



# LAPORAN KINERJA INSTANSI PEMERINTAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH AJI BATARA AGUNG DEWA SAKTI TAHUN 2024



ABADI BERSINERGI UNTUK MELAYANI



TERAKREDITASI PARIPURNA  
LARS DHP

**LAPORAN KINERJA INSTANSI PEMERINTAH**  
**TAHUN 2024**  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH AJI BATARA AGUNG DEWA SAKTI**  
**KABUPATEN KUTAI KARTANEGARA**



RUMAH SAKIT UMUM DAERAH AJI BATARA AGUNG DEWA SAKTI  
Jalan Balikpapan-Handil II, Kel. Sungai Seluang, Kec. Samboja  
Kab. Kutai Kartanegara, Kalimantan Timur  
[www.rsudabadisamboja.id](http://www.rsudabadisamboja.id)

## KATA PENGANTAR

Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Tahun 2023 merupakan bentuk akuntabilitas dari pelaksanaan tugas dan fungsi yang disusun berdasarkan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah.

Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti disusun pada akhir periode anggaran pelaksanaan program/kegiatan memiliki dua fungsi yaitu merupakan sarana untuk menyampaikan pertanggung jawaban kinerja kepada seluruh stakeholder yang berisi informasi tentang keberhasilan dan kegagalan dalam pencapaian indikator kinerja utama organisasi yang telah ditetapkan, serta sebagai sarana dan upaya untuk memperbaiki atau meningkatkan kinerja di masa yang akan datang (performance improvement). Rencana Strategis (Renstra) RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Tahun 2021-2026 dijadikan landasan dalam penyusunan dokumen LKjIP RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Tahun 2024 untuk mengukur pencapaian kinerja berdasarkan Perjanjian Kinerja Tahun 2024.

Akhir kata, kami berharap dengan adanya laporan ini dapat memperoleh umpan balik yang bermanfaat guna mewujudkan birokrasi yang bersih, akuntabel, efektif dan efisien dalam mendorong peningkatan kualitas pelayanan publik, serta Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) ini dapat menjadi media pertanggungjawaban kinerja RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti kepada pemberi mandat dan sarana perbaikan kinerja di masa yang akan datang.

Samboja, Februari 2025

**DIREKTUR  
RSUD AJI BATARA AGUNG DEWA SAKTI**

  
**Apt. ARTANTO S., S.Farm**

## IKHTISAR EKSEKUTIF

Penyusunan Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) merupakan salah satu bentuk dalam upaya menyelenggarakan pemerintahan dengan berprinsip pada pemerintahan yang baik (*good governance*). Oleh karena itu, manajemen pemerintahan yang perlu diimplementasikan adalah akuntabilitas kinerja. Akuntabilitas merupakan wujud pertanggungjawaban organisasi dalam pengelolaan sumber daya dan pelaksanaan kebijakan yang diamanahkan dalam rangka pencapaian tujuan yang telah ditetapkan melalui media pertanggungjawaban berupa laporan akuntabilitas kinerja secara periodik. Akuntabilitas kinerja setidaknya harus memuat visi, misi, tujuan, dan sasaran yang memiliki arah dan tolok ukur yang jelas atas rumusan perencanaan strategis suatu organisasi sehingga gambaran hasil yang ingin dicapai dalam bentuk sasaran dapat terukur dan dapat diujikan serta diandalkan.

Berdasarkan Peraturan Kementerian 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, suatu indikator kinerja tidak selalu menjelaskan keadaan secara keseluruhan, tetapi sering kali hanya memberi petunjuk (indikasi) tentang keadaan secara keseluruhan tersebut sebagai suatu perkiraan. Dapat dikatakan indikator bukanlah ukuran yang tetap, melainkan indikasi dari keadaan yang disepakati bersama oleh anggota organisasi yang akan dijadikan sebagai alat ukur.

Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti adalah media pertanggungjawaban atas perjanjian kinerja RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti yang memuat rencana dan capaian realisasi indikator kinerja dari sasaran strategis. Sasaran strategis dan indikator kinerja yang ingin dicapai tercantum pada Rencana Strategis (Renstra) RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Tahun 2021-2026.

Analisa dan bukti-bukti pendukung pencapaian kinerja menjadi bagian dalam penyusunan Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) ini, untuk memberikan gambaran tentang pencapaian Indikator Kinerja Utama (IKU) RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Tahun 2024, sebagai berikut:

No	Sasaran	Indikator	Satuan	Target	Realisasi	Persentase	Kriteria
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1	Meningkatkan Kinerja Tata Kelola RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti	Peringkat Penilaian Akreditasi RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti	Nilai	80,50 (Paripurna)	92,18 (Paripurna)	114,51	Sangat Tinggi
		Persentase Indikator SPM yang Mencapai Target	Persen	73,50	80,91	110,08	Sangat Tinggi
2	Mewujudkan Tingkat Kepatuhan Atas Laporan Harta Kekayaan Aparatur Negara	Tingkat Kepatuhan Penyampaian LHKPN 100% Per Tanggal 31 Maret Setiap Tahun	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
		Tingkat Kepatuhan Penyampaian SPT Tahunan 100% Per Tanggal 31 Maret Setiap Tahun	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
3	Mewujudkan Tingkat Kepatuhan Penyampaian Sasaran Kinerja Pegawai (SKP)	Tingkat Kepatuhan Penyampaian SKP 100% Paling Lambat Akhir Bulan Februari Setiap Tahun	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
4	Terlaksananya Kepatuhan Input SIRUP	Tingkat Kepatuhan Input serta Pengumuman Paket Pengadaan pada Aplikasi SIRUP per Akhir Februari Setiap Tahun	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi

No	Sasaran	Indikator	Satuan	Target	Realisasi	Persentase	Kriteria
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
5	Terlaksananya Kepatuhan Input e-Pantau	Tingkat Ketepatan Waktu Input e-Pantau dan Telah Diverifikasi 100% Per Tanggal 10 Setiap Bulan	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
6	Terlaksananya Kepatuhan Penyampaian Usulan RKBMD	Tingkat Ketepatan Waktu Penyampaian Usulan Rencana Kebutuhan Barang Milik Daerah (RKBMD) 100% Sesuai dengan Barang Milik Daerah (BMD) yang Akan Diadakan	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
7	Terlaksananya Kepatuhan Penyampaian Usulan SHS	Tingkat Ketepatan Waktu Penyampaian Usulan Standar Harga Satuan (SHS) Perangkat Daerah Paling Lambat Bulan April untuk Tahun Anggaran Berikutnya	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
8	Terlaksananya Ketepatan Waktu Penyampaian LKjIP	Tingkat Ketepatan Waktu Penyampaian Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LkjIP) Perangkat Daerah Paling Lambat Akhir Februari Setiap Tahun	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi

No	Sasaran	Indikator	Satuan	Target	Realisasi	Persentase	Kriteria
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
9	Terlaksananya Ketepatan Waktu Penyampaian Laporan Keuangan (LK) SKPD)	Tingkat Ketepatan Waktu Penyampaian Laporan Keuangan SKPD Per Tanggal 24 Januari Setiap Tahun	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
10	Terlaksananya Ketepatan Waktu Penyampaian Laporan SKM dan Laporan RTL Perangkat Daerah	Tingkat Ketepatan Waktu Penyampaian Laporan Survei Kepuasan Masyarakat (SKM) dan Laporan Rencana Tindak Lanjut (RTL) Semester I Paling Lambat Akhir Bulan Juni dan Semester II Akhir Bulan Oktober Setiap Tahun	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
11	Meningkatnya Keterlibatan Masyarakat Dalam Pelaksanaan Forum Konsultasi Publik	Menilai Pelaksanaan, Pelaporan dan Tindak Lanjut Hasil Forum Konsultasi Publik (FKP)	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
12	Menyelesaikan Tindak Lanjut Laporan Hasil Pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)	Tindak Lanjut Hasil Temuan Administrasi dan Kerugian BPK Atas Audit LKPD 5 Tahun Terakhir	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi

No	Sasaran	Indikator	Satuan	Target	Realisasi	Persentase	Kriteria
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
13	Terlaksananya Ketepatan Waktu Penyampaian Laporan SPIP	Ketepatan Waktu Penyampaian Laporan Penilaian Mandiri Penyelenggaraan SPIP Perangkat Daerah Per 30 Juni Tahun Berjalan	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
14	Penerapan Core Values ASN Berakhlak	Internalisasi Core Values ASN Berakhlak	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
15	Penyusunan Perjanjian Kinerja Sampai ke Pelaksana	Ketepatan Waktu Penyusunan dan Penyampaian Perjanjian Kinerja PD (Maksimal 1 Bulan Setelah APBD Ditetapkan)	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
16	Terlaksananya Serapan Anggaran Berdasarkan SPD yang Diterbitkan	Serapan Anggaran Berdasarkan SPD yang Terbit	Persen	70,00	90,75	129,64	Sangat Tinggi
17	Ketersediaan Dokumen Manajemen Risiko PD	Ketersediaan Dokumen Manajemen Risiko pada Perangkat Daerah Per Triwulan	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
18	Maturitas Sistem Pengendalian Intern Pemerintah (SPIP)	Nilai Maturitas SPIP pada Perangkat Daerah	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi

No	Sasaran	Indikator	Satuan	Target	Realisasi	Persentase	Kriteria
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
19	Melaksanakan Tata Kelola Arsip Perangkat Daerah	Nilai Tata Kelola Arsip Perangkat Daerah	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
20	Meningkatkan Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah	Nilai SAKIP Perangkat Daerah	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
21	Peningkatan Prestasi Inovasi	Prestasi Inovasi Perangkat Daerah	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
22	Tindak Lanjut Pengaduan SP4N Lapor	Tindak Lanjut Pengaduan SP4N Lapor	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
23	Meningkatnya Pengamanan Aset	Pengamanan Aset Tanah	Persen	75,00	100,00	133,33	Sangat Tinggi
24	Meningkatnya Tata Kelola Aset	Pakta Integritas Pemakai Aset BMD Tersedia Sesuai dengan Jumlah Pejabat Struktural, Fungsional, dan Pelaksana pada Perangkat Daerah	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
25	Menurunnya Prevalensi Stunting	Prevalensi Stunting Sesuai dengan Target Nasional	Persen	14,00	14,00	100,00	Sangat Tinggi
26	Pengarusutamaan Gender	Ketersediaan Penganggaran Pengarusutamaan Gender	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi

No	Sasaran	Indikator	Satuan	Target	Realisasi	Persentase	Kriteria
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
27	Kepatuhan Pelaporan P3DN	Persentase Tingkat Kepatuhan Pelaporan P3DN Per Tanggal 25 Setiap Bulan	Persen	40,00	40,00	100,00	Sangat Tinggi
28	Meningkatnya Kinerja Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah	Nilai LPPD	Nilai	3,6	3,6	100,00	Sangat Tinggi
29	Meningkatkan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah	Nilai SAKIP Pemerintah Daerah	Nilai	73	77,27	105,85	Sangat Tinggi
30	Meningkatkan Manajemen Birokrasi yang Efektif, Efisien, Inovatif, Akuntabel, Bersih dan Melayani	Indeks Reformasi Birokrasi Pemerintah Daerah	Nilai	64	64	100,00	Sangat Tinggi
31	Meningkatnya Inovasi Daerah	Indeks Inovasi Daerah	Nilai	49,57	58,59	118,44	Sangat Tinggi
32	Meningkatnya Kualitas Pelayanan Publik	Indeks Pelayanan Publik Pemerintah Daerah	Nilai	8,95	4,35	48,60	Sangat Rendah
33	Meningkatnya Kepatuhan Standar Pelayanan Publik	Nilai Kepatuhan Standar Pelayanan Pemerintah Daerah	Predikat	Zona Hijau	Zona Hijau	100,00	Sangat Tinggi

No	Sasaran	Indikator	Satuan	Target	Realisasi	Persentase	Kriteria
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
34	Terwujudnya Kawasan Tanpa Rokok/Vape	Kawasan Tanpa Rokok/Vape Adalah Area atau Ruang yang Dinyatakan Dilarang untuk Aktivitas Merokok atau Mempromosikan Produk Tembakau	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
35	Meningkatnya Kepuasan Masyarakat	IKM Perangkat Daerah (Aplikasi Survey Kukar)	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
36	Meningkatnya Kualitas Lingkungan Hidup	Indeks Kualitas Lingkungan Hidup	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
37	Meningkatnya Kinerja Perangkat Daerah	Capaian Indikator Kinerja Perangkat Daerah	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
38	Terlaksananya “Gerakan Etam Mengaji (GEMA)” di Perangkat Daerah	Laporan Pemetaan Kemampuan Mengaji ASN Perangkat Daerah	Laporan	1	1	100,00	Sangat Tinggi
39	Terbentuknya Unit Pengumpul Zakat (UPZ) Perangkat Daerah	SK Pembentukan UPZ Perangkat Daerah	SK	1	1	100,00	Sangat Tinggi
<b>Rata-rata</b>						<b>101,47</b>	<b>Sangat Tinggi</b>

**DAFTAR ISI**

KATA PENGANTAR .....	ii
IKHTISAR EKSEKUTIF .....	iii
DAFTAR ISI .....	xi
DAFTAR TABEL .....	xii
DAFTAR GAMBAR .....	xiv
BAB I PENDAHULUAN .....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Dasar Hukum.....	2
1.3 Uraian Singkat Organisasi.....	2
1.4 Aspek Strategis Organisasi .....	12
BAB II PERENCANAAN KINERJA DAN PERJANJIAN KINERJA .....	22
2.1 Perencanaan Strategis .....	22
2.2 Perjanjian Kinerja.....	30
2.3 Alokasi Anggaran Tahun 2023 .....	43
BAB III AKUNTABILITAS KINERJA .....	48
3.1 Capaian Kinerja .....	48
3.2 Analisis dan Evaluasi Capaian Kinerja.....	57
3.3 Kinerja Pelayanan.....	73
3.4 Kepuasan Pelanggan/Masyarakat .....	81
3.5 Kinerja Anggaran .....	83
BAB IV PENUTUP .....	98
4.1. Kesimpulan .....	98
4.2. Rekomendasi Perbaikan Kinerja.....	103

## DAFTAR TABEL

Tabel 1. Jumlah Pegawai Berdasarkan Status Kepegawaian.....	6
Tabel 2. Kompetensi Keahlian.....	7
Tabel 3. Kapasitas Tempat Tidur Rawat Inap.....	9
Tabel 4. Jumlah Kendaraan Operasional.....	11
Tabel 5. Penentuan Bobot Pada Analisa SWOT .....	15
Tabel 6. Penentuan Rating Pada Analisa SWOT .....	15
Tabel 7. Faktor Internal – Kekuatan (Strenght).....	16
Tabel 8. Faktor Internal – Kelemahan (Weaknesses) .....	17
Tabel 9. Faktor Eksternal – Peluang (Opportunities).....	18
Tabel 10. Faktor Eksternal – Tantangan (Threats) .....	19
Tabel 11. Skor Faktor Internal dan Faktor Eksternal Analisa SWOT .....	20
Tabel 12. Tujuan dan Sasaran Strategis RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Tahun 2021-2026.....	25
Tabel 13. Strategi dan Arah Kebijakan RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Tahun 2021-2026.....	27
Tabel 14. Program Prioritas Tahun 2024 .....	28
Tabel 15. Perjanjian Kinerja Tahun 2024 .....	31
Tabel 16. Alokasi Anggaran Belanja Tahun 2023.....	43
Tabel 17. Alokasi Anggaran Per Sasaran Tahun 2024 .....	44
Tabel 18. Alokasi Anggaran Per Sumber Dana .....	45
Tabel 19. Alokasi Anggaran Per Program.....	46
Tabel 20. Skala Nilai Peringkat Kinerja.....	48
Tabel 21. Capaian Kinerja RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Tahun 2024 .....	49
Tabel 22. Capaian Indikator Peringkat Penilaian Akreditasi.....	58
Tabel 23. Perbandingan Capaian Indikator Peringkat Penilaian Akreditasi Tahun 2023 Terhadap Capaian Periode Sebelumnya .....	58
Tabel 24. Perbandingan Capaian Indikator Peringkat Penilaian Akreditasi Tahun 2024 Terhadap Target Jangka Menengah.....	59
Tabel 25. Perbandingan Capaian Indikator Peringkat Penilaian Akreditasi Tahun 2024 Terhadap Standar Nasional .....	59
Tabel 26. Perbandingan Capaian Indikator Peringkat Penilaian Akreditasi Tahun 2024 Terhadap Rumah Sakit Lainnya di Kab. Kutai Kartanegara.....	59
Tabel 27. Capaian Indikator Persentase Indikator SPM yang Mencapai Target .....	62

Tabel 28. Perbandingan Capaian Indikator Persentase Indikator SPM yang Mencapai Target Tahun 2024 Terhadap Capaian Periode Sebelumnya .....	62
Tabel 29. Perbandingan Capaian Indikator Persentase Indikator SPM yang Mencapai Target Tahun 2024 Terhadap Target Jangka Menengah.....	62
Tabel 30. Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Tahun 2024.....	63
Tabel 31. Rekapitulasi Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) .....	70
Tabel 32. Capaian Sasaran/Indikator Kinerja Utama (IKU) Terhadap Rencana Strategis (Renstra) RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Tahun 2021-2026 .....	72
Tabel 33. Jumlah Kunjungan Rawat Darurat .....	73
Tabel 34. Jumlah Kunjungan Rawat Jalan.....	74
Tabel 35. Jumlah Kunjungan Rawat Inap .....	75
Tabel 36. Kinerja Rawat Inap .....	76
Tabel 37. Jumlah Tindakan Operasi .....	77
Tabel 38. Jumlah Tindakan Kebidanan.....	78
Tabel 39. Jumlah Pemeriksaan Laboratorium .....	79
Tabel 40. Jumlah Pemeriksaan Radiologi.....	80
Tabel 41. Jumlah Produk Gizi .....	80
Tabel 42. Jumlah Kunjungan Hemodialisa.....	81
Tabel 43. Indeks Kepuasan Masyarakat.....	82
Tabel 44. Skala Nilai Survei Kepuasan Masyarakat.....	82
Tabel 45. Realisasi Anggaran Program, Kegiatan, dan Sub Kegiatan Tahun 2024 .....	84
Tabel 46. Alokasi Jenis Belanja Tahun 2024.....	87
Tabel 47. Penggunaan Anggaran Per Sasaran Tahun 2024 .....	88
Tabel 48. Efisiensi Penggunaan Sumber Daya .....	97
Tabel 49. Hasil Capaian Kinerja RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Tahun 2024.....	98
Tabel 50. Anggaran Belanja dan Realisasi Tahun 2024 .....	103

**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 1. Struktur Organisasi RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti .....	5
Gambar 2. Gedung Manajemen .....	8
Gambar 3. Diagram Analisis SWOT .....	20
Gambar 4. Cascading .....	29
Gambar 5. Persentase Alokasi Anggaran Belanja Tahun 2024 .....	43
Gambar 6. Penambahan Alokasi Anggaran Per Sasaran Tahun 2024.....	44
Gambar 7. Hasil Survei Akreditasi Rumah Sakit .....	60
Gambar 8. Realisasi Pendapatan .....	83

## BAB I PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Terselenggaranya *good governance* merupakan prasyarat bagi setiap pemerintahan untuk mewujudkan aspirasi masyarakat dan mencapai tujuan serta cita-cita berbangsa dan bernegara. Sehubungan dengan hal tersebut diperlukan pengembangan dan penerapan sistem pertanggungjawaban yang tepat, jelas, terukur, dan sah sehingga penyelenggaraan pemerintahan dan pembangunan dapat berlangsung secara berdaya guna, bersih dan bertanggung jawab serta bebas dari Korupsi, Kolusi dan Nepotisme.

Upaya pengembangan hal tersebut didasarkan pada Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat (MPR) Republik Indonesia Nomor XI/MPR/1998 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas Korupsi, Kolusi, dan Nepotisme, dan Undang-undang Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas dari Korupsi, Kolusi, dan Nepotisme, yang dalam implementasinya dipertegas dengan Peraturan Presiden Nomor 29 tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP).

Pemerintah Daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan negara, diwajibkan untuk mempertanggungjawabkan pelaksanaan tugas pokok dan fungsinya serta pengelolaan kewenangan pengelolaan sumber daya dengan didasarkan sesuatu perencanaan strategis yang ditetapkan oleh masing-masing instansi. Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) disusun sebagai bentuk pertanggungjawaban pelaksanaan tugas pokok dan fungsinya serta pengelolaan kewenangan pengelolaan sumber daya yang diamanahkan kepada setiap instansi. Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) juga berfungsi sebagai alat kendali, alat penilai kinerja, dan alat pendorong terwujudnya *good governance*.

Sehubungan dengan pemenuhan kewajiban tersebut, maka dilakukan penyusunan Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Tahun 2024.

## 1.2 Dasar Hukum

Penyusunan Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Tahun 2024 berdasarkan landasan hukum sebagai berikut:

- a. Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah;
- b. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor PER/9/M.PAN/5/2007 tentang Pedoman Umum Penetapan Indikator Kinerja Utama di Lingkungan Instansi Pemerintah;
- c. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor PER/20/M.PAN/11/2008 tentang Pedoman Penyusunan Indikator Kinerja Utama;
- d. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah;
- e. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 88 Tahun 2021 tentang Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.

## 1.3 Uraian Singkat Organisasi

### 1.3.1 Gambaran Umum

RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti terletak di Kecamatan Samboja yaitu salah satu dari 20 kecamatan yang ada di wilayah Kabupaten Kutai Kartanegara. Kecamatan Samboja terdiri dari 13 kelurahan/desa dengan jumlah penduduk pada tahun 2020 sebesar 66.617 jiwa. Kecamatan Samboja memiliki jarak dengan Samarinda sebagai ibukota Provinsi Kalimantan Timur kurang lebih 90 km, dan jarak dengan Kota Balikpapan kurang lebih 50 km.

RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja mulai beroperasi tanggal 1 November 2005 yang peresmianya dilakukan oleh Menteri Dalam Negeri tanggal 5 Maret 2006. Izin penyelenggaraan RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti tertuang dalam Surat Keputusan Bupati Kutai Kartanegara Nomor 767/SK-Bup/HK/2012 dengan penetapan kelas Rumah Sakit Tipe C sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 734/MENKES/SK/VI/2007.

