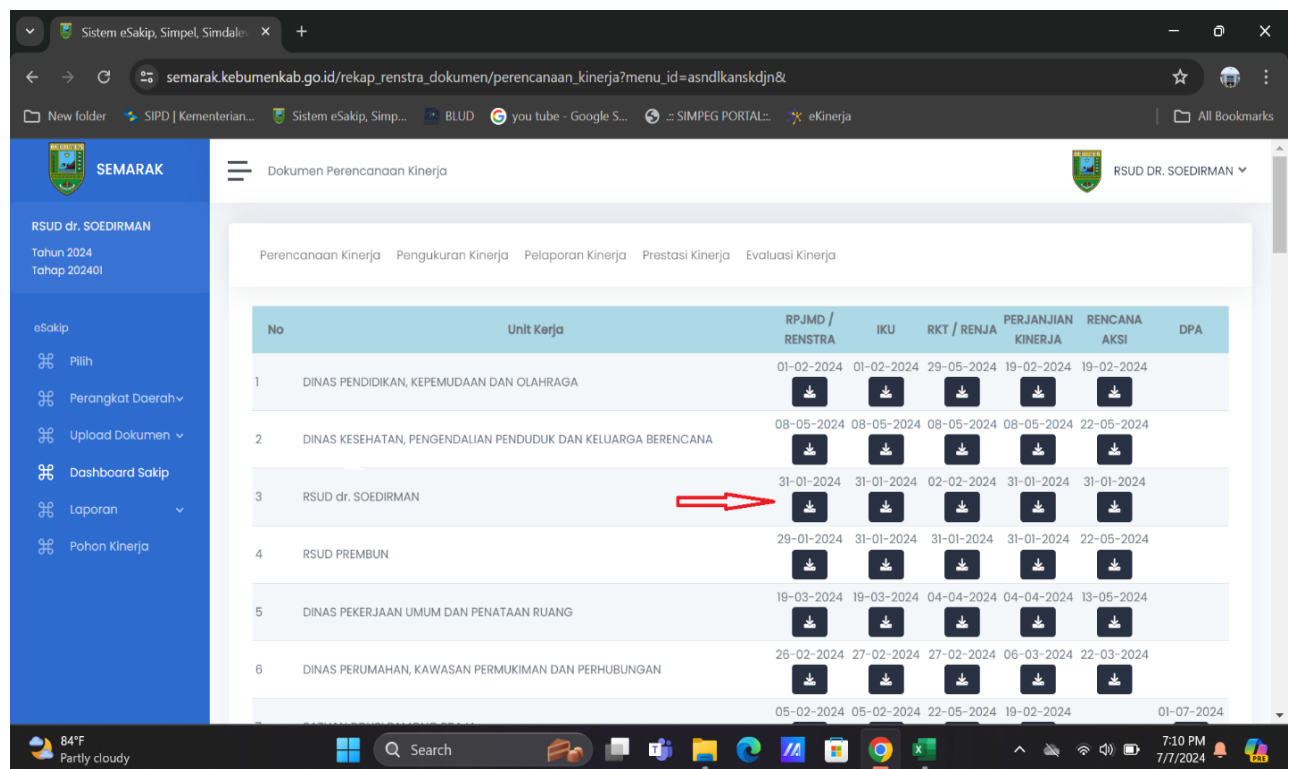
**LAPORAN KINERJA
INSTANSI PEMERINTAH**

4.1.4	Kinerja Sub Aspek Kemampuan Penerimaan dari jasa layanan untuk membiayai pengeluaran		Skor	4	4
		1. Rasio Pendapatan BLUD non APBD-LO terhadap Biaya Operasional / <i>Cost Recovery Rate</i>	Skor	2	2
		2. Porsi Pendapatan APBD-LO dibandingkan Pendapatan non APBD - LO	Skor	2	2
	SKOR KINERJA KEUANGAN		Skor	20	14,1
	TOTAL SKOR KINERJA NON KEUANGAN DAN KEUANGAN		Skor	100	83,2

LAPORAN KINERJA INSTANSI PEMERINTAH

Lampiran 7. Lampiran Tindak Lanjut Laporan Hasil Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah

1. Mempublikasikan dokumen kinerja tepat waktu



2. Mengambil langkah-langkah upaya pencapaian target yang ditetapkan dalam perencanaan kinerja dapat dicapai (achievable), menantang dan realistis

[LAPORAN CAPAIAN KINERJA BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RSUD DR SOEDIRMAN KEBUMEN TAHUN 2024](#)

[LAPORAN KETERANGAN PERTANGGUNGJAWABAN \(LKPJ\) RSUD DR SOEDIRMAN KEBUMEN TAHUN 2023](#)

3. Membuat mekanisme dan prosedur yang handal dalam rangka pengumpulan data kinerja (SOP)

[SOP PENGUKURAN KINERJA DAN PENGUMPULAN DATA KINERJA](#)

4. Melakukan pemantauan atas pengukuran capaian kinerja unit dibawahnya secara berjenjang

[LAPORAN PENGUKURAN KINERJA TW I 2024](#)
[LAPORAN PENGUKURAN KINERJA TW II 2024](#)

Kebumen 31 Januari 2025

Direktur Rumah Sakit Umum Daerah
Dr. Soedirman Kebumen



dr. H. ARIF KOMEDI, M.Sc
NIP. 196801227 2000212 1 002