Berdasarkan Peraturan Bupati Kutai Kartanegara Nomor 57 Tahun 2022 tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Uraian Tugas, Fungsi, Tanggung Jawab, dan Wewenang serta Tata Kerja RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti, ditetapkan sebagai Unit Organisasi Bersifat Khusus (UOBK) yang memberikan layanan secara profesional di bawah Dinas Kesehatan Kabupaten Kutai Kartanegara, dan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD), maka RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti dalam pelaksanaannya harus senantiasa berpedoman pada ketentuan peraturan perundangan-undangan yang berlaku dan bertanggung jawab kepada Bupati selaku pemilik melalui Dewan Pengawas.

RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti memiliki izin beroperasi berdasarkan Surat Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu (DPMPTSP) Kabupaten Kutai Kartanegara Nomor P-0001/DPMPTSP/BID.IV.3/440.8.2/XI/2022 tanggal 17 November 2022 tentang Persetujuan Izin Rumah Sakit yang masa berlakunya sampai dengan 16 November 2027.

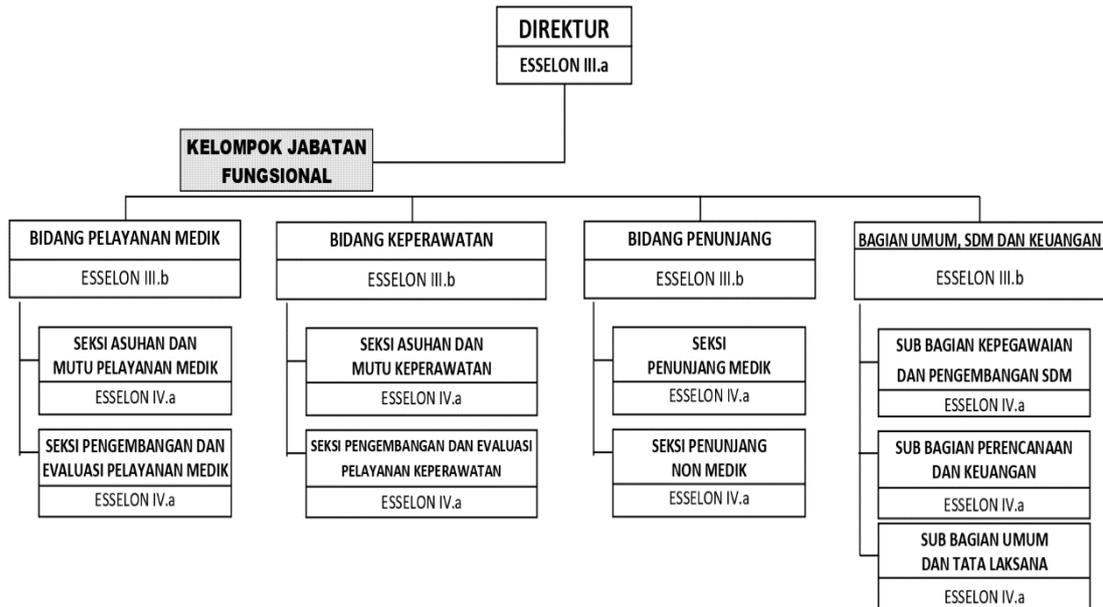
RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti berkomitmen untuk memberikan pelayanan dengan optimal dan profesional sesuai dengan standar mutu pelayanan demi tercapainya kepuasan pasien sesuai dengan kebijakan mutu rumah sakit. Hal tersebut telah dibuktikan dengan diperolehnya Sertifikat Akreditasi Rumah Sakit Nomor 00416/U/X/2023 dan dinyatakan Lulus Tingkat Paripurna oleh Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan dan Lembaga Akreditasi Rumah Sakit Damar Husada Paripurna, berlaku sejak 30 Oktober 2023 sampai dengan 25 Oktober 2027.

### 1.3.2 Struktur Organisasi

Berdasarkan Peraturan Bupati Kutai Kartanegara Nomor 57 Tahun 2022 tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Uraian Tugas, Fungsi, Tanggung Jawab, dan Wewenang serta Tata Kerja RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti, merupakan Unit Organisasi Berbentuk Khusus (UOBK) yang memberikan layanan kesehatan secara profesional yang dipimpin oleh Direktur yang dalam melaksanakan tugasnya bertanggung jawab kepada Bupati selaku pemilik melalui Dewan Pengawas.

Susunan Organisasi Rumah Sakit Umum Daerah Aji Batara Agung Dewa Sakti terdiri atas:

- a. Direktur;
- b. Bidang Pelayanan Medik, membawahkan:
  - 1) Seksi Asuhan dan Mutu Pelayanan Medik; dan
  - 2) Seksi Pengembangan dan Evaluasi Pelayanan Medik.
- c. Bidang Keperawatan, membawahkan:
  - 1) Seksi Asuhan dan Mutu Keperawatan; dan
  - 2) Seksi Pengembangan dan Evaluasi Keperawatan.
- d. Bidang Penunjang, membawahkan:
  - 1) Seksi Penunjang Medik; dan
  - 2) Seksi Penunjang Non Medik.
- e. Bagian Umum, SDM dan Keuangan, membawahkan:
  - 1) Sub Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM;
  - 2) Sub Bagian Perencanaan dan Keuangan; dan
  - 3) Sub Bagian Umum dan Tata Laksana.
- f. Kelompok Jabatan Fungsional.



Gambar 1. Struktur Organisasi RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti

### 1.3.3 Tugas dan Fungsi

Berdasarkan Peraturan Bupati Kutai Kartanegara Nomor 57 Tahun 2022 tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Uraian Tugas, Fungsi, Tanggung Jawab, dan Wewenang serta Tata Kerja RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti, mempunyai tugas pokok yaitu, membantu Dinas Kesehatan dalam melaksanakan urusan pemerintahan dalam upaya kesehatan perorangan secara paripurna sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, dan mempunyai fungsi yaitu:

- a. penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
- b. pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
- c. penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan;
- d. penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

### 1.3.4 Sumber Daya Manusia

Pelaksanaan pelayanan kesehatan di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti memerlukan sumber daya manusia yang kompeten dan berkualitas. Kondisi sumber daya manusia di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti bisa dilihat pada tabel berikut.

#### a. Status Kepegawaian

Data jumlah pegawai berdasarkan status kepegawaian memberikan gambaran tentang komposisi jenis pegawai yang bekerja di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti, yang dapat menjadi bahan untuk merancang kebijakan pengelolaan kepegawaian dan menjadi dasar penghitungan alokasi anggaran gaji dan tunjangan.

Tabel 1. Jumlah Pegawai Berdasarkan Status Kepegawaian

No.	Status Pegawai	Jumlah
1	Pegawai Negeri Sipil (PNS)	86
2	Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja (PPPK)	105
3	Tenaga Non ASN	283
<b>Total</b>		<b>498</b>

Sumber Data : Laporan Kepegawaian, 31 Desember 2024

#### b. Kompetensi Keahlian

Data jumlah pegawai berdasarkan kompetensi keahlian memberikan gambaran tentang kapasitas dan keahlian pegawai yang bekerja di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti dalam pelaksanaan tugas dan fungsi fasilitas kesehatan tingkat lanjut, yang dapat menjadi bahan pertimbangan menentukan posisi kerja, menjadi modal dalam menyediakan jenis layanan kesehatan, menjadi dasar rencana peningkatan dan pengembangan layanan, serta peningkatan kompetensi.

Kompetensi keahlian pegawai erat hubungannya dengan jenis layanan kesehatan yang tersedia pada fasilitas kesehatan, yang bisa dilihat pada tabel berikut.

Tabel 2. Kompetensi Keahlian

No.	Kompetensi	Jumlah
1	Struktural	14
2	Dokter Spesialis	18
3	Dokter Gigi Spesialis	3
4	Dokter Umum	20
5	Apoteker	10
6	Tenaga Teknis Kefarmasian	26
7	Ners	61
8	Perawat	104
9	Bidan Ahli	1
10	Bidan Vokasi	37
11	Perawat Gigi	3
12	Tekniker Gigi	1
13	Ahli Teknik Laboratorium Medik	20
14	Radiografer	9
15	Dietisien	1
16	Nutrisionis	3
17	Nutrisionis Vokasi	2
18	Fisioterapis	2
19	Terapis Wicara	2
20	Teknisi Elektromedis	2
21	Sanitarian	3
22	Epidemiolog	1
23	Administrator Kesehatan	1
24	Perekam Medis	4
25	Kesehatan Masyarakat	8
26	Non Kesehatan	142
<b>Total</b>		<b>498</b>

Sumber Data : Laporan Kepegawaian, 31 Desember 2024

### 1.3.5 Gedung

RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti memiliki beberapa gedung dan kegunaannya sebagai berikut:

- a. Gedung Manajemen, digunakan untuk perkantoran administrasi, manajerial, dan layanan admisi.



Gambar 2. Gedung Manajemen

- a. Gedung Instalasi Rawat Jalan, digunakan untuk pelayanan poliklinik rawat jalan.
- b. Gedung Instalasi Rawat Darurat, digunakan untuk pelayanan kegawatdaruratan.
- c. Gedung PONEK, digunakan untuk pelayanan terpadu untuk ibu dan bayi lahir.
- d. Gedung Instalasi Rawat Inap, digunakan untuk pelayanan rawat pasien yang diinapkan.
- e. Gedung Instalasi Rawat Intensif, digunakan untuk pelayanan rawat pasien dengan kondisi kritis.
- f. Gedung Instalasi Bedah Sentral, digunakan untuk pelayanan pembedahan dan pembiusan.
- g. Gedung Hemodialisa, digunakan untuk pelayanan rawat pasien yang memerlukan hemodialisa.
- h. Gedung Instalasi Penunjang, digunakan untuk pelayanan kefarmasian, pelayanan laboratorium medis, pelayanan transfusi darah, pelayanan radiologi, pelayanan gizi, pelayanan pemeliharaan sarana prasara, pelayanan kesehatan lingkungan, dan pelayanan binatu.
- i. Mushola, digunakan untuk pegawai dan pengunjung melaksanakan ibadah.

### 1.3.6 Kapasitas Tempat Tidur Rawat Inap

Kapasitas tempat tidur ruang rawat inap RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti adalah sebanyak 116 tempat tidur yang tersebar di ruang perawatan dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 3. Kapasitas Tempat Tidur Rawat Inap

No.	Jenis Ruang Rawat Inap	Jumlah
<b>1</b>	<b>Ruang Perawatan Anak</b>	<b>18</b>
	Bengkirai – Kelas II	2
	Bengkirai – Kelas III	12
	Bengkirai – Isolasi	1
<b>2</b>	<b>Ruang Perawatan Dewasa</b>	<b>30</b>
	Mahoni – Kelas III	24
	HCU – Intensif	6
<b>3</b>	<b>Ruang Perawatan Umum (Anak dan Dewasa)</b>	<b>20</b>
	Gaharu – VIP	5
	Gaharu – Kelas I	9
	Gaharu – Kelas II	6
<b>4</b>	<b>Ruang Perawatan Nifas</b>	<b>15</b>
	Merati – Kelas I	1
	Merati – Kelas II	3
	Merati – Kelas III	11
<b>5</b>	<b>Ruang Perawatan Isolasi</b>	<b>8</b>
	Pinus – Isolasi	8
<b>6</b>	<b>Ruang Perawatan Intensif Anak dan Bayi</b>	<b>18</b>
	PICU	2
	NICU	12
	Intermediate	4
<b>7</b>	<b>Ruang Perawatan Intensif Dewasa</b>	<b>7</b>
	ICU	7
	<b>Total</b>	<b>116</b>

Sumber Data : Laporan Rekam Medik, 31 Desember 2024

### 1.3.7 Peralatan Kesehatan/Kedokteran

Peralatan kesehatan/kedokteran merupakan alat/instrumen yang digunakan pada pelayanan kesehatan. Peralatan kesehatan/kedokteran diperoleh dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Kabupaten Kutai Kartanegara, Dana Alokasi Khusus (DAK) Fisik Bidang Kesehatan, dan Anggaran Operasional Rumah Sakit (BLUD). Beberapa contoh peralatan medis yang dimiliki yaitu:

- a. CT scan adalah prosedur diagnosis yang menggunakan komputer dan mesin sinar-X yang berputar untuk membuat gambar penampang tubuh. Gambar-gambar ini memberikan informasi yang lebih rinci daripada gambar sinar-X biasa. Mereka dapat menunjukkan jaringan lunak, pembuluh darah, dan tulang di berbagai bagian tubuh.
- b. Histeroskop, yaitu alat berbentuk selang tipis dan lentur yang dilengkapi kamera di ujungnya. Alat tersebut dimasukkan ke dalam rahim melalui vagina, sehingga dokter bisa memeriksa kondisi bagian dalam rahim melalui layar monitor. Prosedur ini adalah pemeriksaan kondisi leher dan bagian dalam rahim. Prosedur ini dapat digunakan untuk mendiagnosis penyakit atau penyebab ketidaksuburan dan membantu pengobatan kelainan pada rahim.
- c. Mesin Phaco yang digunakan pada teknik Phaco Emulsifikasi yaitu, operasi pengangkatan katarak modern dengan menggunakan alat phaco emulsifikasi (awam disebut dengan laser) untuk melunakkan (emulsifikasi) dan mengeluarkan lensa katarak pada saat yang bersamaan. Setelah itu, lensa intra-okuler (IOL) yang dapat dilipat dimasukkan ke dalam mata. Setelah operasi, pasien dapat beraktifitas kembali tanpa penutup mata.

Peralatan kesehatan/kedokteran yang dimiliki RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti saat ini belum memenuhi kebutuhan peralatan kesehatan/kedokteran sesuai dengan standar rumah sakit kelas C, untuk itu masih perlu adanya peningkatan dan penambahan peralatan secara berkesinambungan.

### 1.3.8 Kendaraan Operasional

Kendaraan operasional yang dimiliki RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti guna menunjang pelayanan kesehatan, dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 4. Jumlah Kendaraan Operasional

No.	Profesi	Jumlah
1	Mobil Dinas Jabatan	5
2	Mobil Operasional Dokter	9
3	Mobil Operasional	2
4	Mobil Ambulans	4
5	Sepeda Motor	14
<b>Total</b>		<b>34</b>

Sumber Data : Laporan Inventaris Aset, 31 Desember 2024

### 1.3.9 Utilitas

a. Air Bersih

Air bersih yang digunakan di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti menggunakan air dari PDAM dan Sumur Gali. Debit air untuk sebesar 72.000 liter/Hari. Kebutuhan air rata rata sebanyak 50.000 liter/hari. Air didistribusikan menggunakan sistem perpipaan dengan penampungan dari Ground Tank dan Roof Tank.

b. Air Limbah

Kapasitas instalasi pengolahan air limbah di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti yaitu 100 m<sup>3</sup>/hari. Metode pengolahan IPAL menggunakan teknologi Membrane Bio Reactor (MBR). Parameter yang digunakan untuk cek keamanan air limbah untuk dialirkan pada sungai adalah BoD, CoD, TSS, Amoniak, Fosfat dan Bakteri E. Coli. Hasil pengolahan limbah akan dialirkan ke Sungai Seluang melalui saluran drainase/parit di Kelurahan Sungai Seluang. Pada saat ini pengolahan air limbah di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti sudah sangat baik.

c. Limbah Medis

Limbah medis selama 3 (tiga) bulan terakhir, jumlahnya rata-rata 40 Kg/hari. Pada saat ini RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti memiliki Tempat Pembuangan Sampah Bahan Beracun dan Berbahaya (TPS B3). Pengolahan limbah medis dan limbah domestik menggunakan mesin Incinerator.

d. Jaringan Listrik

Listrik menggunakan trafo PLN dengan kapasitas 690 KvA. RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti memiliki beban Genset yang dapat dioperasikan pada kondisi darurat. Generator memiliki beban normal sebesar 300 KvA dan semi normal 350 KvA. Pada saat ini mengenai listrik tidak ada masalah yang hingga menyebabkan mati listrik.

#### 1.4 Aspek Strategis Organisasi

RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti adalah Rumah Sakit Pemerintah Daerah yang selain tugas dan fungsi sebagai pemberi layanan kepada masyarakat secara komprehensif, juga diharapkan dapat berkinerja baik dari segi tata kelola klinis maupun tata kelola non klinis, dengan kompleksitas permasalahan yang ada karena Rumah Sakit adalah layanan yang padat dengan sumber daya manusia, padat tindakan/intervensi baik medis maupun tindakan keperawatan, padat sarana penunjang, padat administratif, dan padat akan kebutuhan yang harus dipenuhi baik secara internal maupun eksternal.

Banyaknya permasalahan yang dihadapi maka untuk mengatasi hal-hal tersebut, dilakukanlah identifikasi semua permasalahan baik yang bersifat mayor maupun minor. Pencermatan (*scanning*) kondisi lingkungan internal organisasi berupa, kekuatan (*strengths*) dan kelemahan (*weaknesses*), serta kondisi lingkungan eksternal organisasi yaitu, peluang (*opportunities*) dan tantangan (*threats*). Kemudian dilakukan analisa SWOT (*strength, weakness, oppprtunity, dan threat*) untuk mengetahui gambaran bisnis dan posisi strategis organisasi.

### 1.4.1 Identifikasi Permasalahan

Adapun permasalahan eksternal dan internal yang teridentifikasi di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti adalah sebagai berikut:

a. Faktor Internal

- 1) Kelengkapan jenis pelayanan yang tersedia sebagai Rumah Sakit Umum Kelas C
- 2) Ketersediaan SDM dokter
- 3) Ketersediaan peralatan medik
- 4) Memiliki captive market BPJS
- 5) Status rumah sakit sebagai PPK BLUD
- 6) Ketersediaan lahan milik pemerintah dengan luasan yang memadai untuk pengembangan ke depan
- 7) Lokasi rumah sakit strategis berada di tepi jalan raya dan merupakan perlintasan antar kota
- 8) Petunjuk informasi di rumah sakit
- 9) Kinerja pelayanan rumah sakit meningkat tiap tahunnya
- 10) Zonasi dan sirkulasi rumah sakit
- 11) Ketersediaan SDM organik
- 12) SIM & IT rumah sakit belum optimal mendukung integrasi pelayanan
- 13) Maintenance fasilitas dan alat kesehatan belum optimal
- 14) Penggunaan media sosial sebagai sarana informasi dan promosi rumah sakit belum optimal
- 15) Penataan parkir
- 16) Ketersediaan fasilitas umum di rumah sakit
- 17) Belum tersedia produk unggulan rumah sakit
- 18) Kemudahan akses dan ketersediaan transportasi umum menuju rumah sakit
- 19) Komunikasi dan koordinasi internal rumah sakit kurang lancar
- 20) Pengaturan sistem antrian pasien belum semuanya secara digital
- 21) Penggunaan teknologi peralatan medik belum optimal

- b. Faktor Eksternal
- 1) Dukungan Pemerintah Daerah untuk pengembangan
  - 2) Pasar yang tersedia masih terbuka lebar
  - 3) Jaringan komunikasi yang cepat dalam era digital 4.0 yang berkembang secara global
  - 4) Belum adanya rumah sakit sekitar yang memiliki peralatan canggih yang komplit
  - 5) Transisi demografi dan epidemiologi penyakit mendukung pelayanan rumah sakit sebagai rujukan
  - 6) Pengembangan potensi wisata di Samboja
  - 7) Rencana pemindahan Ibu Kota Negara ke Kalimantan Timur
  - 8) Pemenuhan kebutuhan sarana prasarana melalui kerjasama pihak ketiga
  - 9) Kesadaran masyarakat atas kesehatan dan pelayanan rumah sakit tinggi
  - 10) Kemitraan dengan perusahaan dan sarana kesehatan lain dalam membina jejaring guna pengembangan pelayanan yang spesifik/ rujukan
  - 11) Perubahan kebijakan stakeholder dan kompleksitas regulasi
  - 12) Regulasi tarif rumah sakit pemerintah yang mengikat dan ada batasan terutama pasien BPJS, kurang kompetitif
  - 13) Perkembangan advanced technology dan medical
  - 14) equipment diikuti biaya tinggi
  - 15) Penggunaan media sosial untuk mengkritisi layanan rumah sakit mempengaruhi brand image
  - 16) Pengembangan teknologi kedokteran yang pesat sehingga perlu pembaharuan pada beberapa peralatan medik
  - 17) Rumah sakit kompetitor swasta yang menjalin kemitraan dengan unggulan dan pasar yang sama, lebih inovatif
  - 18) Globalisasi era MEA/ ACTA sebagai sarana perpindahan SDM muncul rumah sakit pesaing yang memberikan kesejahteraan lebih
  - 19) Berkembangnya medikolegal dalam penyelesaian masalah
  - 20) hukum di rumah sakit

### 1.4.2 Analisa SWOT

Analisis SWOT digunakan untuk mengetahui potret gambaran bisnis yang dilakukan untuk menyusun strategi jangka pendek maupun jangka panjang sehingga arah dan tujuan organisasi menjadi jelas. Dalam Analisis SWOT tergambar kekuatan dan kelemahan dari faktor internal organisasi serta peluang dan ancaman dari faktor eksternal. Analisis ini digunakan untuk dapat memaksimalkan kekuatan dan peluang serta meminimalisasi kelemahan dan ancaman.

Tabel 5. Penentuan Bobot Pada Analisa SWOT

No.	Bobot	Keterangan
1	0,20	Sangat Kuat
2	0,15	Di Atas Rata-rata
3	0,10	Rata-rata
4	0,05	Di Bawah Rata-rata

Tabel 6. Penentuan *Rating* Pada Analisa SWOT

No.	<i>Rating</i>	Keterangan
1	4	<i>Major Strenght</i>
2	3	<i>Minor Strenght</i>
3	2	<i>Minor Weakness</i>
4	1	<i>Major Weakness</i>

Tabel 7. Faktor Internal – Kekuatan (*Strenght*)

No.	Faktor	Bobot	Rating	Skor
(1)	(2)	(3)	(4)	(5=3x4)
<b>STRENGTHS</b>				
1	Kelengkapan jenis pelayanan yang tersedia sebagai Rumah Sakit Umum Kelas C	0,10	3	0,30
2	Ketersediaan SDM dokter	0,20	4	0,80
3	Ketersediaan peralatan medik	0,20	4	0,80
4	Memiliki <i>captive market</i> BPJS	0,15	3	0,45
5	Status rumah sakit sebagai PPK BLUD	0,10	3	0,30
6	Ketersediaan lahan milik pemerintah dengan luasan yang memadai untuk pengembangan ke depan	0,10	3	0,30
7	Lokasi rumah sakit strategis berada di tepi jalan raya dan merupakan perlintasan antar kota	0,05	3	0,15
8	Petunjuk informasi di rumah sakit	0,05	3	0,15
9	Kinerja pelayanan rumah sakit meningkat tiap tahunnya	0,05	3	0,15
<b>Skor <i>Strenght</i></b>		<b>1,00</b>		<b>3,40</b>

Tabel 8. Faktor Internal – Kelemahan (*Weaknesses*)

No.	Faktor	Bobot	Rating	Skor
(1)	(2)	(3)	(4)	(5=3x4)
<b>WEAKNESSES</b>				
1	Zonasi dan sirkulasi rumah sakit	0,10	-3	-0,30
2	Ketersediaan SDM organik	0,15	-4	-0,60
3	SIM & IT rumah sakit belum optimal mendukung integrasi pelayanan	0,10	-4	-0,40
4	<i>Maintenance</i> fasilitas dan alat kesehatan belum optimal	0,10	-4	-0,40
5	Penggunaan media sosial sebagai sarana informasi dan promosi rumah sakit belum optimal	0,05	-3	-0,15
6	Penataan parkir	0,05	-3	-0,15
7	Ketersediaan fasilitas umum di rumah sakit	0,05	-3	-0,15
8	Belum tersedia produk unggulan rumah sakit	0,05	-3	-0,15
9	Kemudahan akses dan ketersediaan transportasi umum menuju rumah sakit	0,05	-3	-0,15
10	Komunikasi dan koordinasi internal rumah sakit kurang lancar	0,15	-4	-0,60
11	Pengaturan sistem antrian pasien belum semuanya secara digital	0,05	-3	-0,15
12	Penggunaan teknologi peralatan medik belum optimal	0,10	-4	-0,40
<b>Skor Weakness</b>		<b>1,00</b>		<b>-3,65</b>

Tabel 9. Faktor Eksternal – Peluang (*Opportunities*)

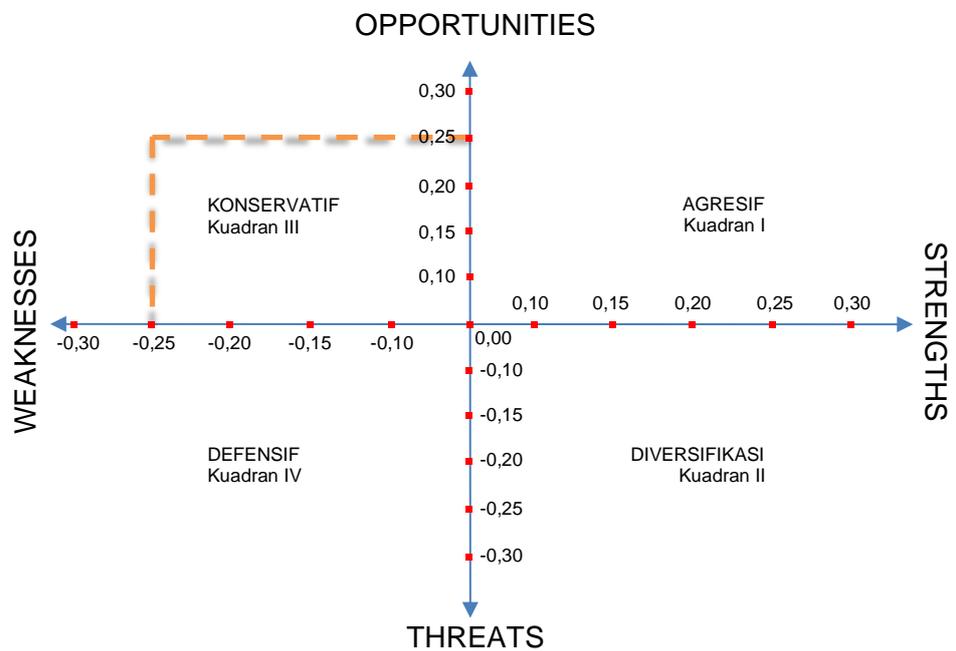
No.	Faktor	Bobot	Rating	Skor
(1)	(2)	(3)	(4)	(5=3x4)
<b>OPPORTUNITIES</b>				
1	Dukungan Pemerintah Daerah untuk pengembangan	0,15	4	0,60
2	Pasar yang tersedia masih terbuka lebar	0,10	4	0,40
3	Jaringan komunikasi yang cepat dalam era digital 4.0 yang berkembang secara global	0,10	3	0,30
4	Belum adanya rumah sakit sekitar yang memiliki peralatan canggih yang komplit	0,10	4	0,40
5	Transisi demografi dan epidemiologi penyakit mendukung pelayanan rumah sakit sebagai rujukan	0,10	3	0,30
6	Pengembangan potensi wisata di Samboja	0,05	3	0,15
7	Rencana pemindahan Ibu Kota Negara ke Kalimantan Timur	0,05	3	0,15
8	Pemenuhan kebutuhan sarana prasarana melalui kerjasama pihak ketiga	0,10	3	0,30
9	Kesadaran masyarakat atas kesehatan dan pelayanan rumah sakit tinggi	0,15	4	0,60
10	Kemitraan dengan perusahaan dan sarana kesehatan lain dalam membina jejaring guna pengembangan pelayanan yang spesifik/ rujukan	0,10	4	0,40
<b>Skor Opportunities</b>		<b>1,00</b>		<b>3,60</b>

Tabel 10. Faktor Eksternal – Tantangan (Threats)

No.	Faktor	Bobot	Rating	Skor
(1)	(2)	(3)	(4)	(5=3x4)
<b>THREATS</b>				
1	Perubahan kebijakan <i>stakeholder</i> dan kompleksitas regulasi	0,20	-4	-0,80
2	Regulasi tarif rumah sakit pemerintah yang mengikat dan ada batasan terutama pasien BPJS, kurang kompetitif	0,10	-3	-0,30
3	Perkembangan <i>advanced technology</i> dan <i>medical equipment</i> diikuti biaya tinggi	0,15	-3	-0,45
4	Penggunaan media sosial untuk mengkritisi layanan rumah sakit mempengaruhi <i>brand image</i>	0,10	-3	-0,30
5	Pengembangan teknologi kedokteran yang pesat sehingga perlu pembaharuan pada beberapa peralatan medik	0,15	-3	-0,45
6	Rumah sakit kompetitor swasta yang menjalin kemitraan dengan unggulan dan pasar yang sama, lebih inovatif	0,05	-3	-0,15
7	Globalisasi era MEA/ ACTA sebagai sarana perpindahan SDM muncul rumah sakit pesaing yang memberikan kesejahteraan lebih	0,10	-3	-0,30
8	Berkembangnya medikolegal dalam penyelesaian masalah hukum di rumah sakit	0,15	-4	-0,60
<b>Skor Threats</b>		<b>1,00</b>		<b>-3,35</b>

Tabel 11. Skor Faktor Internal dan Faktor Eksternal Analisa SWOT

No.	Posisi SWOT	
1	Skor Faktor Internal (x)	
	<i>Strengths + Weaknesses</i>	$3,40 + (-3,65) = -0,25$
2	Skor Faktor Eksternal (y)	
	<i>Opportunities + Threats</i>	$3,60 + (-3,35) = 0,25$



Gambar 3. Diagram Analisis SWOT

Diagram Analisis SWOT terbagi empat kuadran yang menggambarkan kondisi/posisi organisasi sebagai dasar penentuan strategi, berikut dijelaskan sebagai berikut:

- a. Kuadran I (*Agresif*)  
Merupakan situasi yang sangat menguntungkan. Strategi yang diterapkan adalah mendukung kebijakan pertumbuhan yang agresif (*growth orientes strategy*).
- b. Kuadran II (*Competitive*)  
Dalam menghadapi ancaman, organisasi masih memiliki kekuatan. Strategi yang diterapkan adalah diversifikasi produk/pasar.
- c. Kuadran III (*Concervative*)  
Peluang yang sangat besar berhadapan dengan kelemahan internal yang kuat. Strategi yang dilakukan adalah meminimalisir permasalahan internal untuk merebut peluang yang ada.
- d. Kuadran IV (*Defensive*)  
Situasi yang tidak menguntungkan organisasi. Strategi yang dilakukan dapat berupa defensif.

Hasil Analisis SWOT menunjukkan RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti berada di Kuadran III. Dalam hal ini, skor nilai kelemahan masih lebih besar dibandingkan dengan skor nilai kekuatan. Organisasi rumah sakit mengalami kelemahan internal sehingga sulit untuk meraih peluang yang menguntungkan.

Strategi yang tepat untuk kondisi ini adalah Konsolidasi, melakukan perbaikan dan mengubah cara pandang terhadap beberapa hal yang dapat digali dari hasil survey kepuasan pelanggan. Pada dasarnya masalah yang ada perlu diselesaikan agar rumah sakit secara internal kuat dan solid, mampu menghadapi tantangan/ancaman dari luar.

## BAB II

### PERENCANAAN KINERJA DAN PERJANJIAN KINERJA

#### 2.1 Perencanaan Strategis

Rencana Strategis (Renstra) Organisasi merupakan dokumen perencanaan jangka menengah daerah yang tidak terpisahkan dengan dokumen Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD).

Rencana prioritas pembangunan RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti tertuang pada Rencana Strategis (Renstra) RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti tahun 2021-2026 yang di dalamnya menjabarkan tentang visi, misi, tujuan, sasaran, strategi, arah kebijakan, program dan kegiatan serta sub kegiatan pembangunan pada RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti yang disusun secara komprehensif, terpadu, didasarkan tugas-fungsi rumah sakit, mengedepankan keterlibatan seluruh aspek pelayanan medis dan non medis serta manajemen. Penyusunan Rencana Strategis (Renstra) RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti disesuaikan berdasarkan situasi dan perkembangan di masyarakat.

##### 2.1.1 Visi dan Misi Kepala Daerah

Visi berkaitan dengan pandangan ke depan menyangkut kemana instansi pemerintah harus dibawa dan diarahkan agar dapat berkarya secara konsisten dan tetap eksis, antisipatif, inovatif, serta produktif. Visi adalah suatu gambaran menantang tentang keadaan masa depan yang berisikan cita dan citra yang ingin diwujudkan instansi pemerintah.

Visi Pembangunan daerah yang tertuang dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Kabupaten Kutai Kartanegara Tahun 2021-2026 merupakan penjabaran dari visi Bupati dan Wakil Bupati Kutai Kartanegara terpilih. Visi menggambarkan arah pembangunan atau kondisi masa depan daerah yang ingin dicapai dalam masa jabatan selama 5 (lima) tahun. Visi Kabupaten Kutai Kartanegara Tahun 2021-2026 adalah **“Mewujudkan Masyarakat Kutai Kartanegara yang Sejahtera dan Berbahagia”**.

Misi adalah sesuatu yang harus diemban atau dilaksanakan oleh instansi pemerintah, sebagai penjabaran visi yang telah ditetapkan. Untuk mencapai visi tersebut ditetapkan misi sebagai berikut:

- a. Memantapkan Birokrasi yang Bersih, Efektif, Efisien dan Melayani;
- b. Meningkatkan Pembangunan Sumber Daya Manusia yang Berakhlak Mulia, Unggul dan Berbudaya;
- c. Memperkuat Pembangunan Ekonomi Berbasis Pertanian, Pariwisata dan Ekonomi Kreatif;
- d. Meningkatkan Kualitas Layanan Infrastruktur Dasar dan Konektivitas antar Wilayah;
- e. Meningkatkan Pengelolaan Sumber Daya Alam yang Berwawasan Lingkungan.

### **2.1.2 Tujuan dan Sasaran**

Penetapan tujuan dan sasaran adalah tahap perumusan sasaran strategis yang menunjukkan tingkat prioritas dalam perencanaan pembangunan yang selanjutnya menjadi dasar penyusunan arsitektur kinerja.

Tujuan pembangunan merupakan penjabaran atau implementasi dari pernyataan visi dan misi yang menunjukkan hasil akhir jangka waktu tertentu. Tujuan ditetapkan dengan mengacu kepada pernyataan visi dan misi serta dengan memperhatikan permasalahan dan isu-isu strategi. Pernyataan tujuan harus menunjukkan suatu kondisi yang ingin dicapai di masa mendatang dan juga diselaraskan dengan amanat pembangunan.

Sasaran adalah penjabaran dari tujuan yaitu hasil yang akan dicapai secara nyata dari tujuan dalam rumusan yang lebih spesifik dan terukur dalam suatu indikator beserta targetnya. Oleh karena itu, sasaran dinyatakan sesuai indikator secara spesifik, fokus, terukur, dan dapat dicapai dengan indikator kinerja atau tolok ukur keberhasilan pencapaian sasaran yang akan diwujudkan selama 5 (lima) tahun.

RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti merupakan Unit Organisasi Bersifat Khusus (UOBK) yang memberikan layanan secara profesional di bawah Dinas Kesehatan Kabupaten Kutai Kartanegara. Oleh karena itu, RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti dalam merumuskan tujuan dan sasaran, berpedoman pada visi dan misi dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Kabupaten Kutai Kartanegara Tahun 2021-2026, juga perlu memperhatikan Rencana Strategis (Renstra) Dinas Kesehatan Kabupaten Kutai Kartanegara Tahun 2021-2026.

Berpedoman pada Visi dan Misi dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Kabupaten Kutai Kartanegara Tahun 2021-2026, dan Rencana Strategis (Renstra) Dinas Kesehatan Kabupaten Kutai Kartanegara Tahun 2021-2026, maka RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti melaksanakan Misi kedua yaitu **Meningkatkan Pembangunan Sumber Daya Manusia yang Berakhlak Mulia, Unggul, dan Berbudaya**. Pada misi ini tertuang **Program Keluarga Peduli** di mana peran RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti yaitu sebagai pengampu program yang bertugas dalam proses meningkatkan kualitas pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah.

Berdasarkan hal tersebut, tujuan RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Tahun 2021-2026 adalah **Meningkatnya Kualitas Pelayanan RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti** dengan indikator **Indeks Kepuasan Masyarakat** dan sasaran RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Tahun 2021-2026 adalah **Meningkatnya Kinerja Tata Kelola RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti** dengan Indikator **Peringkat Penilaian Akreditasi** dan **Persentase Indikator SPM yang Mencapai Target**. Selanjutnya dijabarkan dalam bagan alir Cascading RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Tahun 2021-2026, sebagai berikut:

Tabel 12. Tujuan dan Sasaran Strategis RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Tahun 2021-2026

Tujuan/ Sasaran	indikator	Satuan	Target Kinerja Tujuan/ Sasaran Pada Tahun				
			2022	2023	2024	2025	2026
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Meningkatnya Kualitas Pelayanan RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti	Indeks Kepuasan Masyarakat	Persen	81	81,5	82	82,5	83
Meningkatnya Kinerja Tata Kelola RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti	Peringkat Penilaian Akreditasi RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti	Nilai	80,5 (Paripurna)	80,5 (Paripurna)	80,5 (Paripurna)	80,5 (Paripurna)	80,5 (Paripurna)
	Persentase Indikator SPM yang Mencapai Target	Persen	73	73,5	74	74,5	75

### 2.1.3 Strategi dan Arah Kebijakan

Strategi dan arah kebijakan merupakan rumusan perencanaan yang komprehensif, bagaimana langkah RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti mencapai tujuan dan sasaran Rencana Strategis (Renstra) dengan efektif dan efisien. Pendekatan yang komprehensif dalam merencanakan strategi akan mengoptimalkan kinerja dalam melakukan transformasi, reformasi, maupun perbaikan birokrasi. Perencanaan strategis tidak saja mengagendakan aktivitas pembangunan, tetapi juga segala program yang mendukung dan menciptakan layanan masyarakat, termasuk upaya memperbaiki kinerja dan kapasitas birokrasi, sistem manajemen, serta pemanfaatan teknologi informasi.

Strategi merupakan suatu rangkaian tahapan atau langkah-langkah yang berisikan *grand design* perencanaan pembangunan dalam upaya untuk mewujudkan tujuan dan sasaran Rencana Strategis (Renstra). Strategi dijadikan salah satu rujukan penting dalam perencanaan pembangunan organisasi (*strategy focused management*) di mana perumusan strategi merupakan pernyataan yang menjelaskan bagaimana sasaran akan dicapai dan selanjutnya diperjelas dengan serangkaian arah kebijakan.

Arah kebijakan merupakan suatu bentuk kongkrit dari usaha pelaksanaan perencanaan pembangunan yang memberikan arahan dan panduan kepada organisasi agar lebih optimal dalam menentukan dan mencapai tujuan. Kebijakan diambil sebagai arah dalam menentukan bentuk konfigurasi program kegiatan untuk mencapai tujuan. Kebijakan dapat bersifat internal, yaitu kebijakan dalam mengelola pelaksanaan program-program pembangunan maupun bersifat eksternal yaitu kebijakan dalam rangka mengatur, mendorong dan memfasilitasi kegiatan masyarakat.

Strategi dan arah kebijakan RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Tahun 2021-2026 dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 13. Strategi dan Arah Kebijakan RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Tahun 2021-2026

Strategi	Arah Kebijakan
Meningkatkan Tata Kelola Organisasi	Meningkatnya Kualitas Perencanaan, Penganggaran, dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah
	Meningkatnya Pengelolaan Administrasi Keuangan Perangkat Daerah
	Meningkatnya Pengelolaan Administrasi Barang Milik Daerah pada Perangkat Daerah
	Meningkatnya Pengelolaan Administrasi Kepegawaian Perangkat Daerah
	Meningkatnya Pengelolaan Administrasi Umum Perangkat Daerah
	Tersedianya Jasa Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah
	Terlaksananya Penyelenggaraan Pelayanan Publik
	Terlaksananya Pengembangan Rumah Sakit
	Meningkatnya Kinerja BLUD
Meningkatkan Tata Kelola Klinis	Tersedianya Layanan Kesehatan untuk Upaya Kesehatan Masyarakat dan Upaya Kesehatan Perorangan
	Tersedianya Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk Upaya Kesehatan Masyarakat dan Upaya Kesehatan Perorangan
	Terpenuhinya Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
	Terpenuhinya Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit

### 2.1.4 Program

Perumusan program pembangunan bertujuan untuk menggambarkan keterkaitan antara bidang urusan pemerintahan daerah dengan rumusan indikator kinerja sasaran yang menjadi acuan penyusunan program pembangunan jangka menengah berdasarkan strategi dan arah kebijakan yang ditetapkan. Program pembangunan diprioritaskan karena sangat strategis dalam mencapai tujuan dan sasaran. Sebagai tindak lanjut dalam pelaksanaan strategi dan arah kebijakan maka dilaksanakan melalui program prioritas yang mempunyai keterkaitan langsung dalam mencapai tujuan dan sasaran. Maka dapat dirumuskan program pelaksanaan anggaran dalam upaya pencapaian sasaran pada tahun 2024 adalah sebagai berikut:

Tabel 14. Program Prioritas Tahun 2024

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Program
Meningkatnya Kinerja Tata Kelola RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti	Peringkat Penilaian Akreditasi RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti	Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota
	Persentase Indikator SPM yang Mencapai Target	Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat
		Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Kesehatan

Gambar 4. Cascading



## 2.2 Perjanjian Kinerja

Perjanjian Kinerja adalah dokumen yang berisikan penugasan dari pimpinan instansi yang lebih tinggi kepada pimpinan instansi yang lebih rendah untuk melaksanakan Program, Kegiatan, dan Sub Kegiatan yang disertai dengan Indikator Kinerja.

Melalui perjanjian kinerja, terwujudlah komitmen penerima amanah dan kesepakatan antara penerima dan pemberi amanah atas kinerja terukur tertentu berdasarkan tugas, fungsi dan wewenang serta sumber daya yang tersedia. Kinerja yang disepakati tidak dibatasi pada kinerja yang dihasilkan atas kegiatan tahun bersangkutan, tetapi termasuk kinerja (*outcome*) yang seharusnya terwujud akibat kegiatan tahun-tahun sebelumnya. Dengan demikian target kinerja yang diperjanjikan juga mencakup *outcome* yang dihasilkan dari kegiatan tahun-tahun sebelumnya, sehingga terwujud kesinambungan kinerja setiap tahunnya.

Penyusunan perjanjian kinerja instansi mengacu pada Rencana Strategis (Renstra) Tahun 2021-2026, Rencana Kerja Tahunan (Renja), Rencana Kinerja Tahunan (RKT), Indikator Kinerja Utama (IKU), dan Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA). Perjanjian Kinerja RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Tahun 2024 sebagai berikut.

Tabel 15. Perjanjian Kinerja Tahun 2024

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Satuan	Target	Rumus Perhitungan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Meningkatnya Kinerja Tata Kelola RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti	Peringkat Penilaian Akreditasi	Nilai	80,5 (Paripurna)	$\frac{\text{Realisasi}}{\text{Target}} \times 100\%$ Keterangan: Hasil nilai survey akreditasi rumah sakit
	Persentase Indikator SPM yang Mencapai Target	Persen	75,00	$\frac{\text{Realisasi}}{\text{Target}} \times 100\%$ Keterangan: Laporan Capaian SPM
Mewujudkan Tingkat Kepatuhan Atas Laporan Harta Kekayaan Aparatur Negara	Tingkat Kepatuhan Penyampaian LHKPN 100% Per Tanggal 31 Maret Setiap Tahun	Persen	100,00	$\frac{\text{Realisasi}}{\text{Target}} \times 100\%$ Keterangan: Jumlah Pejabat Eselon yang menyelesaikan LHKPN
	Tingkat Kepatuhan Penyampaian SPT Tahunan 100% Per Tanggal 31 Maret Setiap Tahun	Persen	100,00	$\frac{\text{Realisasi}}{\text{Target}} \times 100\%$ Keterangan: Jumlah ASN yang menyampaikan Laporan SPT

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Satuan	Target	Rumus Perhitungan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Mewujudkan Tingkat Kepatuhan Penyampaian Sasaran Kinerja Pegawai (SKP)	Tingkat Kepatuhan Penyampaian SKP 100% Paling Lambat Akhir Bulan Februari Setiap Tahun	Persen	100,00	$\frac{\text{Realisasi}}{\text{Target}} \times 100\%$ <p>Keterangan: Jumlah ASN yang menyelesaikan inputan SKP</p>
Terlaksananya Kepatuhan Input SIRUP	Tingkat Kepatuhan Input serta Pengumuman Paket Pengadaan pada Aplikasi SIRUP per Akhir Februari Setiap Tahun	Persen	100,00	$\frac{\text{Realisasi}}{\text{Target}} \times 100\%$ <p>Keterangan: Jumlah paket pengadaan yang telah diumumkan di SIRUP</p>
Terlaksananya Kepatuhan Input e-Pantau	Tingkat Ketepatan Waktu Input e-Pantau dan Telah Diverifikasi 100% Per Tanggal 10 Setiap Bulan	Persen	100,00	$\frac{\text{Realisasi}}{\text{Target}} \times 100\%$ <p>Keterangan: Input hasil kegiatan di e-Pantau tiap awal bulan</p>

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Satuan	Target	Rumus Perhitungan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Terlaksananya Kepatuhan Penyampaian Usulan RKBMD	Tingkat Ketepatan Waktu Penyampaian Usulan Rencana Kebutuhan Barang Milik Daerah (RKBMD) 100% Sesuai dengan Barang Milik Daerah (BMD) yang Akan Diadakan	Persen	100,00	$\frac{\text{Realisasi}}{\text{Target}} \times 100\%$ <p>Keterangan: RKBMD disampaikan tepat waktu kepada BPKAD</p>
Terlaksananya Kepatuhan Penyampaian Usulan SHS	Tingkat Ketepatan Waktu Penyampaian Usulan Standar Harga Satuan (SHS) Perangkat Daerah Paling Lambat Bulan April untuk Tahun Anggaran Berikutnya	Persen	100,00	$\frac{\text{Realisasi}}{\text{Target}} \times 100\%$ <p>Keterangan: Usulan SHS disampaikan tepat waktu kepada BPKAD</p>
Terlaksananya Ketepatan Waktu Penyampaian LKjIP	Tingkat Ketepatan Waktu Penyampaian Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LkjIP) Perangkat Daerah Paling Lambat Akhir Februari Setiap Tahun	Persen	100,00	$\frac{\text{Realisasi}}{\text{Target}} \times 100\%$ <p>Keterangan: LkjIP disampaikan tepat waktu di e-SAKIP</p>

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Satuan	Target	Rumus Perhitungan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Terlaksananya Ketepatan Waktu Penyampaian Laporan Keuangan (LK SKPD)	Tingkat Ketepatan Waktu Penyampaian Laporan Keuangan SKPD Per Tanggal 24 Januari Setiap Tahun	Persen	100,00	$\frac{\text{Realisasi}}{\text{Target}} \times 100\%$ <p>Keterangan: LK SKPD disampaikan tepat waktu kepada BPKAD</p>
Terlaksananya Ketepatan Waktu Penyampaian Laporan SKM dan Laporan RTL Perangkat Daerah	Tingkat Ketepatan Waktu Penyampaian Laporan Survei Kepuasan Masyarakat (SKM) dan Laporan Rencana Tindak Lanjut (RTL) Semester I Paling Lambat Akhir Bulan Juni dan Semester II Akhir Bulan Oktober Setiap Tahun	Persen	100,00	$\frac{\text{Realisasi}}{\text{Target}} \times 100\%$ <p>Keterangan: Laporan SKM dan RTL disampaikan tepat waktu</p>
Meningkatnya Keterlibatan Masyarakat Dalam Pelaksanaan Forum Konsultasi Publik	Menilai Pelaksanaan, Pelaporan dan Tindak Lanjut Hasil Forum Konsultasi Publik (FKP)	Persen	100,00	$\frac{\text{Realisasi}}{\text{Target}} \times 100\%$ <p>Keterangan: Pelaksanaan FKP terkait standar pelayanan</p>

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Satuan	Target	Rumus Perhitungan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Menyelesaikan Tindak Lanjut Laporan Hasil Pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)	Tindak Lanjut Hasil Temuan Administrasi dan Kerugian BPK Atas Audit LKPD 5 Tahun Terakhir	Persen	100,00	$\frac{\text{Realisasi}}{\text{Target}} \times 100\%$ <p>Keterangan: Jumlah temuan BPK yang ditindaklanjuti</p>
Terlaksananya Ketepatan Waktu Penyampaian Laporan SPIP	Ketepatan Waktu Penyampaian Laporan Penilaian Mandiri Penyelenggaraan SPIP Perangkat Daerah Per 30 Juni Tahun Berjalan	Persen	100,00	$\frac{\text{Realisasi}}{\text{Target}} \times 100\%$ <p>Keterangan: Laporan Penilaian Mandiri Penyelenggaraan SPIP disampaikan tepat waktu</p>
Penerapan Core Valeus ASN Berakhlak	Internalisasi Core Values ASN Berakhlak	Persen	100,00	$\frac{\text{Realisasi}}{\text{Target}} \times 100\%$ <p>Keterangan: Pelaksanaan Internalisasi Core Values ASN Berakhlak</p>

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Satuan	Target	Rumus Perhitungan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Penyusunan Perjanjian Kinerja Sampai ke Pelaksana	Ketepatan Waktu Penyusunan dan Penyampaian Perjanjian Kinerja PD (Maksimal 1 Bulan Setelah APBD Ditetapkan)	Persen	100,00	$\frac{\text{Realisasi}}{\text{Target}} \times 100\%$ <p>Keterangan: Jumlah Perjanjian Kinerja yang disusun</p>
Terlaksananya Serapan Anggaran Berdasarkan SPD yang Diterbitkan	Serapan Anggaran Berdasarkan SPD yang Terbit	Persen	70,00	$\frac{\text{Realisasi}}{\text{Target}} \times 100\%$ <p>Keterangan: Jumlah realisasi anggaran</p>
Ketersediaan Dokumen Manajemen Risiko PD	Ketersediaan Dokumen Manajemen Risiko pada Perangkat Daerah Per Triwulan	Persen	100,00	$\frac{\text{Realisasi}}{\text{Target}} \times 100\%$ <p>Keterangan: Dokumen Manajemen Risiko yang disusun</p>
Maturitas Sistem Pengendalian Intern Pemerintah (SPIP)	Nilai Maturitas SPIP pada Perangkat Daerah	Persen	100,00	$\frac{\text{Realisasi}}{\text{Target}} \times 100\%$ <p>Keterangan: Penilaian BPKP atas Maturitas SPIP</p>

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Satuan	Target	Rumus Perhitungan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Melaksanakan Tata Kelola Arsip Perangkat Daerah	Nilai Tata Kelola Arsip Perangkat Daerah	Persen	100,00	$\frac{\text{Realisasi}}{\text{Target}} \times 100\%$ <p>Keterangan: Pelaksanaan tata kelola arsip</p>
Meningkatkan Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah	Nilai SAKIP Perangkat Daerah	Persen	100,00	$\frac{\text{Realisasi}}{\text{Target}} \times 100\%$ <p>Keterangan: Pelaksanaan SAKIP sesuai ketentuan</p>
Peningkatan Prestasi Inovasi	Prestasi Inovasi Perangkat Daerah	Persen	100,00	$\frac{\text{Realisasi}}{\text{Target}} \times 100\%$ <p>Keterangan: Pelaksanaan FKP terkait standar pelayanan</p>
Tindak Lanjut Pengaduan SP4N Lapor	Tindak Lanjut Pengaduan SP4N Lapor	Persen	100,00	$\frac{\text{Realisasi}}{\text{Target}} \times 100\%$ <p>Keterangan: Jumlah tindak lanjut atas pengaduan SP4N Lapor</p>

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Satuan	Target	Rumus Perhitungan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Meningkatnya Pengamanan Aset	Pengamanan Aset Tanah	Persen	75,00	$\frac{\text{Realisasi}}{\text{Target}} \times 100\%$ <p>Keterangan: Jumlah aset tanah yang dilakukan pengamanan</p>
Meningkatnya Tata Kelola Aset	Pakta Integritas Pemakai Aset BMD Tersedia Sesuai dengan Jumlah Pejabat Struktural, Fungsional, dan Pelaksana pada Perangkat Daerah	Persen	100,00	$\frac{\text{Realisasi}}{\text{Target}} \times 100\%$ <p>Keterangan: Jumlah Pakta Integritas pemakai aset BMD</p>
Menurunnya Prevalensi Stunting	Prevalensi Stunting Sesuai dengan Target Nasional	Persen	14,00	$\frac{\text{Realisasi}}{\text{Target}} \times 100\%$ <p>Keterangan: Laporan Stunting</p>
Pengarusutamaan Gender	Ketersediaan Penganggaran Pengarusutamaan Gender	Persen	100,00	$\frac{\text{Realisasi}}{\text{Target}} \times 100\%$ <p>Keterangan: Penggangan Pengarusutamaan Gender</p>

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Satuan	Target	Rumus Perhitungan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Kepatuhan Pelaporan P3DN	Persentase Tingkat Kepatuhan Pelaporan P3DN Per Tanggal 25 Setiap Bulan	Persen	40,00	$\frac{\text{Realisasi}}{\text{Target}} \times 100\%$ Keterangan: Pelaporan P3DN
Meningkatnya Kinerja Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah	Nilai LPPD	Nilai	3,6	$\frac{\text{Realisasi}}{\text{Target}} \times 100\%$ Keterangan: Nilai LPPD
Meningkatkan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah	Nilai SAKIP Pemerintah Daerah	Nilai	73	$\frac{\text{Realisasi}}{\text{Target}} \times 100\%$ Keterangan: Nilai SAKIP Pemerintah Daerah Kab. Kutai Kartanegara
Meningkatkan Manajemen Birokrasi yang Efektif, Efisien, Inovatif, Akuntabel, Bersih dan Melayani	Indeks Reformasi Birokrasi Pemerintah Daerah	Nilai	64	$\frac{\text{Realisasi}}{\text{Target}} \times 100\%$ Keterangan: Nilai Indeks RB Pemerintah Daerah Kab. Kutai Kartanegara

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Satuan	Target	Rumus Perhitungan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Meningkatnya Inovasi Daerah	Indeks Inovasi Daerah	Nilai	49,57	$\frac{\text{Realisasi}}{\text{Target}} \times 100\%$ <p>Keterangan:            Nilai Indeks Inovasi Pemerintah Daerah Kab. Kutai Kartanegara</p>
Meningkatnya Kualitas Pelayanan Publik	Indeks Pelayanan Publik Pemerintah Daerah	Nilai	8,95	$\frac{\text{Realisasi}}{\text{Target}} \times 100\%$ <p>Keterangan:            Nilai Indeks Pelayanan Publik Pemerintah Daerah Kab. Kutai Kartanegara</p>
Meningkatnya Kepatuhan Standar Pelayanan Publik	Nilai Kepatuhan Standar Pelayanan Pemerintah Daerah	Predikat		$\frac{\text{Realisasi}}{\text{Target}} \times 100\%$ <p>Keterangan:            Nilai Kepatuhan Standar Pelayanan Pemerintah Daerah Kab. Kutai Kartanegara</p>

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Satuan	Target	Rumus Perhitungan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Terwujudnya Kawasan Tanpa Rokok/Vape	Kawasan Tanpa Rokok/Vape Adalah Area atau Ruang yang Dinyatakan Dilarang untuk Aktivitas Merokok atau Mempromosikan Produk Tembakau	Persen	100,00	$\frac{\text{Realisasi}}{\text{Target}} \times 100\%$ <p>Keterangan: Jumlah kegiatan penerapan Kawasan Tanpa Rokok/Vape</p>
Meningkatnya Kepuasan Masyarakat	IKM Perangkat Daerah (Aplikasi Survey Kukar)	Persen	100,00	$\frac{\text{Realisasi}}{\text{Target}} \times 100\%$ <p>Keterangan: Pelaksanaan Aplikasi Survey Kukar</p>
Meningkatnya Kualitas Lingkungan Hidup	Indeks Kualitas Lingkungan Hidup	Persen	100,00	$\frac{\text{Realisasi}}{\text{Target}} \times 100\%$ <p>Keterangan: Nilai Indeks Kualitas Lingkungan Hidup Kab. Kutai Kartanegara</p>
Meningkatnya Kinerja Perangkat Daerah	Capaian Indikator Kinerja Perangkat Daerah	Persen	100,00	$\frac{\text{Realisasi}}{\text{Target}} \times 100\%$ <p>Keterangan: LHE AKIP Pemerintah Daerah Kab. Kutai Kartanegara</p>

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Satuan	Target	Rumus Perhitungan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Terlaksananya “Gerakan Etam Mengaji (GEMA)” di Perangkat Daerah	Laporan Pemetaan Kemampuan Mengaji ASN Perangkat Daerah	Laporan	1	$\frac{\text{Realisasi}}{\text{Target}} \times 100\%$ Keterangan: Laporan Pemetaan Kemampuan Mengaji ASN
Terbentuknya Unit Pengumpul Zakat (UPZ) Perangkat Daerah	SK Pembentukan UPZ Perangkat Daerah	SK	1	$\frac{\text{Realisasi}}{\text{Target}} \times 100\%$ Keterangan: SK Pembentukan UPZ

## 2.3 Alokasi Anggaran Tahun 2023

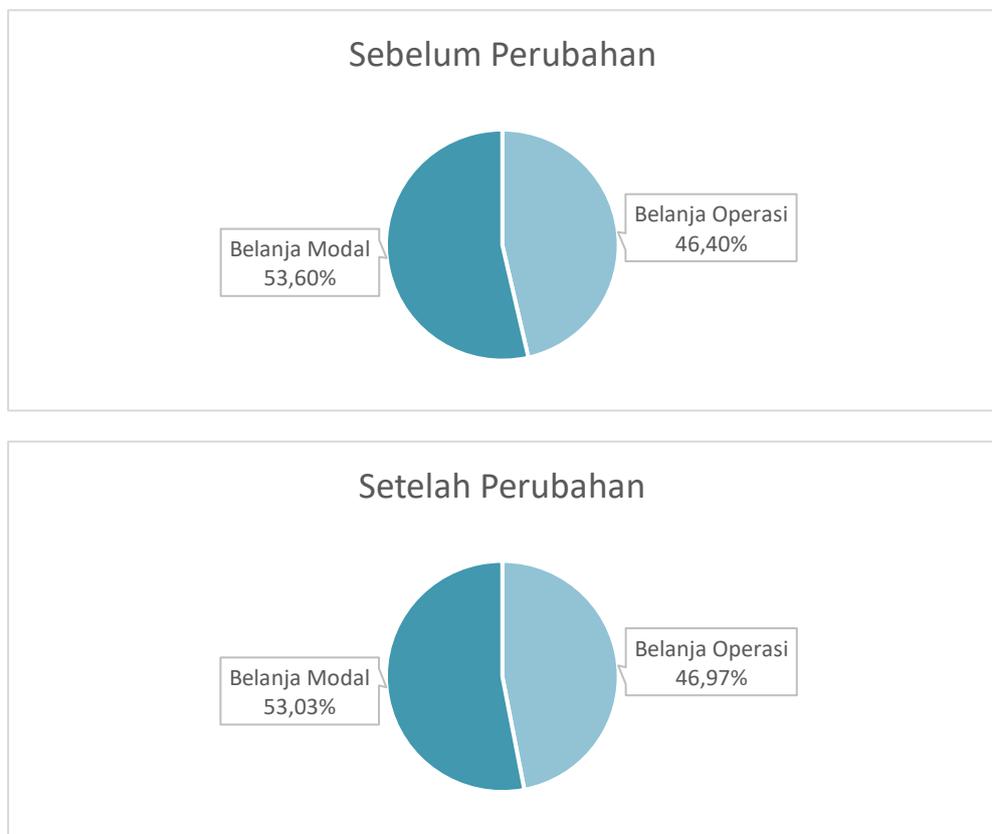
### 2.3.1 Alokasi Anggaran Belanja

Perencanaan pelaksanaan anggaran belanja RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Tahun 2024 dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 16. Alokasi Anggaran Belanja Tahun 2023

Uraian	Sebelum Perubahan	Setelah Perubahan	Bertambah/ (Berkurang)
(1)	(2)	(3)	(4=3-2)
Belanja Operasi	58.486.188.196	72.186.729.412	13.700.541.216
Belanja Modal	67.564.784.600	81.513.187.295	13.948.402.695
<b>Total</b>	<b>126.050.972.796</b>	<b>153.699.916.707</b>	<b>27.648.943.911</b>

Sumber Data : Dokumen Pelaksanaan Anggaran 2024



Gambar 5. Persentase Alokasi Anggaran Belanja Tahun 2024

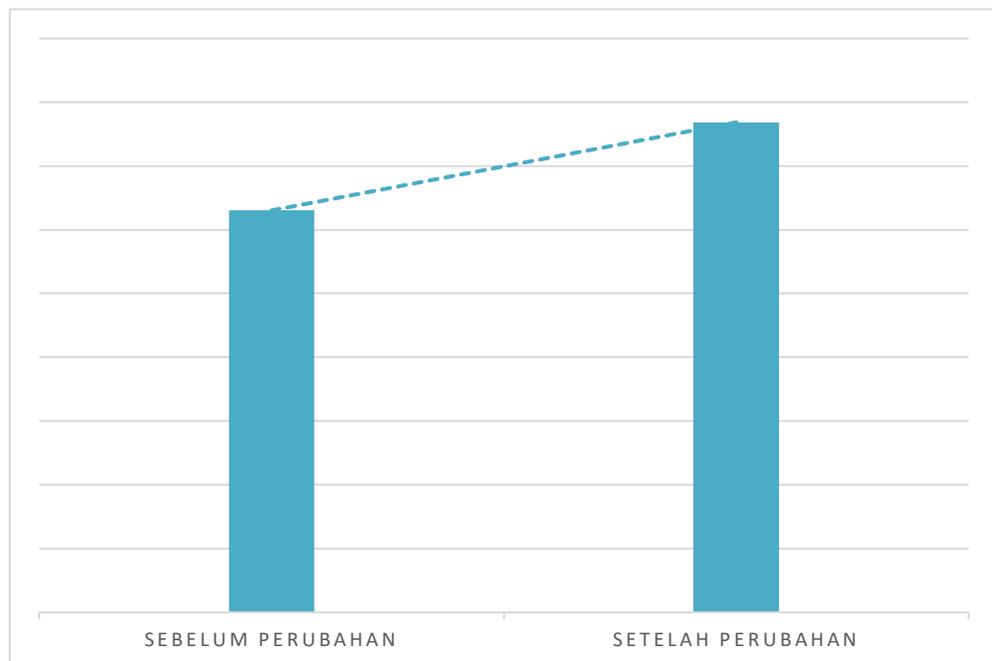
### 2.3.2 Alokasi Anggaran Per Sasaran

Perencanaan pelaksanaan anggaran RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Tahun 2024 mengalokasikan anggaran berdasarkan per sasaran (IKU) sebagai berikut:

Tabel 17. Alokasi Anggaran Per Sasaran Tahun 2024

Sasaran	Sebelum Perubahan	Setelah Perubahan	Bertambah/ (Berkurang)
(1)	(2)	(3)	(4=3-2)
Meningkatnya Kinerja Tata Kelola RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti	126.050.972.796	153.699.916.707	27.648.943.911
<b>Total</b>	<b>126.050.972.796</b>	<b>153.699.916.707</b>	<b>27.648.943.911</b>

Sumber Data : Dokumen Pelaksanaan Anggaran 2024



Gambar 6. Penambahan Alokasi Anggaran Per Sasaran Tahun 2024

### 2.3.3 Alokasi Anggaran Per Sumber Dana

Struktur anggaran belanja RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Tahun 2024 berdasarkan pengelompokan sumber dana dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 18. Alokasi Anggaran Per Sumber Dana

Uraian	Sumber Dana							
	APBD		DAK		BLUD		Total	
	Anggaran	%	Anggaran	%	Anggaran	%	Anggaran	%
(1)	(2)		(3)		(4)		(5)	
BELANJA	93.802.494.797	61,03	0	0,00	59.897.421.910	38,97	153.699.916.707	100,00
BELANJA OPERASI	19.289.307.502	12,55	0	0,00	52.897.421.910	34,42	72.186.729.412	46,97
Belanja Pegawai	268.800.000	0,17	0	0,00	0	0,00	268.800.000	0,17
Belanja Barang dan Jasa	19.020.507.502	12,38	0	0,00	52.897.421.910	34,42	71.917.929.412	46,79
BELANJA MODAL	74.513.187.295	48,48	0	0,00	7.000.000.000	4,55	81.513.187.295	53,03
Belanja Modal Peralatan dan Mesin	13.762.707.295	8,95	0	0,00	2.000.000.000	1,30	15.762.707.295	10,26
Belanja Modal Gedung dan Bangunan	60.750.480.000	39,53	0	0,00	4.000.000.000	2,60	64.750.480.000	42,13
Belanja Modal Jalan, Jaringan, dan Irigasi	0	0,00	0	0,00	1.000.000.000	0,65	1.000.000.000	0,65

### 2.3.4 Alokasi Anggaran Per Program

Perencanaan pelaksanaan anggaran RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Tahun 2024 mengalokasikan anggaran berdasarkan per program sebagai berikut:

Tabel 19. Alokasi Anggaran Per Program

Kode	Program/ Kegiatan/ Sub Kegiatan	Sebelum Perubahan (Rp.)	Setelah Perubahan (Rp.)	Bertambah/ (Berkurang)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1.02.01	PROGRAM PENUNJANG URUSAN PEMERINTAHAN DAERAH KABUPATEN/KOTA	63.522.125.656	76.856.722.567	13.334.596.911
1.02.01.2.02	Administrasi Keuangan Perangkat Daerah	356.215.000	483.390.000	127.175.000
1.02.01.2.02.0007	Koordinasi dan Penyusunan Laporan Keuangan Bulanan/ Triwulanan/ Semesteran SKPD	356.215.000	483.390.000	127.175.000
1.02.01.2.08	Penyediaan Jasa Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah	14.655.910.656	16.475.910.657	1.820.000.001
1.02.01.2.08.0004	Penyediaan Jasa Pelayanan Umum Kantor	14.655.910.656	16.475.910.657	1.820.000.001
1.02.01.2.10	Peningkatan Pelayanan BLUD	48.510.000.000	59.897.421.910	11.387.421.910
1.02.01.2.10.0001	Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	48.510.000.000	59.897.421.910	11.387.421.910
1.02.02	PROGRAM PEMENUHAN UPAYA KESEHATAN PERORANGAN DAN UPAYA KESEHATAN MASYARAKAT	60.787.703.140	74.845.053.140	14.057.350.000
1.02.02.2.01	Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Kewenangan Daerah Kabupaten/ Kota	60.787.703.140	74.845.053.140	14.057.350.000
1.02.02.2.01.0014	Pengadaan Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Pelayanan Kesehatan	1.287.703.140	1.287.703.140	0
1.02.02.2.01.0022	Pengembangan Rumah Sakit	59.500.000.000	73.557.350.000	14.057.350.000

<b>Kode</b>	<b>Program/ Kegiatan/ Sub Kegiatan</b>	<b>Sebelum Perubahan (Rp.)</b>	<b>Setelah Perubahan (Rp.)</b>	<b>Bertambah/ (Berkurang)</b>
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1.02.03	PROGRAM PENINGKATAN KAPASITAS SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN	1.491.144.000	1.890.104.000	256.997.000
1.02.03.2.03	Pengembangan Mutu dan Peningkatan Kompetensi Teknis Sumber Daya Manusia Kesehatan Tingkat Daerah Kabupaten/ Kota	1.491.144.000	1.890.104.000	256.997.000
1.02.03.2.03.01	Pengembangan Mutu dan Peningkatan Kompetensi Teknis Sumber Daya Manusia Kesehatan Tingkat Daerah Kabupaten/ Kota	1.741.144.000	1.998.141.000	256.997.000
<b>TOTAL</b>		<b>126.050.972.796</b>	<b>153.699.916.707</b>	<b>27.648.943.911</b>

### BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

#### 3.1 Capaian Kinerja

Kerangka pengukuran capaian kinerja RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti dilakukan dengan cara membandingkan antara target kinerja dengan realisasi kinerja, yang mengacu kepada Keputusan Kepala Lembaga Administrasi Negara Nomor: 239/IX/6/8/2003 tentang Perbaikan Pedoman Penyusunan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah. Adapun pengukuran kinerja tersebut menggunakan dua rumus sebagai berikut:

a. Tingkat Realisasi Positif

Semakin tinggi realisasi menunjukkan pencapaian kinerja semakin baik, maka digunakan rumus :

$$\text{Capaian} = \frac{\text{Realisasi}}{\text{Target}} \times 100\%$$

b. Tingkat Realisasi Negatif

Semakin tinggi realisasi menunjukkan semakin rendah pencapaian kinerja, maka digunakan rumus :

$$\text{Capaian} = \frac{\text{Target} - (\text{Realisasi} - \text{Target})}{\text{Target}} \times 100\%$$

Untuk mempermudah interpretasi atas pencapaian sasaran dan indikator kinerja sasaran digunakan skala pengukuran ordinal. Skala nilai peringkat kinerja berdasarkan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 86 Tahun 2017, adalah sebagaimana tercantum pada tabel di bawah ini:

Tabel 20. Skala Nilai Peringkat Kinerja

Interval Nilai	Kriteria Penilaian
91% ≤ 100%	Sangat Tinggi
76% ≤ 90%	Tinggi
66% ≤ 75%	Sedang
51% ≤ 65%	Rendah
≤ 50%	Sangat Rendah

Rata-rata realisasi kinerja RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Tahun 2024 sebesar 100,76%. Merujuk pada Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 86 Tahun 2017, termasuk dalam kategori peringkat kinerja SANGAT TINGGI, sebagaimana tercantum dalam tabel di bawah ini:

Tabel 21. Capaian Kinerja RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Tahun 2024

No	Sasaran	Indikator	Satuan	Target	Realisasi	Persentase	Kriteria
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1	Meningkatkan Kinerja Tata Kelola RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti	Peringkat Penilaian Akreditasi RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti	Nilai	80,50 (Paripurna)	92,18 (Paripurna)	114,51	Sangat Tinggi
		Persentase Indikator SPM yang Mencapai Target	Persen	73,50	80,91	110,08	Sangat Tinggi
2	Mewujudkan Tingkat Kepatuhan Atas Laporan Harta Kekayaan Aparatur Negara	Tingkat Kepatuhan Penyampaian LHKPN 100% Per Tanggal 31 Maret Setiap Tahun	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
		Tingkat Kepatuhan Penyampaian SPT Tahunan 100% Per Tanggal 31 Maret Setiap Tahun	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
3	Mewujudkan Tingkat Kepatuhan Penyampaian Sasaran Kinerja Pegawai (SKP)	Tingkat Kepatuhan Penyampaian SKP 100% Paling Lambat Akhir Bulan Februari Setiap Tahun	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi

No	Sasaran	Indikator	Satuan	Target	Realisasi	Persentase	Kriteria
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
4	Terlaksananya Kepatuhan Input SIRUP	Tingkat Kepatuhan Input serta Pengumuman Paket Pengadaan pada Aplikasi SIRUP per Akhir Februari Setiap Tahun	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
5	Terlaksananya Kepatuhan Input e-Pantau	Tingkat Ketepatan Waktu Input e-Pantau dan Telah Diverifikasi 100% Per Tanggal 10 Setiap Bulan	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
6	Terlaksananya Kepatuhan Penyampaian Usulan RKBMD	Tingkat Ketepatan Waktu Penyampaian Usulan Rencana Kebutuhan Barang Milik Daerah (RKBMD) 100% Sesuai dengan Barang Milik Daerah (BMD) yang Akan Diadakan	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
7	Terlaksananya Kepatuhan Penyampaian Usulan SHS	Tingkat Ketepatan Waktu Penyampaian Usulan Standar Harga Satuan (SHS) Perangkat Daerah Paling Lambat Bulan April untuk Tahun Anggaran Berikutnya	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi

No	Sasaran	Indikator	Satuan	Target	Realisasi	Persentase	Kriteria
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
8	Terlaksananya Ketepatan Waktu Penyampaian LKjIP	Tingkat Ketepatan Waktu Penyampaian Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LkjIP) Perangkat Daerah Paling Lambat Akhir Februari Setiap Tahun	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
9	Terlaksananya Ketepatan Waktu Penyampaian Laporan Keuangan (LK) SKPD	Tingkat Ketepatan Waktu Penyampaian Laporan Keuangan SKPD Per Tanggal 24 Januari Setiap Tahun	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
10	Terlaksananya Ketepatan Waktu Penyampaian Laporan SKM dan Laporan RTL Perangkat Daerah	Tingkat Ketepatan Waktu Penyampaian Laporan Survei Kepuasan Masyarakat (SKM) dan Laporan Rencana Tindak Lanjut (RTL) Semester I Paling Lambat Akhir Bulan Juni dan Semester II Akhir Bulan Oktober Setiap Tahun	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
11	Meningkatnya Keterlibatan Masyarakat Dalam Pelaksanaan Forum Konsultasi Publik	Menilai Pelaksanaan, Pelaporan dan Tindak Lanjut Hasil Forum Konsultasi Publik (FKP)	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi

No	Sasaran	Indikator	Satuan	Target	Realisasi	Persentase	Kriteria
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
12	Menyelesaikan Tindak Lanjut Laporan Hasil Pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)	Tindak Lanjut Hasil Temuan Administrasi dan Kerugian BPK Atas Audit LKPD 5 Tahun Terakhir	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
13	Terlaksananya Ketepatan Waktu Penyampaian Laporan SPIP	Ketepatan Waktu Penyampaian Laporan Penilaian Mandiri Penyelenggaraan SPIP Perangkat Daerah Per 30 Juni Tahun Berjalan	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
14	Penerapan Core Values ASN Berakhlak	Internalisasi Core Values ASN Berakhlak	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
15	Penyusunan Perjanjian Kinerja Sampai ke Pelaksana	Ketepatan Waktu Penyusunan dan Penyampaian Perjanjian Kinerja PD (Maksimal 1 Bulan Setelah APBD Ditetapkan)	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
16	Terlaksananya Serapan Anggaran Berdasarkan SPD yang Diterbitkan	Serapan Anggaran Berdasarkan SPD yang Terbit	Persen	70,00	90,75	129,64	Sangat Tinggi

No	Sasaran	Indikator	Satuan	Target	Realisasi	Persentase	Kriteria
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
17	Ketersediaan Dokumen Manajemen Risiko PD	Ketersediaan Dokumen Manajemen Risiko pada Perangkat Daerah Per Triwulan	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
18	Maturitas Sistem Pengendalian Intern Pemerintah (SPIP)	Nilai Maturitas SPIP pada Perangkat Daerah	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
19	Melaksanakan Tata Kelola Arsip Perangkat Daerah	Nilai Tata Kelola Arsip Perangkat Daerah	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
20	Meningkatkan Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah	Nilai SAKIP Perangkat Daerah	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
21	Peningkatan Prestasi Inovasi	Prestasi Inovasi Perangkat Daerah	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
22	Tindak Lanjut Pengaduan SP4N Lapor	Tindak Lanjut Pengaduan SP4N Lapor	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
23	Meningkatnya Pengamanan Aset	Pengamanan Aset Tanah	Persen	75,00	100,00	133,33	Sangat Tinggi
24	Meningkatnya Tata Kelola Aset	Pakta Integritas Pemakai Aset BMD Tersedia Sesuai dengan Jumlah Pejabat Struktural, Fungsional, dan Pelaksana Perangkat Daerah	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi

No	Sasaran	Indikator	Satuan	Target	Realisasi	Persentase	Kriteria
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
25	Menurunnya Prevalensi Stunting	Prevalensi Stunting Sesuai dengan Target Nasional	Persen	14,00	14,00	100,00	Sangat Tinggi
26	Pengarusutamaan Gender	Ketersediaan Penganggaran Pengarusutamaan Gender	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
27	Kepatuhan Pelaporan P3DN	Persentase Tingkat Kepatuhan Pelaporan P3DN Per Tanggal 25 Setiap Bulan	Persen	40,00	40,00	100,00	Sangat Tinggi
28	Meningkatnya Kinerja Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah	Nilai LPPD	Nilai	3,6	3,6	100,00	Sangat Tinggi
29	Meningkatkan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah	Nilai SAKIP Pemerintah Daerah	Nilai	73	77,27	105,85	Sangat Tinggi
30	Meningkatkan Manajemen Birokrasi yang Efektif, Efisien, Inovatif, Akuntabel, Bersih dan Melayani	Indeks Reformasi Birokrasi Pemerintah Daerah	Nilai	64	64	100,00	Sangat Tinggi
31	Meningkatnya Inovasi Daerah	Indeks Inovasi Daerah	Nilai	49,57	58,59	118,44	Sangat Tinggi

No	Sasaran	Indikator	Satuan	Target	Realisasi	Persentase	Kriteria
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
32	Meningkatnya Kualitas Pelayanan Publik	Indeks Pelayanan Publik Pemerintah Daerah	Nilai	8,95	4,35	48,60	Sangat Rendah
33	Meningkatnya Kepatuhan Standar Pelayanan Publik	Nilai Kepatuhan Standar Pelayanan Pemerintah Daerah	Predikat	Zona Hijau	Zona Hijau	100,00	Sangat Tinggi
34	Terwujudnya Kawasan Tanpa Rokok/Vape	Kawasan Tanpa Rokok/Vape Adalah Area atau Ruang yang Dinyatakan Dilarang untuk Aktivitas Merokok atau Mempromosikan Produk Tembakau	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
35	Meningkatnya Kepuasan Masyarakat	IKM Perangkat Daerah (Aplikasi Survey Kukar)	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
36	Meningkatnya Kualitas Lingkungan Hidup	Indeks Kualitas Lingkungan Hidup	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
37	Meningkatnya Kinerja Perangkat Daerah	Capaian Indikator Kinerja Perangkat Daerah	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
38	Terlaksananya “Gerakan Etam Mengaji (GEMA)” di Perangkat Daerah	Laporan Pemetaan Kemampuan Mengaji ASN Perangkat Daerah	Laporan	1	1	100,00	Sangat Tinggi

No	Sasaran	Indikator	Satuan	Target	Realisasi	Persentase	Kriteria
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
39	Terbentuknya Unit Pengumpul Zakat (UPZ) Perangkat Daerah	SK Pembentukan UPZ Perangkat Daerah	SK	1	1	100,00	Sangat Tinggi
<b>Rata-rata</b>						<b>101,47</b>	<b>Sangat Tinggi</b>

### 3.2 Analisis dan Evaluasi Capaian Kinerja

Berdasarkan Rencana Strategis (Renstra) RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Tahun 2021-2026, pada tahun 2024 ditetapkan 1 (satu) sasaran/Indikator Kinerja Utama (IKU) berserta 2 (dua) indikator kinerja yang merupakan tolok ukur yang memberikan informasi tingkat pencapaian kinerja terhadap target kinerja yang telah ditetapkan.

Perumusan sasaran/Indikator Kinerja Utama (IKU) berdasarkan kriteria "SMART". Analisis SMART digunakan untuk menjabarkan isu yang telah dipilih menjadi sasaran yang lebih jelas dan tegas.

- a. *Specific* (spesifik/khusus), sifat dan tingkat sasaran dapat diidentifikasi dengan jelas.
- b. *Measurable* (dapat diukur), target sasaran dinyatakan dengan jelas dan terukur.
- c. *Achievable* (dapat dicapai), target sasaran dapat dicapai terkait dengan kapasitas dan sumber daya yang ada (realistis).
- d. *Relevant* (relevan), mencerminkan keterkaitan antara target sasaran dengan tujuan.
- e. *Time Bound* (batas waktu), periode pencapaian sasaran dapat ditetapkan.

Pada tahun 2024 Pemerintah Daerah Kabupaten Kutai Kartanegara dalam rangka meningkatkan kinerja, melalui Perjanjian Kinerja Tahun 2024 menambahkan beberapa sasaran yang menunjang kinerja Pemerintah Daerah, yang perlu RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti capai, sehingga pada tahun 2023, RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti memiliki 39 (tiga puluh sembilan) sasaran dan 41 (empat puluh satu) indikator sasaran.

### 3.2.1 Meningkatnya Kinerja Tata Kelola RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti

Peningkatan tata kelola kinerja organisasi merupakan indikator kinerja utama RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti yang dilaksanakan bertujuan untuk mewujudkan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis yang baik (*good corporate governance and good clinical governance*).

Sasaran **Meningkatnya Kinerja Tata Kelola RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti** diukur dengan 2 (dua) indikator yaitu sebagai berikut:

a. Peringkat Penilaian Akreditasi

Berdasarkan Survey Akreditasi Rumah Sakit pada RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti yang dilaksanakan pada tanggal 12 Oktober 2023 dan 13 Oktober 2023 oleh Lembaga Akreditasi Rumah Sakit Damar Husada Paripurna (LARS DHP), RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti memperoleh **Tingkat Kelulusan Paripurna**, yang tercantum pada Sertifikat Akreditasi Rumah Sakit Nomor 00416/U/X/2023 yang berlaku sejak tanggal 30 Oktober 2023 sampai dengan 25 Oktober 2027. Realisasi indikator kinerja tahun 2023 sebagai berikut:

Tabel 22. Capaian Indikator Peringkat Penilaian Akreditasi

Indikator Kinerja	Target	Realisasi	% Capaian
(1)	(2)	(3)	(4=3/2)
Peringkat Penilaian Akreditasi	80,50 Paripurna	92,18 Paripurna	114,51

Sumber Data: Sertifikat Akreditasi Rumah Sakit

Tabel 23. Perbandingan Capaian Indikator Peringkat Penilaian Akreditasi Tahun 2023 Terhadap Capaian Periode Sebelumnya

Indikator Kinerja	Realisasi 2021	Realisasi 2023	Realisasi 2024
(1)	(2)	(3)	(4)
Peringkat Penilaian Akreditasi	80,50 Paripurna	92,18 Paripurna	92,18 Paripurna

Sumber Data: LKjIP Tahun 2023

Tabel 24. Perbandingan Capaian Indikator Peringkat Penilaian Akreditasi Tahun 2024 Terhadap Target Jangka Menengah

Indikator Kinerja	Target Jangka Menengah (2026)	Realisasi 2024	% Capaian
(1)	(2)	(3)	(4=3/2)
Peringkat Penilaian Akreditasi	80,50 Paripurna	92,18 Paripurna	114,51

Sumber Data: Hasil Survei Akreditasi Rumah Sakit

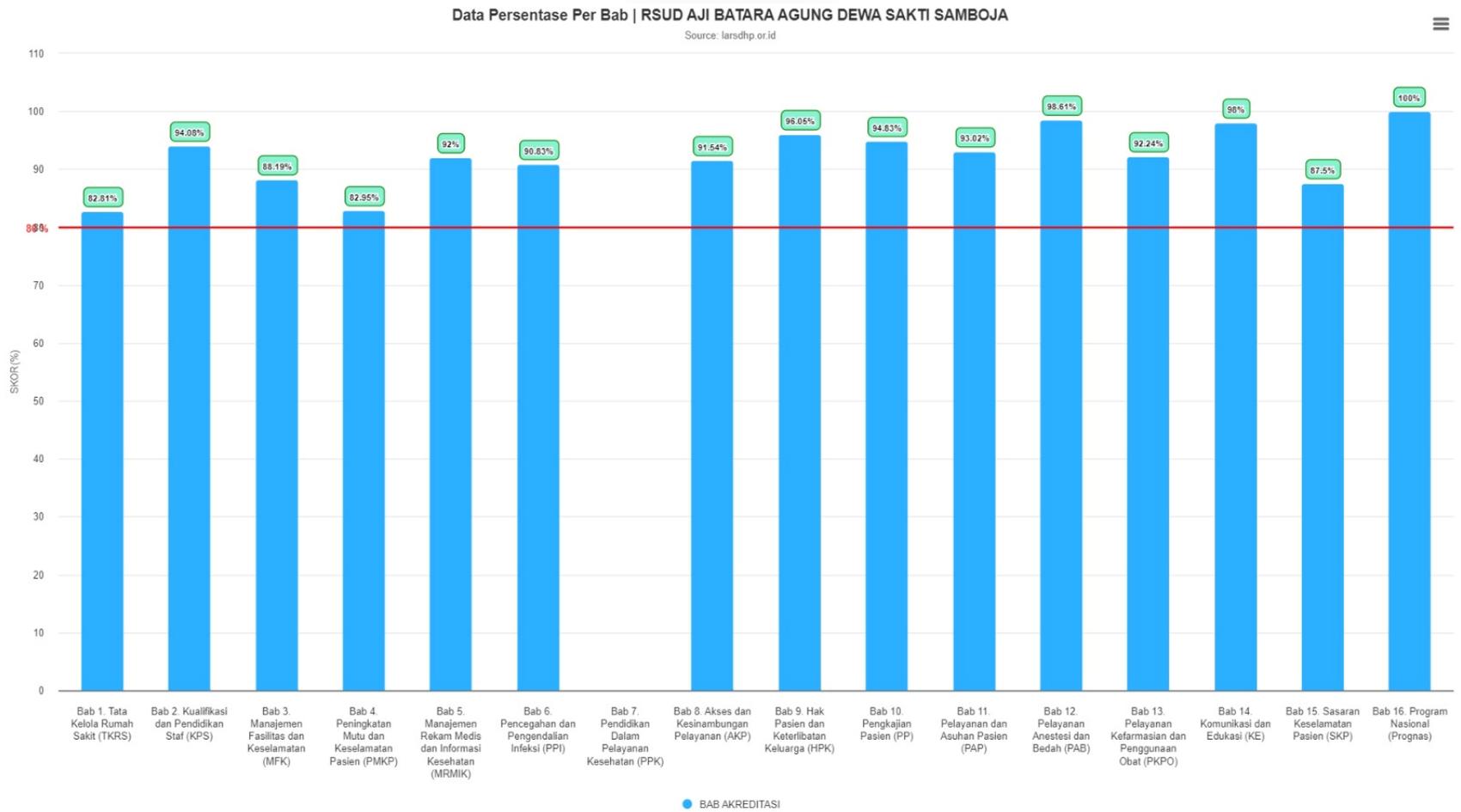
Tabel 25. Perbandingan Capaian Indikator Peringkat Penilaian Akreditasi Tahun 2024 Terhadap Standar Nasional

Indikator Kinerja	Standar Nasional	Realisasi 2024	Ket
(1)	(2)	(3)	(4)
Peringkat Penilaian Akreditasi	15 bab mendapat nilai minimal 80% dan bab Program Nasional mendapat nilai 100%	15 bab mendapat nilai lebih dari 80% dan bab Program Nasional mendapat nilai 100%	Memenuhi Standar Nasional

Sumber Data: Hasil Survei Akreditasi Rumah Sakit

Tabel 26. Perbandingan Capaian Indikator Peringkat Penilaian Akreditasi Tahun 2024 Terhadap Rumah Sakit Lainnya di Kab. Kutai Kartanegara

Indikator Kinerja	Realisasi 2024	RSUD A.M. Parikesit	RSUD Dayaku Raja
(1)	(2)	(3)	(4)
Peringkat Penilaian Akreditasi	92,18 Paripurna	95,01 Paripurna	88,17 Paripurna



Gambar 7. Hasil Survei Akreditasi Rumah Sakit

Faktor yang mendukung keberhasilan pencapaian indikator kinerja adalah sebagai berikut:

- 1) Komitmen rumah sakit memenuhi kewajiban untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dengan mencapai standar pelayanan kesehatan.
- 2) Keterlibatan aktif dan partisipasi penuh dari seluruh pegawai sehingga memiliki pemahaman yang baik tentang standar akreditasi dan berkontribusi pada pemenuhan indikator kinerja.
- 3) Bimbingan teknis pada seluruh pegawai mengenai standar akreditasi, membantu meningkatkan keterampilan dan kinerja rumah sakit.
- 4) Pemenuhan aspek regulasi meliputi kebijakan dan prosedur kerja sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan standar yang telah ditetapkan.
- 5) Pengukuran kinerja secara berkala membantu mengidentifikasi masalah/hambatan/kelemahan dalam pencapaian kinerja.

Faktor yang menjadi penghambat dalam pencapaian indikator kinerja adalah sebagai berikut:

- 1) Persyaratan akreditasi rumah sakit terus berkembang, sehingga memerlukan sumber daya tambahan.
- 2) Belum memiliki sistem manajemen mutu yang terstruktur dan efektif untuk mendeteksi potensi penyimpangan dari standar.
- 3) Pergantian pegawai yang tinggi sehingga mengakibatkan ketidakstabilan kontinuitas implementasi program akreditasi, karena memerlukan waktu dan upaya tambahan untuk pelatihan dan adaptasi bagi pegawai baru.

Adapun upaya yang dilakukan untuk meningkatkan pencapaian indikator kinerja adalah sebagai berikut:

- 1) Memberikan pengembangan kompetensi yang menunjang kinerja kepada pegawai rumah sakit.
- 2) Mendorong Komite Mutu lebih aktif dalam pengendalian dan pengawasan standar mutu pelayanan kesehatan.

## b. Persentase Indikator SPM yang Mencapai Target

Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit pada hakekatnya merupakan jenis-jenis pelayanan rumah sakit yang wajib dilaksanakan oleh rumah sakit dengan standar kinerja yang ditetapkan. Pemenuhan indikator SPM menunjang pencapaian standar mutu dalam meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Realisasi indikator kinerja tahun 2024 sebagai berikut:

Tabel 27. Capaian Indikator Persentase Indikator SPM yang Mencapai Target

Indikator Kinerja	Target	Realisasi	% Capaian
(1)	(2)	(3)	(4=3/2)
Persentase Indikator SPM yang Mencapai Target	76,00	80,91	106,46

Sumber Data: Laporan Capaian SPM, 31 Desember 2024

Tabel 28. Perbandingan Capaian Indikator Persentase Indikator SPM yang Mencapai Target Tahun 2024 Terhadap Capaian Periode Sebelumnya

Indikator Kinerja	Realisasi 2022	Realisasi 2023	Realisasi 2024
(1)	(2)	(3)	(4)
Persentase Indikator SPM yang Mencapai Target	81,63	80,91	80,91

Sumber Data: LKjIP Tahun 2023

Tabel 29. Perbandingan Capaian Indikator Persentase Indikator SPM yang Mencapai Target Tahun 2024 Terhadap Target Jangka Menengah

Indikator Kinerja	Target Jangka Menengah (2026)	Realisasi 2024	% Capaian
(1)	(2)	(3)	(4=3/2)
Persentase Indikator SPM yang Mencapai Target	77,00	80,91	105,08

Sumber Data: Laporan IKU Tahun 2024

Tabel 30. Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Tahun 2024

No.	Indikator	Standar	Capaian	Keterangan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>A</b>	<b>Gawat Darurat</b>			
1	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100%	100%	Tercapai
2	Jam buka pelayanan gawat darurat	24 Jam	24 Jam	Tercapai
3	Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku ATLS/ACLS/BTCLS/PPGD	100%	99,52%	Tidak Tercapai
4	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	Satu tim	Satu tim	Tercapai
5	Waktu tanggap pelayanan dokter umum /jaga di gawat darurat	≤ 5 (lima) menit	3 menit 51 detik	Tercapai
6	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	93,62%	Tercapai
7	Kematian pasien ≤ 8Jam	≤ 2 per seribu (‰)	2,28‰	Tidak Tercapai
8	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	100%	Tercapai
<b>B</b>	<b>Rawat Jalan</b>			
1	Dokter pemberi pelayanan di klinik spesialis	100%	100%	Tercapai
2	Ketersediaan pelayanan rawat jalan (klinik: anak, penyakit dalam, kebidanan, dan bedah)	100%	100%	Tercapai
3	Jam buka pelayanan sesuai ketentuan (08.00-14.00)	100%	100%	Tercapai
4	Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 60 menit	2 jam 30 menit	Tidak Tercapai
5	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	92,69%	Tercapai
6	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan TCM	≥ 60%	100%	Tercapai
7	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	100%	100%	Tercapai
<b>C</b>	<b>Rawat Inap</b>			
1	Pemberi pelayanan di rawat inap	100%	100%	Tercapai
2	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	100%	Tercapai

No.	Indikator	Standar	Capaian	Keterangan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3	Ketersediaan pelayanan rawat inap (minimal: anak, penyakit dalam, kebidanan, bedah)	100%	100%	Tercapai
4	Jam visite dokter spesialis (08.00-14.00)	≥ 90%	99,03%	Tercapai
5	Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5%	0%	Tercapai
6	Kejadian infeksi nosocomial	≤ 1,5%	1,10%	Tercapai
7	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian	100%	100%	Tercapai
8	Kematian pasien > 48 jam	NDR ≤ 25‰	6,61‰	Tercapai
9	Kejadian pulang paksa	≤ 5%	2,16%	Tercapai
10	Kepuasan pelanggan rawat inap	≥ 80%	91,53%	Tercapai
11	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan TCM	≥ 60%	100%	Tercapai
12	Terlaksana kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	100%	100%	Tercapai
<b>D</b>	<b>Bedah Sentral</b>			
1	Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	1 hari	Tercapai
2	Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1%	0%	Tercapai
3	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100%	Tercapai
4	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%	Tercapai
5	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100%	Tercapai
6	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100%	Tercapai
7	Komplikasi anestesi karena <i>overdosis</i> , reaksi anestesi, dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>	≤ 6%	0%	Tercapai
<b>E</b>	<b>Persalinan, perinatologi</b>			
1	Angka kematian ibu	215 per 100.000 kelahiran hidup	1,12‰	Tercapai
2	Angka kematian bayi	13 per 1000 kelahiran hidup	18,34‰	Tidak Tercapai
3	Pemberi pelayanan persalinan normal	100%	100%	Tercapai
4	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit (TIM PONEK)	100%	100%	Tercapai

No.	Indikator	Standar	Capaian	Keterangan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi Dokter Sp Obsgyn, Dokter Sp Anak, Dokter Sp Anestesi	100%	100%	Tercapai
6	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr	100%	95,04%	Tidak Tercapai
7	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	≤ 20%	31,28%	Tidak Tercapai
8	Keluarga Berencana a. Persentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr.Sp.Og, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr.umum terlatih b. Persentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih	100%	100%	Tercapai
9	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	90,19%	Tercapai
F	Intensif			
1	Rata rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3%	0%	Tercapai
2	Pemberi pelayanan unit intensif oleh dokter spesialis	100%	100%	Tercapai
3	Pemberi pelayanan unit intensif oleh perawat terlatih	≥ 50%	55,09%	Tercapai
G	Radiologi			
1	Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax	≤ 3 jam (180 menit)	10 jam 21 menit	Tidak Tercapai
2	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan radiologi	100%	98,80%	Tidak Tercapai
3	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	≤ 2%	0,21%	Tercapai
4	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	84,42%	Tercapai
H	Lab. Patologi Klinik			
1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium.	≤ 140 menit	55 menit	Tercapai
2	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100%	Tercapai
3	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100%	Tercapai

No.	Indikator	Standar	Capaian	Keterangan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	86,72%	Tercapai
5	Angka pengulangan pemeriksaan laboratorium	≤ 2%	0,04%	Tercapai
i	Rehabilitasi Medik			
1	Kejadian <i>drop out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang di rencanakan	≤ 50%	5,37%	Tercapai
2	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	100%	Tercapai
3	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	97,88%	Tercapai
J	Farmasi			
1	Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 menit	18 menit	Tercapai
2	Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit	28 menit	Tercapai
3	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%	Tercapai
4	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	79,26%	Tidak Tercapai
5	Penulisan resep sesuai formularium	≥ 90%	95,66%	Tercapai
K	Gizi			
1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90%	94,79%	Tercapai
2	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20%	21,79%	Tercapai
3	Tidak adanya kejadian kesalahan dalam pemberian diet	100%	99,49%	Tidak Tercapai
L	Transfusi Darah			
1	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100%	100%	Tercapai
2	Kejadian reaksi transfusi	≤ 0,01%	0,55%	Tidak Tercapai
M	Rekam Medik			
1	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	68,83%	Tidak Tercapai
2	Kelengkapan <i>informed consent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	99,81%	Tidak Tercapai

No.	Indikator	Standar	Capaian	Keterangan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3	Pengembalian rekam medik ≤ 24 jam	≥ 80%	80,76%	Tercapai
4	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit	8 menit	Tercapai
5	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit	11 menit	Tercapai
N	Pengelolaan Limbah			
1	Baku mutu limbah cair indikator BOD	< 30 mg/l	16,37 mg/l	Tercapai
2	Baku mutu limbah cair indikator COD	< 80 mg/l	34,41 mg/l	Tercapai
3	Baku mutu limbah cair indikator TSS	< 30 mg/l	9,55 mg/l	Tercapai
4	Baku mutu limbah cair indikator PH	PH 6-9	7,48	Tercapai
5	Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100%	100%	Tercapai
6	Inspeksi kesehatan lingkungan Rumah Sakit	≥ 7500	8209	Tercapai
7	Proper lingkungan	Biru	Biru	Tercapai
O	Administrasi dan Manajemen			
1	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan Direksi	100%	100%	Tercapai
2	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100%	Tercapai
3	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%	Tercapai
4	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%	100%	Tercapai
5	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	≥ 60%	58,92%	Tidak Tercapai
6	<i>Cost recovery</i>	≥ 65 %	99,78%	Tercapai
7	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100%	Tercapai
8	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	100%	Tercapai
9	Kesesuaian jumlah surat elegibilitas peserta (SEP) yang diterbitkan terhadap jumlah sep yang diklaimkan	100%	95,41%	Tidak Tercapai
10	Level IT terintegrasi	Siloed 2	Siloed 1	Tidak Tercapai
11	Kecepatan waktu tanggap komplain	≥ 80%	100%	Tercapai
P	Ambulan			
1	Waktu pelayanan ambulan	24 jam	24 jam	Tercapai

No.	Indikator	Standar	Capaian	Keterangan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2	Kecepatan memberikan pelayanan ambulans di Rumah Sakit	≤ 30 menit	16 menit	Tercapai
3	Response <i>time</i> pelayanan ambulans oleh masyarakat yang membutuhkan	≤ 30 menit	17 menit	Tercapai
Q	Pemulasaraan Jenazah			
1	Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah	≤ 2 Jam	53 menit	Tercapai
R	Pemeliharaan Sarana RS			
1	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≥ 80%	71,37%	Tidak Tercapai
2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat kesehatan	100%	88,13%	Tidak Tercapai
3	Ketepatan waktu pemeliharaan alat non kesehatan	100%	79,17%	Tidak Tercapai
4	Peralatan laboratorium (dan alat ukur) yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%	68,00%	Tidak Tercapai
S	Laundry			
1	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%	100%	Tercapai
2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%	100%	Tercapai
T	PPI			
1	Ada anggota tim pencegahan penanggulangan infeksi yang terlatih	75%	75%	Tercapai
2	Tersedia APD di setiap instalasi/departemen	75%	100%	Tercapai
3	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAI ( <i>Health Care Associated Infection</i> ) di Rumah Sakit (min 1 parameter)	75%	100%	Tercapai
4	Angka kejadian dekubitus	≤ 1,5‰	1,43‰	Tercapai
5	Angka kejadian flebitis	≤ 5%	1,10%	Tercapai
6	Angka kejadian infeksi saluran kemih	≤ 4,7‰	0‰	Tercapai
7	Angka kejadian infeksi daerah operasi	≤ 2%	0%	Tercapai
U	CSSD			
1	Keberhasilan hasil uji <i>bowie dick</i> pada mesin sterilisasi <i>autoclave</i>	100%	98,75%	Tidak Tercapai

No.	Indikator	Standar	Capaian	Keterangan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2	Peralatan medis memenuhi uji kelayakan setelah dilakukan dekontaminasi	≥ 90%	99,06%	Tercapai

Tabel 31. Rekapitulasi Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM)

Jenis Pelayanan	Jumlah Indikator Standar	Jumlah Indikator yang Tercapai	% Capaian
(1)	(2)	(3)	(4=3/2*100)
Gawat Darurat	8	6	75,00
Rawat Jalan	7	6	85,71
Rawat Inap	12	12	100,00
Kamar Operasi	7	7	100,00
Persalinan, perinatologi, dan KB	9	6	66,67
Rawat Intensif	3	3	100,00
Radiologi	4	2	50,00
Laboratorium Patologi Klinik	5	5	100,00
Rehabilitasi Medik	3	3	100,00
Farmasi	5	4	80,00
Gizi	3	2	66,67
Transfusi Darah	2	1	50,00
Rekam Medis	5	3	60,00
Pengelolaan Limbah	7	7	100,00
Administrasi dan Manajemen	11	8	72,73
Ambulance/Kereta Jenazah	3	3	100,00
Pemulasaran Jenazah	1	1	100,00
Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	4	0	0,00
Laundry	2	2	100,00
Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	7	7	100,00
CSSD	2	1	50,00
<b>Jumlah</b>	<b>110</b>	<b>89</b>	<b>80,91</b>

Sumber Data: Laporan Komite Mutu Tahun 2024

Berdasarkan capaian SPM, dari 21 jenis pelayanan, 10 pelayanan telah berhasil memenuhi SPM 100%. Pelayanan yang belum berhasil memenuhi SPM 100% menjadi fokus untuk perbaikan, yang menjadi bahan evaluasi bagi manajemen rumah sakit dan Komite Mutu serta Kepala Instalasi/Unit terkait, untuk merumuskan strategi perbaikan, dan menetapkan kebijakan peningkatan layanan yang dituangkan dalam Program Kerja Unit.

Faktor yang mendukung keberhasilan pencapaian indikator kinerja adalah sebagai berikut:

- 1) Komitmen rumah sakit memenuhi kewajiban untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dengan mencapai target indikator SPM rumah sakit.
- 2) Perencanaan kinerja dan pengendalian pelaksanaan membantu memastikan implementasi sesuai standar.
- 3) Bimbingan teknis pada seluruh pegawai mengenai standar pelayanan minimal rumah sakit, membantu meningkatkan keterampilan dan kinerja rumah sakit.
- 4) Sarana dan prasarana layanan kesehatan yang memadai.
- 5) Pengukuran kinerja secara berkala membantu mengidentifikasi masalah/hambatan/kelemahan dalam pencapaian kinerja.

Faktor yang menjadi penghambat dalam pencapaian indikator kinerja adalah sebagai berikut:

- 1) Belum memiliki sistem manajemen mutu yang terstruktur dan efektif untuk mendeteksi potensi penyimpangan dari standar.
- 2) Pergantian pegawai yang tinggi sehingga mengakibatkan ketidakstabilan kontinuitas implementasi SPM, karena memerlukan waktu dan upaya tambahan untuk pelatihan dan adaptasi bagi pegawai baru.

Adapun upaya yang dilakukan untuk meningkatkan pencapaian indikator kinerja adalah sebagai berikut:

- 1) Memberikan perhatian lebih terhadap indikator yang belum tercapai, untuk dilakukan peningkatan kinerja.
- 2) Memberikan pengembangan kompetensi yang menunjang kinerja kepada pegawai rumah sakit.

Berdasarkan realisasi indikator-indikator di atas, dapat disimpulkan, capaian kinerja sasaran/indikator kinerja utama (IKU) RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Tahun 2024 yaitu Meningkatnya Kinerja Tata Kelola RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti, memenuhi target yang telah ditetapkan.

Tabel 32. Capaian Sasaran/Indikator Kinerja Utama (IKU) Terhadap Rencana Strategis (Renstra) RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Tahun 2021-2026

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Kinerja Pada Tahun								
		2022	2023		2024			2025	2026	
		Realisasi	Target	Realisasi	%	Target	Realisasi	%	Target	Target
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6=5/4)	(7)	(8)	(9=8/7)	(10)	(11)
Meningkatnya Kinerja Tata Kelola RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti	Peringkat Penilaian Akreditasi RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti	80,5 (paripurna)	80,5 (paripurna)	92,18 (paripurna)	114,51	80,5 (paripurna)	92,18 (paripurna)	114,51	80,5 (paripurna)	80,5 (paripurna)
	Persentase Indikator SPM yang Mencapai Target	81,63	75,50	80,91	105,07	76,00	80,91	106,46	76,50	77,00

### 3.3 Kinerja Pelayanan

Sesuai tugas RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti yaitu membantu Dinas Kesehatan dalam melaksanakan urusan pemerintahan dalam upaya kesehatan perorangan secara paripurna, berikut dijabarkan capaian kinerja pelayanan dalam rangka evaluasi dengan tujuan memperoleh gambaran tentang kondisi kinerja pelayanan, dan dari hasil evaluasi menjadi dasar untuk membuat kebijakan peningkatan kualitas pelayanan.

#### 3.3.1 Pelayanan Rawat Darurat

Unit Gawat Darurat (UGD) adalah salah satu unit di rumah sakit yang menyediakan penanganan awal pasien, sesuai dengan tingkat kegawatannya. Data kunjungan UGD bisa dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 33. Jumlah Kunjungan Rawat Darurat

Pelayanan	Jumlah Kunjungan		
	2022	2023	2024
(1)	(2)	(3)	(4)
Rawat Darurat	7.027	8.989	12.682
<b>Total</b>	<b>7.027</b>	<b>8.989</b>	<b>12.682</b>

Sumber Data : Laporan Rekam Medis

Pada tabel di atas menunjukkan peningkatan kunjungan pada tahun 2024 sebesar 41,08% dari tahun sebelumnya. Rata-rata kunjungan tiap bulannya pada tahun 2024 adalah sebanyak 1.057 kunjungan.

#### 3.3.2 Pelayanan Rawat Jalan

Instalasi Rawat Jalan merupakan instalasi di rumah sakit yang memberikan pelayanan rawat jalan kepada pasien, sesuai dengan spesialisasi yang dibutuhkannya. Pelayanan tersebut meliputi pemeriksaan, pengobatan dan tindakan medis sesuai dengan kondisi pasien dan jenis penyakit yang dialaminya. Data kunjungan Rawat Jalan bisa dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 34. Jumlah Kunjungan Rawat Jalan

Pelayanan	Jumlah Kunjungan		
	2022	2023	2024
(1)	(2)	(3)	(4)
Anak	2.940	3.677	4.732
Bedah Umum	2.965	3.059	3.393
Bedah Orthopedi	547	0	329
Dermatologi dan Venereologi	1.564	1.678	2.288
Gigi Bedah Mulut	0	5	0
Gigi Endodonti	1.473	2.327	2.422
Gigi Penyakit Mulut	349	773	668
Gigi Periodonti	962	1.041	1.215
Kesehatan Jiwa	750	993	1.118
Mata (Oftalmologi)	900	1.082	1.966
Neurologi (Saraf)	2.055	2.515	2.894
Obstetri dan Ginekologi	2.892	3.050	3.056
Penyakit Dalam	9.045	10.347	11.325
THT-KL	1.294	1.242	1.452
Umum	905	977	4
Medical Check Up	0	838	1.078
Fisioterapi	2.092	2.624	1.872
Terapi Wicara	73	1.163	1.137
Rehabilitasi Medis	0	0	753
Poli Konsultansi	24	84	0
Poli Gizi	4	34	68
Poli Jantung	0	617	2.397
Psikologi Klinis	0	93	118
<b>Total</b>	<b>32.977</b>	<b>38.219</b>	<b>44.285</b>

Sumber Data : Laporan Rekam Medis

Pada tabel di atas menunjukkan peningkatan kunjungan pada tahun 2024 sebesar 15,87% dari tahun sebelumnya. Rata-rata kunjungan tiap bulannya pada tahun 2023 adalah sebanyak 3.690 kunjungan.

### 3.3.3 Pelayanan Rawat Inap

Pelayanan Rawat Inap adalah dimana seorang penderita memperoleh pelayanan kesehatan perorangan serta perawat yang meliputi observasi, pemeriksaan penunjang, diagnosa, pengobatan, pelayanan keperawatan, rehabilitasi medik, dan juga konseling tentang penyakit dan tindakan atau pengobatannya. Data kunjungan rawat inap bisa dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 35. Jumlah Kunjungan Rawat Inap

Pelayanan	Jumlah Kunjungan		
	2022	2023	2024
(1)	(2)	(3)	(4)
Bengkirai (Anak)	678	938	1.419
Gaharu	547	990	1.751
Pinus (Isolasi)	104	12	92
Mahoni	1.702	2.042	2.376
Meranti	1.111	1.553	1.529
Perinatologi	779	1.744	0
ICU	464	502	598
PICU	9	115	74
NICU	31	566	650
Intermediate	20	344	285
<b>Total</b>	<b>5.445</b>	<b>8.806</b>	<b>8.774</b>

Sumber Data : Laporan Rekam Medis

Pada tabel di atas menunjukkan penurunan kunjungan pada tahun 2024 sebesar 0,36% dari tahun sebelumnya. Rata-rata kunjungan tiap bulannya pada tahun 2023 adalah sebanyak 731 kunjungan.

Kinerja rawat inap juga dapat dianalisa pada capaian BOR, LOS, TOI, BTO, NDR, dan GDR.

Tabel 36. Kinerja Rawat Inap

Indikator	Standar	Tahun		
		2022	2023	2024
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<i>Bed Occupancy Rate/</i> tingkat hunian	60-85 Persen	41,68	56,01	71,20
<i>Length of Stay/</i> lamanya dirawat	6-9 Hari	2,80	3,17	3,45
<i>Turn Over Intervall/</i> jangka waktu tidak terisinya bed	1-3 Hari	3,91	2,48	1,40
<i>Bed Turn Over/</i> frekuensi penggunaan bed	40-50 Kali	54,39	64,64	75,43
<i>Net Death Rate/</i> angka kematian bersih	< 25 Permil	13,97	10,99	10,74
<i>Gross Death Rate/</i> angka kematian kasar	< 45 Permil	29,05	21,40	19,66

Sumber Data : Laporan Rekam Medis

### 3.3.4 Pelayanan Kamar Operasi

Pelayanan Kamar Operasi merupakan pelayanan medis yang memberikan pelayanan pembedahan baik yang terencana (elektif) maupun yang darurat (*cito*). Data tindakan Kamar Operasi bisa dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 37. Jumlah Tindakan Operasi

Pelayanan	Jumlah Tindakan		
	2022	2023	2024
(1)	(2)	(3)	(4)
Bedah Umum	706	829	1.067
Bedah Orthopedi	95	0	180
Bedah Anestesi	0	3	4
Dermatologi dan Venereologi	7	4	11
Gigi dan Mulut	23	3	1
Mata (Oftalmologi)	62	68	117
Obstetri dan Ginekologi	599	573	635
THT-KL	42	21	23
Lain-lain	2	0	0
<b>Total</b>	<b>1.536</b>	<b>1.501</b>	<b>2.038</b>

Sumber Data : Laporan Rekam Medis

Pada tabel di atas menunjukkan peningkatan tindakan pada tahun 2024 sebesar 35,78% dari tahun sebelumnya. Rata-rata tindakan tiap bulannya pada tahun 2023 adalah sebanyak 170 tindakan.

### 3.3.5 Pelayanan Kebidanan

Pelayanan Kebidanan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan berupa asuhan kebidanan yang merupakan bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan yang diberikan oleh bidan secara mandiri, kolaborasi, dan/atau rujukan. Data tindakan Kebidanan bisa dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 38. Jumlah Tindakan Kebidanan

Pelayanan	Jumlah Tindakan		
	2022	2023	2024
(1)	(2)	(3)	(4)
Persalinan Normal	273	463	
Persalinan dengan Komplikasi	132	44	
Sectio Caesaria	308	311	
Abortus	98	59	
Lain-lain	279	114	
<b>Total</b>	<b>1.090</b>	<b>991</b>	

Sumber Data : Laporan Rekam Medis

Pada tabel di atas menunjukkan penurunan tindakan pada tahun 2024 sebesar 9,98% dari tahun sebelumnya. Rata-rata tindakan tiap bulannya pada tahun 2023 adalah sebanyak 82,58 tindakan.

### 3.3.6 Pelayanan Laboratorium

Pelayanan Laboratorium merupakan unit yang melakukan pemeriksaan terhadap berbagai spesimen baik berupa darah, feses, dan cairan tubuh. Data tindakan Laboratorium bisa dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 39. Jumlah Pemeriksaan Laboratorium

Pelayanan	Jumlah Pemeriksaan		
	2022	2023	2024
(1)	(2)	(3)	(4)
Hematologi	14.208	15.072	23.900
Kimia Klinik	33.488	47.041	43.794
Imunologi/ Serologi	9.514	7.529	5.728
Platelet Rich Fibrin	51	35	161
Tes Cepat Molekuler TB	101	139	237
Pengambilan Darah 1	1.225	1.430	0
Pengambilan Darah 2	873	1.054	0
Pengambilan Darah 3	1.016	541	0
Rapid Diagnostic Test Malaria	0	0	8
Mikrobiologi	0	0	96
Pattologi Anatomi	0	0	278
<b>Total</b>	<b>60.476</b>	<b>72.841</b>	<b>74.202</b>

Sumber Data : Laporan Rekam Medis

Pada tabel di atas menunjukkan peningkatan pemeriksaan pada tahun 2024 sebesar 1,87% dari tahun sebelumnya. Rata-rata tindakan tiap bulannya pada tahun 2024 adalah sebanyak 6.183 pemeriksaan.

### 3.3.7 Pelayanan Radiologi

Pelayanan Radiologi adalah pelayanan medik yang menggunakan semua modalitas yang menggunakan sumber radiasi pengion dan non pengion untuk diagnosis dan/atau terapi dengan panduan imejing. Radiologi memberikan gambaran anatomi tubuh yang ditampilkan dalam film radiografi. Data tindakan Radiologi bisa dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 40. Jumlah Pemeriksaan Radiologi

Pelayanan	Jumlah Pemeriksaan		
	2022	2023	2024
(1)	(2)	(3)	(4)
Radiodiagnostik	4.905	5.273	
Imaging/ Pencitraan	651	869	
Radiotherapi	0	0	
Kedokteran Nuklir	0	0	
<b>Total</b>	<b>5.556</b>	<b>6.142</b>	

Sumber Data : Laporan Rekam Medis

Pada tabel di atas menunjukkan peningkatan pemeriksaan pada tahun 2023 sebesar 10,54% dari tahun sebelumnya. Rata-rata tindakan tiap bulannya pada tahun 2023 adalah sebanyak 511,83 pemeriksaan.

### 3.3.8 Pelayanan Gizi

Instalasi Gizi adalah unit yang mengelola kegiatan pelayanan gizi di rumah sakit sebagai wadah untuk melakukan pelayanan makanan, pelayanan terapi diet dan penyuluhan/konsultasi gizi.

Tabel 41. Jumlah Produk Gizi

Pelayanan	Jumlah Porsi		
	2022	2023	2024
(1)	(2)	(3)	(4)
Makanan Pasien	47.062	62.008	83.485
<b>Total</b>	<b>47.062</b>	<b>62.008</b>	<b>83.485</b>

Sumber Data : Laporan Instalasi Gizi

Pada tabel di atas menunjukkan peningkatan porsi pada tahun 2024 sebesar 34,64% dari tahun sebelumnya. Rata-rata tindakan tiap bulannya pada tahun 2024 adalah sebanyak 6.957 porsi.

### 3.3.9 Pelayanan Hemodialisa

Pelayanan Hemodialisa adalah terapi untuk menggantikan kerja dari ginjal yaitu menyaring dan membuang sisa-sisa metabolisme dan kelebihan cairan, membantu menyeimbangkan unsur kimiawi dalam tubuh serta membantu menjaga tekanan darah.

Tabel 42. Jumlah Kunjungan Hemodialisa

Pelayanan	Jumlah Kunjungan		
	2022	2023	2024
(1)	(2)	(3)	(4)
Hemodialisa	3.005	2.141	2.701
<b>Total</b>	<b>3.005</b>	<b>2.141</b>	<b>2.701</b>

Sumber Data : Laporan Rekam Medis

Pada tabel di atas menunjukkan penurunan kunjungan pada tahun 2024 sebesar 26,16% dari tahun sebelumnya. Rata-rata tindakan tiap bulannya pada tahun 2024 adalah sebanyak 225 kunjungan.

### 3.4 Kepuasan Pelanggan/Masyarakat

Pengukuran kepuasan pelanggan/masyarakat merupakan elemen penting dalam menyediakan pelayanan yang lebih baik, lebih efisien dan lebih efektif. Apabila pelanggan merasa tidak puas terhadap suatu pelayanan yang disediakan, maka pelayanan tersebut dapat dipastikan tidak efektif dan tidak efisien.

Survei Kepuasan Pelanggan dilakukan secara periodik untuk mengetahui kelemahan atau kekurangan dari layanan rumah sakit kepada masyarakat sebagai pengguna layanan, yang selanjutnya menjadi dasar perbaikan dalam upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

Tabel 43. Indeks Kepuasan Masyarakat

Indikator	Standar	Tahun		
		2022	2023	2024
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) Internal	80,00	84,83	90,38	92,87
Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) Eksternal LPPM Universitas Kartanegara	80,00	N/A	89,94	89,00

Sumber Data : Laporan Survey Kepuasan Masyarakat

Untuk mempermudah interpretasi atas hasil Survei Kepuasan Masyarakat digunakan skala pengukuran ordinal. Skala nilai Survei Kepuasan Masyarakat berdasarkan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 14 Tahun 2017, adalah sebagaimana tercantum pada tabel di bawah ini:

Tabel 44. Skala Nilai Survei Kepuasan Masyarakat

Nilai Interval	Nilai Interval Konversi	Mutu Pelayanan	Kinerja Unit Pelayanan
(1)	(2)	(3)	(4)
1,00 – 2,5996	25,00 – 64,99	D	Tidak Baik
2,60 – 3,064	65,00 – 76,60	C	Kurang Baik
3,0644 – 3,532	76,61 – 88,30	B	Baik
3,5324 – 4,00	88,31 – 100,00	A	Sangat Baik

Berdasarkan skala nilai di atas, hasil Indeks Kepuasan Masyarakat atas mutu pelayanan RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti, masuk pada kriteria Sangat Baik (A).

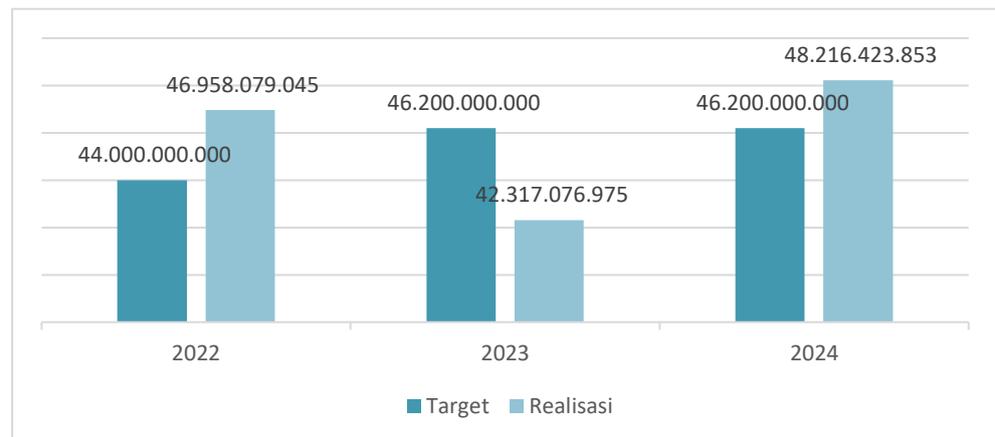
### 3.5 Kinerja Anggaran

#### 3.6.1 Realisasi Pendapatan

Realisasi pendapatan fungsional rumah sakit dapat digunakan sebagai alat penilaian kinerja karena dengan penentuan target pendapatan dapat memotivasi pegawai. Dalam penentuan target perlu memperhatikan prinsip *challenging but attainable or demanding but achievable* maksudnya adalah target pendapatan hendaknya tidak terlalu tinggi sehingga tidak dapat dipenuhi namun juga jangan terlalu rendah sehingga terlalu mudah untuk dicapai.

Pendapatan rumah sakit diharapkan meningkat tiap tahunnya, sehingga secara simultan dapat meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien, meningkatkan kualitas pelayanan publik, dan menerapkan praktek bisnis yang sehat.

Gambar 8. Realisasi Pendapatan



Sumber Data : Laporan Keuangan, 31 Desember 2023

Berdasarkan data di atas, pendapatan RSUD Aji Batara Agung pada tahun 2021 melampaui target, pada tahun 2023 tidak mencapai target, dan pada tahun 2024 melampaui target yaitu sebesar 104,36%.

Target pendapatan ditetapkan meningkat tiap tahunnya, hal tersebut merupakan bentuk motivasi dalam meningkatkan kualitas pelayanan dan bentuk komitmen RSUD Aji Batara Agung mandiri secara keuangan.

### 3.6.2 Realisasi Anggaran

Capaian dari indikator keberhasilan anggaran perlu dianalisis dengan tiga prinsip yaitu ekonomis, efisien, dan efektif. Ekonomis berkaitan dengan pilihan dan penggunaan sumber daya dalam jumlah dan kualitas tertentu pada harga yang paling murah. Efisien berarti dalam penggunaan dana menghasilkan *output* yang maksimal (berdaya-guna). Efektif berarti penggunaan anggaran tersebut harus mencapai target atau tujuan. Realisasi anggaran RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti tahun 2024 bisa dilihat pada tabel berikut.

Tabel 45. Realisasi Anggaran Program, Kegiatan, dan Sub Kegiatan Tahun 2024

Kode	Uraian	Kinerja				Anggaran			
		Indikator	Target	Capaian	%	Pagu (Rp)	Realisasi (Rp)	Penyerapan (%)	Efisiensi (%)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6=5/4)	(7)	(8)	(9=8/7)	(10)
1.02.01	PROGRAM PENUNJANG URUSAN PEMERINTAHAN DAERAH KABUPATEN/KOTA	Nilai SAKIP Perangkat Daerah	73,00 Sangat Baik / BB	77,27 Sangat Baik / BB	105,85	76.856.722.567	67.938.513.300	88,40	11,60
1.02.01.2.02	Administrasi Keuangan Perangkat Daerah	Jumlah Laporan Administrasi Keuangan Perangkat Daerah yang Akuntabel	2 Laporan	2 Laporan	100	483.390.000	483.311.200	99,98	0,02
1.02.01.2.02.0007	Koordinasi dan Penyusunan Laporan Keuangan Bulanan/ Triwulanan/ Semesteran SKPD	Jumlah Laporan Keuangan Bulanan/ Triwulanan/ Semesteran SKPD dan Laporan Koordinasi Penyusunan Laporan Keuangan Bulanan/ Triwulanan/ Semesteran SKPD	3 Laporan	3 Laporan	100	483.390.000	483.311.200	99,98	0,02

Kode	Uraian	Kinerja				Anggaran			
		Indikator	Target	Capaian	%	Pagu (Rp)	Realisasi (Rp)	Penyerapan (%)	Efisiensi (%)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6=5/4)	(7)	(8)	(9=8/7)	(10)
1.02.01.2.08	Penyediaan Jasa Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah	Jumlah Waktu Penyediaan Jasa Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah yang disediakan	12 Bulan	12 Bulan	100	16.475.910.657	13.554.754.621	82,27	17,73
1.02.01.2.08.0004	Penyediaan Jasa Pelayanan Umum Kantor	Jumlah Laporan Penyediaan Jasa Pelayanan Umum Kantor yang Disediakan	12 Bulan	12 Bulan	100	16.475.910.657	13.554.754.621	82,27	17,73
1.02.01.2.10	Peningkatan Pelayanan BLUD	Nilai Evaluasi Kinerja BLUD	75 Nilai	80,65 Nilai	107,53	59.897.421.910	53.900.447.479	89,99	10,01
1.02.01.2.10.0001	Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	Jumlah BLUD yang Menyediakan Pelayanan dan Penunjang Pelayanan	12 Bulan	12 Bulan	100	59.897.421.910	53.900.447.479	89,99	10,01
1.02.02	PROGRAM PEMENUHAN UPAYA KESEHATAN PERORANGAN DAN UPAYA KESEHATAN MASYARAKAT	Persentase Layanan Kesehatan Rumah Sakit yang Memenuhi SPM	81,50 Persen	47,62 Persen	58,43	74.845.053.140	69.273.747.313	92,56	7,44
1.02.02.2.01	Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Kewenangan Daerah Kabupaten/Kota	Jumlah Kategori Sarana dan Prasarana Kerja Kesehatan yang Memenuhi Standar	4 Kategori	4 Kategori	100	74.845.053.140	69.273.747.313	92,56	7,44
1.02.02.2.01.0014	Pengadaan Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Pelayanan Kesehatan	Jumlah Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang Disediakan	10 Unit	10 Unit	100	1.287.703.140	1.190.509.770	92,45	7,55

Kode	Uraian	Kinerja				Anggaran			
		Indikator	Target	Capaian	%	Pagu (Rp)	Realisasi (Rp)	Penyerapan (%)	Efisiensi (%)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6=5/4)	(7)	(8)	(9=8/7)	(10)
1.02.02.2.01.0022	Pengembangan Rumah Sakit	Jumlah Rumah sakit yang Ditingkatkan Sarana, Prasarana, Alat Kesehatan dan SDM Agar Sesuai Standar Jenis Pelayanan Rumah Sakit Berdasarkan Kelas Rumah Sakit yang Memenuhi Rasio Tempat Tidur Terhadap Jumlah Penduduk Minimal 1:1000 dan/atau Dalam Rangka Peningkatan Kapasitas Pelayanan Rumah Sakit	1 Unit	1 Unit	100	73.557.350.000	68.083.237.543	92,56	7,44
1.02.03	PROGRAM PENINGKATAN KAPASITAS SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN	Persentase Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) yang Kompeten	100 Persen	100 Persen	100	1.998.141.000	1.809.436.548	90,56	9,44
1.02.03.2.03	Pengembangan Mutu dan Peningkatan Kompetensi Teknis Sumber Daya Manusia Kesehatan Tingkat Daerah Kabupaten/Kota	Persentase Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) yang Ditingkatkan Kompetensinya	55 Persen	55,62 Persen	100	1.998.141.000	1.809.436.548	90,56	9,44
1.02.03.2.03.0001	Pengembangan Mutu dan Peningkatan Kompetensi Teknis Sumber Daya Manusia Kesehatan Tingkat Daerah Kabupaten/Kota	Jumlah Sumber Daya Manusia Kesehatan Tingkat Daerah Kabupaten/Kota yang Ditingkatkan Mutu dan Kompetensinya	280 Orang	277 Orang	98,93	1.998.141.000	1.809.436.548	90,56	9,44
						<b>153.699.916.707</b>	<b>139.021.697.161</b>	<b>90,45</b>	<b>9,55</b>

Sumber Data : Laporan Keuangan

Realisasi anggaran RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti tahun 2024 berdasarkan jenis belanja dan sumber dana bisa dilihat pada tabel berikut:

Tabel 46. Alokasi Jenis Belanja Tahun 2024

Uraian	Sumber Dana						TOTAL	
	APBD		DAK		BLUD		Anggaran (Rp.)	Realisasi (Rp.)
	Anggaran (Rp.)	Realisasi (Rp.)	Anggaran (Rp.)	Realisasi (Rp.)	Anggaran (Rp.)	Realisasi (Rp.)		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8=2+4+6)	(9=3+5+7)
<b>BELANJA</b>	<b>93.802.494.797</b>	<b>85.121.249.682</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>59.897.421.910</b>	<b>53.900.447.479</b>	<b>153.699.916.707</b>	<b>139.021.697.161</b>
BELANJA OPERASI	19.289.307.502	16.151.966.774	0	0	52.897.421.910	51.769.790.958	72.186.729.412	67.921.757.732
Belanja Pegawai	268.800.000	261.240.000	0	0	0	0	268.800.000	261.240.000
Belanja Barang dan Jasa	19.020.507.502	15.890.726.774	0	0	52.897.421.910	51.769.790.958	71.917.929.412	67.660.517.732
<b>BELANJA MODAL</b>	<b>74.513.187.295</b>	<b>68.969.282.908</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>7.000.000.000</b>	<b>2.130.656.521</b>	<b>81.513.187.295</b>	<b>71.099.939.429</b>
Belanja Modal Peralatan dan Mesin	13.762.707.295	13.620.355.758	0	0	2.000.000.000	1.402.111.521	15.762.707.295	15.022.467.279
Belanja Modal Gedung dan Bangunan	60.750.480.000	55.348.927.150	0	0	4.000.000.000	728.545.000	64.750.480.000	56.077.472.150
Belanja Modal Jalan, Jaringan, dan Irigasi	0	0	0	0	1.000.000.000	0	1.000.000.000	0

### 3.6.3 Analisis Efisiensi Penggunaan Anggaran

Efisiensi penggunaan sumber daya dapat dihitung apabila target kinerja tercapai 100% atau lebih. Penghitungannya dengan cara mengurangi persentase capaian kinerja dengan persentase penggunaan anggaran. Berdasarkan pencapaian hasil kinerja per sasaran dan penyerapan anggaran, pencapaian sasaran relatif baik dan diikuti dengan penyerapan anggaran kurang dari 100% menunjukkan bahwa dana yang dialokasikan untuk pencapaian sasaran pembangunan telah mencukupi. Penggunaan anggaran dalam pencapaian sasaran tahun 2024 disajikan pada tabel berikut ini.

Tabel 47. Penggunaan Anggaran Per Sasaran Tahun 2024

Sasaran	Indikator Sasaran	Kinerja			Anggaran		
		Target	Realisasi	%	Pagu (Rp.)	Realisasi (Rp.)	%
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Meningkatnya Kinerja Tata Kelola RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti	Peringkat Penilaian Akreditasi RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti	80,50 (Paripurna)	92,18 (Paripurna)	114,51	153.699.916.707	139.021.697.161	90,45
	Persentase Indikator SPM yang Mencapai Target	73,50 Persen	80,91 Persen	106,46			
Mewujudkan Tingkat Kepatuhan Atas Laporan Harta Kekayaan Aparatur Negara	Tingkat Kepatuhan Penyampaian LHKPN 100% Per Tanggal 31 Maret Setiap Tahun	100,00 Persen	100,00 Persen	100,00	0	0	0
	Tingkat Kepatuhan Penyampaian SPT Tahunan 100% Per Tanggal 31 Maret Setiap Tahun	100,00 Persen	100,00 Persen	100,00			

Sasaran	Indikator Sasaran	Kinerja			Anggaran		
		Target	Realisasi	%	Pagu (Rp.)	Realisasi (Rp.)	%
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Mewujudkan Tingkat Kepatuhan Penyampaian Sasaran Kinerja Pegawai (SKP)	Tingkat Kepatuhan Penyampaian SKP 100% Paling Lambat Akhir Bulan Februari Setiap Tahun	100,00 Persen	100,00 Persen	100,00	0	0	0
Terlaksananya Kepatuhan Input SIRUP	Tingkat Kepatuhan Input serta Pengumuman Paket Pengadaan pada Aplikasi SIRUP per Akhir Februari Setiap Tahun	100,00 Persen	100,00 Persen	100,00	0	0	0
Terlaksananya Kepatuhan Input e-Pantau	Tingkat Ketepatan Waktu Input e-Pantau dan Telah Diverifikasi 100% Per Tanggal 10 Setiap Bulan	100,00 Persen	100,00 Persen	100,00	0	0	0
Terlaksananya Kepatuhan Penyampaian Usulan RKBMD	Tingkat Ketepatan Waktu Penyampaian Usulan Rencana Kebutuhan Barang Milik Daerah (RKBMD) 100% Sesuai dengan Barang Milik Daerah (BMD) yang Akan Diadakan	100,00 Persen	100,00 Persen	100,00	0	0	0

Sasaran	Indikator Sasaran	Kinerja			Anggaran		
		Target	Realisasi	%	Pagu (Rp.)	Realisasi (Rp.)	%
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Terlaksananya Kepatuhan Penyampaian Usulan SHS	Tingkat Ketepatan Waktu Penyampaian Usulan Standar Harga Satuan (SHS) Perangkat Daerah Paling Lambat Bulan April untuk Tahun Anggaran Berikutnya	100,00 Persen	100,00 Persen	100,00	0	0	0
Terlaksananya Ketepatan Waktu Penyampaian LKjIP	Tingkat Ketepatan Waktu Penyampaian Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) Perangkat Daerah Paling Lambat Akhir Februari Setiap Tahun	100,00 Persen	100,00 Persen	100,00	0	0	0
Terlaksananya Ketepatan Waktu Penyampaian Laporan Keuangan (LK) SKPD	Tingkat Ketepatan Waktu Penyampaian Laporan Keuangan SKPD Per Tanggal 24 Januari Setiap Tahun	100,00 Persen	100,00 Persen	100,00	0	0	0

Sasaran	Indikator Sasaran	Kinerja			Anggaran		
		Target	Realisasi	%	Pagu (Rp.)	Realisasi (Rp.)	%
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Terlaksananya Ketepatan Waktu Penyampaian Laporan SKM dan Laporan RTL Perangkat Daerah	Tingkat Ketepatan Waktu Penyampaian Laporan Survei Kepuasan Masyarakat (SKM) dan Laporan Rencana Tindak Lanjut (RTL) Semester I Paling Lambat Akhir Bulan Juni dan Semester II Akhir Bulan Oktober Setiap Tahun	100,00 Persen	100,00 Persen	100,00	0	0	0
Meningkatnya Keterlibatan Masyarakat Dalam Pelaksanaan Forum Konsultasi Publik	Menilai Pelaksanaan, Pelaporan dan Tindak Lanjut Hasil Forum Konsultasi Publik (FKP)	100,00 Persen	100,00 Persen	100,00	0	0	0
Menyelesaikan Tindak Lanjut Laporan Hasil Pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)	Tindak Lanjut Hasil Temuan Administrasi dan Kerugian BPK Atas Audit LKPD 5 Tahun Terakhir	100,00 Persen	100,00 Persen	100,00	0	0	0

Sasaran	Indikator Sasaran	Kinerja			Anggaran		
		Target	Realisasi	%	Pagu (Rp.)	Realisasi (Rp.)	%
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Terlaksananya Ketepatan Waktu Penyampaian Laporan SPIP	Ketepatan Waktu Penyampaian Laporan Penilaian Mandiri Penyelenggaraan SPIP Perangkat Daerah Per 30 Juni Tahun Berjalan	100,00 Persen	100,00 Persen	100,00	0	0	0
Penerapan Core Values ASN Berakhlak	Internalisasi Core Values ASN Berakhlak	100,00 Persen	100,00 Persen	100,00	0	0	0
Penyusunan Perjanjian Kinerja Sampai ke Pelaksana	Ketepatan Waktu Penyusunan dan Penyampaian Perjanjian Kinerja PD (Maksimal 1 Bulan Setelah APBD Ditetapkan)	100,00 Persen	100,00 Persen	100,00	0	0	0
Terlaksananya Serapan Anggaran Berdasarkan SPD yang Diterbitkan	Serapan Anggaran Berdasarkan SPD yang Terbit	70,00 Persen	90,75 Persen	129,64	0	0	0
Ketersediaan Dokumen Manajemen Risiko PD	Ketersediaan Dokumen Manajemen Risiko pada Perangkat Daerah Per Triwulan	100,00 Persen	100,00 Persen	100,00	0	0	0

Sasaran	Indikator Sasaran	Kinerja			Anggaran		
		Target	Realisasi	%	Pagu (Rp.)	Realisasi (Rp.)	%
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Maturitas Sistem Pengendalian Intern Pemerintah (SPIP)	Nilai Maturitas SPIP pada Perangkat Daerah	100,00 Persen	100,00 Persen	100,00	0	0	0
Melaksanakan Tata Kelola Arsip Perangkat Daerah	Nilai Tata Kelola Arsip Perangkat Daerah	100,00 Persen	100,00 Persen	100,00	0	0	0
Meningkatkan Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah	Nilai SAKIP Perangkat Daerah	100,00 Persen	100,00 Persen	100,00	0	0	0
Peningkatan Prestasi Inovasi	Prestasi Inovasi Perangkat Daerah	100,00 Persen	100,00 Persen	100,00	0	0	0
Tindak Lanjut Pengaduan SP4N Laporan	Tindak Lanjut Pengaduan SP4N Laporan	100,00 Persen	100,00 Persen	100,00	0	0	0
Meningkatnya Pengamanan Aset	Pengamanan Aset Tanah	75,00 Persen	100,00 Persen	133,33	0	0	0
Meningkatnya Tata Kelola Aset	Pakta Integritas Pemakai Aset BMD Tersedia Sesuai dengan Jumlah Pejabat Struktural, Fungsional, dan Pelaksana pada Perangkat Daerah	100,00 Persen	100,00 Persen	100,00	0	0	0

Sasaran	Indikator Sasaran	Kinerja			Anggaran		
		Target	Realisasi	%	Pagu (Rp.)	Realisasi (Rp.)	%
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Menurunnya Prevalensi Stunting	Prevalensi Stunting Sesuai dengan Target Nasional	14,00 Persen	14,00 Persen	100,00	0	0	0
Pengarusutamaan Gender	Ketersediaan Penganggaran Pengarusutamaan Gender	100,00 Persen	100,00 Persen	100,00	0	0	0
Kepatuhan Pelaporan P3DN	Persentase Tingkat Kepatuhan Pelaporan P3DN Per Tanggal 25 Setiap Bulan	40,00 Persen	40,00 Persen	100,00	0	0	0
Meningkatnya Kinerja Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah	Nilai LPPD	3,6 Nilai	3,6 Nilai	100,00	0	0	0
Meningkatkan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah	Nilai SAKIP Pemerintah Daerah	73 Nilai	77,27 Nilai	105,85	0	0	0
Meningkatkan Manajemen Birokrasi yang Efektif, Efisien, Inovatif, Akuntabel, Bersih dan Melayani	Indeks Reformasi Birokrasi Pemerintah Daerah	64 Nilai	64 Nilai	100,0	0	0	0

Sasaran	Indikator Sasaran	Kinerja			Anggaran		
		Target	Realisasi	%	Pagu (Rp.)	Realisasi (Rp.)	%
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Meningkatnya Inovasi Daerah	Indeks Inovasi Daerah	49,57 Nilai	58,59 Nilai	118,44	0	0	0
Meningkatnya Kualitas Pelayanan Publik	Indeks Pelayanan Publik Pemerintah Daerah	8,95 Nilai	4,35 Nilai	48,60	0	0	0
Meningkatnya Kepatuhan Standar Pelayanan Publik	Nilai Kepatuhan Standar Pelayanan Pemerintah Daerah	Zona Hijau	Zona Hijau	100,00	0	0	0
Terwujudnya Kawasan Tanpa Rokok/Vape	Kawasan Tanpa Rokok/Vape Adalah Area atau Ruang yang Dinyatakan Dilarang untuk Aktivitas Merokok atau Mempromosikan Produk Tembakau	100,00 Persen	100,00 Persen	100,00	0	0	0
Meningkatnya Kepuasan Masyarakat	IKM Perangkat Daerah (Aplikasi Survey Kukar)	100,00 Persen	100,00 Persen	100,00	0	0	0

Sasaran	Indikator Sasaran	Kinerja			Anggaran		
		Target	Realisasi	%	Pagu (Rp.)	Realisasi (Rp.)	%
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Meningkatnya Kualitas Lingkungan Hidup	Indeks Kualitas Lingkungan Hidup	100,00 Persen	100,00 Persen	100,00	0	0	0
Meningkatnya Kinerja Perangkat Daerah	Capaian Indikator Kinerja Perangkat Daerah	100,00 Persen	100,00 Persen	100,00	0	0	0
Terlaksananya "Gerakan Etam Mengaji (GEMA)" di Perangkat Daerah	Laporan Pemetaan Kemampuan Mengaji ASN Perangkat Daerah	1 Laporan	1 Laporan	100,00	0	0	0
Terbentuknya Unit Pengumpul Zakat (UPZ) Perangkat Daerah	SK Pembentukan UPZ Perangkat Daerah	1 SK	1 SK	100,00	0	0	0
<b>TOTAL</b>					<b>153.699.916.707</b>	<b>139.021.697.161</b>	<b>90,45</b>

Berdasarkan tabel Penggunaan Anggaran Per Sasaran, dapat dilakukan penghitungan tingkat efisiensi. Adapun rincian efisiensi penggunaan sumber daya tahun 2024 adalah sebagai berikut.

Tabel 48. Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Sasaran	Indikator Sasaran	% Capaian Kinerja (≥ 100%)	% Penyerapan Anggaran	Tingkat Efisiensi (%)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5=3-4)
Meningkatnya Kinerja Tata Kelola RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti	Peringkat Penilaian Akreditasi	114,51	90,45	9,55
	Persentase Indikator SPM yang Mencapai Target	110,08		

Persentase capaian melebihi target merupakan bentuk komitmen RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti memenuhi kewajiban untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.

## BAB IV PENUTUP

Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti tahun 2024 merupakan media untuk menyampaikan pertanggungjawaban kinerja Perangkat Daerah serta seluruh pemangku kepentingan baik yang terkait langsung maupun tidak langsung dan dapat sebagai sumber informasi untuk perbaikan dan peningkatan kinerja secara berkelanjutan. Penyelenggaraan kegiatan di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti pada Tahun Anggaran 2024 merupakan tahun kedua dari Rencana Strategis (Renstra) RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Tahun 2021-2026. Keberhasilan yang dicapai berkat kerjasama dan partisipasi semua pihak dan diharapkan dapat dipertahankan serta ditingkatkan.

### 4.1. Kesimpulan

Rata-rata capaian kinerja RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Tahun 2024 sebesar 100,92% (Sangat Tinggi), dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 49. Hasil Capaian Kinerja RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Tahun 2024

No.	Sasaran/Indikator	Satuan	Target	Realisasi	%	Kriteria
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1	Meningkatnya Kinerja Tata Kelola RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti					
	Peringkat Penilaian Akreditasi	Nilai	80,50	92,18	114,51	Sangat Tinggi
	Persentase Indikator SPM yang Mencapai Target	Persen	73,50	80,91	110,08	Sangat Tinggi
2	Mewujudkan Tingkat Kepatuhan Atas Laporan Harta Kekayaan Aparatur Negara					
	Tingkat Kepatuhan Penyampaian LHKPN 100% Per Tanggal 31 Maret Setiap Tahun	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
	Tingkat Kepatuhan Penyampaian SPT Tahunan 100% Per Tanggal 31 Maret Setiap Tahun	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
3	Mewujudkan Tingkat Kepatuhan Penyampaian Sasaran Kinerja Pegawai (SKP)					
	Tingkat Kepatuhan Penyampaian SKP 100% Paling Lambat Akhir Bulan Februari Setiap Tahun	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi

No.	Sasaran/Indikator	Satuan	Target	Realisasi	%	Kriteria
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
4	Terlaksananya Kepatuhan Input SIRUP					
	Tingkat Kepatuhan Input serta Pengumuman Paket Pengadaan pada Aplikasi SIRUP per Akhir Februari Setiap Tahun	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
5	Terlaksananya Kepatuhan Input e-Pantau					
	Tingkat Ketepatan Waktu Input e-Pantau dan Telah Diverifikasi 100% Per Tanggal 10 Setiap Bulan	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
6	Terlaksananya Kepatuhan Penyampaian Usulan RKBMD					
	Tingkat Ketepatan Waktu Penyampaian Usulan Rencana Kebutuhan Barang Milik Daerah (RKBMD) 100% Sesuai dengan Barang Milik Daerah (BMD) yang Akan Diadakan	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
7	Terlaksananya Kepatuhan Penyampaian Usulan SHS					
	Tingkat Ketepatan Waktu Penyampaian Usulan Standar Harga Satuan (SHS) Perangkat Daerah Paling Lambat Bulan April untuk Tahun Anggaran Berikutnya	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
8	Terlaksananya Ketepatan Waktu Penyampaian LKjIP					
	Tingkat Ketepatan Waktu Penyampaian Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) Perangkat Daerah Paling Lambat Akhir Februari Setiap Tahun	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi

No.	Sasaran/Indikator	Satuan	Target	Realisasi	%	Kriteria
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
9	Terlaksananya Ketepatan Waktu Penyampaian Laporan Keuangan (LK) SKPD					
	Tingkat Ketepatan Waktu Penyampaian Laporan Keuangan SKPD Per Tanggal 24 Januari Setiap Tahun	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
10	Terlaksananya Ketepatan Waktu Penyampaian Laporan SKM dan Laporan RTL Perangkat Daerah					
	Tingkat Ketepatan Waktu Penyampaian Laporan Survei Kepuasan Masyarakat (SKM) dan Laporan Rencana Tindak Lanjut (RTL) Semester I Paling Lambat Akhir Bulan Juni dan Semester II Akhir Bulan Oktober Setiap Tahun	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
11	Meningkatnya Keterlibatan Masyarakat Dalam Pelaksanaan Forum Konsultasi Publik					
	Menilai Pelaksanaan, Pelaporan dan Tindak Lanjut Hasil Forum Konsultasi Publik (FKP)	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
12	Menyelesaikan Tindak Lanjut Laporan Hasil Pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK)					
	Tindak Lanjut Hasil Temuan Administrasi dan Kerugian BPK Atas Audit LKPD 5 Tahun Terakhir	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
13	Terlaksananya Ketepatan Waktu Penyampaian Laporan SPIP					
	Ketepatan Waktu Penyampaian Laporan Penilaian Mandiri Penyelenggaraan SPIP Perangkat Daerah Per 30 Juni Tahun Berjalan	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi

No.	Sasaran/Indikator	Satuan	Target	Realisasi	%	Kriteria
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
14	Penerapan Core Values ASN Berakhlak					
	Internalisasi Core Values ASN Berakhlak	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
15	Penyusunan Perjanjian Kinerja Sampai ke Pelaksana					
	Ketepatan Waktu Penyusunan dan Penyampaian Perjanjian Kinerja PD (Maksimal 1 Bulan Setelah APBD Ditetapkan)	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
16	Terlaksananya Serapan Anggaran Berdasarkan SPD yang Diterbitkan					
	Serapan Anggaran Berdasarkan SPD yang Terbit	Persen	70,00	90,75	129,64	Sangat Tinggi
17	Ketersediaan Dokumen Manajemen Risiko PD					
	Ketersediaan Dokumen Manajemen Risiko pada Perangkat Daerah Per Triwulan	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
18	Maturitas Sistem Pengendalian Intern Pemerintah (SPIP)					
	Nilai Maturitas SPIP pada Perangkat Daerah	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
19	Melaksanakan Tata Kelola Arsip Perangkat Daerah					
	Nilai Tata Kelola Arsip Perangkat Daerah	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
20	Meningkatkan Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah					
	Nilai SAKIP Perangkat Daerah	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
21	Peningkatan Prestasi Inovasi					
	Prestasi Inovasi Perangkat Daerah	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
22	Tindak Lanjut Pengaduan SP4N Laport					
	Tindak Lanjut Pengaduan SP4N Laport	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
23	Meningkatnya Tata Kelola Aset					
	Pakta Integritas Pemakai Aset BMD Tersedia Sesuai dengan Jumlah Pejabat Struktural, Fungsional, dan Pelaksana pada Perangkat Daerah	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi

No.	Sasaran/Indikator	Satuan	Target	Realisasi	%	Kriteria
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
24	Meningkatnya Pengamanan Aset					
	Pengamanan Aset Tanah	Persen	75,00	100,00	133,33	Sangat Tinggi
25	Menurunnya Prevalensi Stunting					
	Prevalensi Stunting Sesuai dengan Target Nasional	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
26	Pengarusutamaan Gender					
	Ketersediaan Penganggaran Pengarusutamaan Gender	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
27	Kepatuhan Pelaporan P3DN					
	Persentase Tingkat Kepatuhan Pelaporan P3DN Per Tanggal 25 Setiap Bulan	Persen	40,00	40,00	100,00	Sangat Tinggi
28	Meningkatnya Kinerja Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah					
	Nilai LPPD	Nilai	3,6	3,6	100,00	Sangat Tinggi
29	Meningkatkan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah					
	Nilai SAKIP Pemerintah Daerah	Nilai	73,00	77,27	105,85	Sangat Tinggi
30	Meningkatkan Manajemen Birokrasi yang Efektif, Efisien, Inovatif, Akuntabel, Bersih dan Melayani					
	Indeks Reformasi Birokrasi Pemerintah Daerah	Nilai	64	64	100,00	Sangat Tinggi
31	Meningkatnya Inovasi Daerah					
	Indeks Inovasi Daerah	Nilai	49,57	58,59	118,44	Sangat Tinggi
32	Meningkatnya Kualitas Pelayanan Publik					
	Indeks Pelayanan Publik Pemerintah Daerah	Nilai	8,95	4,35	48,60	Sangat Rendah
33	Meningkatnya Kepatuhan Standar Pelayanan Publik					
	Nilai Kepatuhan Standar Pelayanan Pemerintah Daerah	Predikat	Zona Hijau	Zona Hijau	100,00	Sangat Tinggi
34	Terwujudnya Kawasan Tanpa Rokok/Vape					
	Kawasan Tanpa Rokok/Vape Adalah Area atau Ruang yang Dinyatakan Dilarang untuk Aktivitas Merokok atau Mempromosikan Produk Tembakau	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
35	Meningkatnya Kepuasan Masyarakat					
	IKM Perangkat Daerah (Aplikasi Survey Kukar)	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi

No.	Sasaran/Indikator	Satuan	Target	Realisasi	%	Kriteria
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
36	Meningkatnya Kualitas Lingkungan Hidup					
	Indeks Kualitas Lingkungan Hidup	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
37	Meningkatnya Kinerja Perangkat Daerah					
	Capaian Indikator Kinerja Perangkat Daerah	Persen	100,00	100,00	100,00	Sangat Tinggi
38	Terlaksananya "Gerakan Etam Mengaji (GEMA)" di Perangkat Daerah					
	Laporan Pemetaan Kemampuan Mengaji ASN Perangkat Daerah	Laporan	1	1	100,00	Sangat Tinggi
39	Terbentuknya Unit Pengumpul Zakat (UPZ) Perangkat Daerah					
	SK Pembentukan UPZ Perangkat Daerah	SK	1	1	100,00	Sangat Tinggi

Tabel 50. Anggaran Belanja dan Realisasi Tahun 2024

Belanja	Anggaran (Rp)	Realisasi (Rp)	Persentase (%)	Efisiensi (%)
(1)	(2)	(3)	(4=3/2)	(5)
Belanja Operasi	72.186.729.412	67.921.757.732	94,09	5,91
Belanja Modal	81.513.187.295	71.099.939.429	87,23	12,77
<b>Total Belanja</b>	<b>153.699.916.707</b>	<b>139.021.697.161</b>	<b>90,45</b>	<b>9,55</b>

Kriteria rata-rata capaian kinerja tahun 2024 sama dengan kriteria rata-rata capaian kinerja tahun 2023 yaitu pada Kinerja Sangat Tinggi. Hal ini menunjukkan bahwa RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti berkomitmen untuk selalu bekerja secara maksimal.

#### 4.2. Rekomendasi Perbaikan Kinerja

Berdasarkan hasil Analisis SWOT yang menunjukkan RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti berada pada posisi Kuadran III. Dalam hal ini, skor nilai kelemahan masih lebih besar dibandingkan dengan skor nilai kekuatan. Organisasi rumah sakit mengalami kelemahan internal sehingga sulit untuk meraih peluang yang menguntungkan.

Strategi yang tepat untuk kondisi ini adalah Konsolidasi, melakukan perbaikan dan mengubah cara pandang terhadap beberapa hal yang dapat digali dari hasil survey kepuasan pelanggan. Pada dasarnya masalah yang ada perlu diselesaikan agar rumah sakit secara internal kuat dan solid, mampu menghadapi tantangan/ancaman dari luar melalui beberapa strategi antara lain:

- a. **STRATEGI SO** : Memanfaatkan kekuatan untuk merebut peluang
- 1) Memanfaatkan kebijakan *stakeholder* untuk membina fungsi rujukan vertikal dan horizontal.
  - 2) Melakukan penetrasi pasar, meningkatkan fasilitas rawat, membina jejaring dengan rumah sakit regional di Kabupaten Kutai Kartanegara khususnya serta Provinsi Kalimantan Timur umumnya, membina pelanggan yang loyal.
  - 3) Dengan dukungan *stakeholder*, melakukan kerjasama dengan lembaga pendidikan untuk pengembangan ilmu terkait pelayanan unggulan maupun pemenuhan tenaga SDM untuk pelayanan dan investasi.
  - 4) Melakukan negosiasi dengan *stakeholder* untuk pemanfaatan event nasional dalam promosi rumah sakit.
  - 5) Kemitraan dengan perusahaan untuk pelayanan kesehatan pegawai, serta kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat.
  - 6) Bekerjasama dengan Pemerintah Daerah melakukan penelitian aplikatif yang bermanfaat bagi daerah pengembangan wilayah.
  - 7) *Road show* ke daerah-daerah di wilayah sekitar (rumah sakit regional dan rumah sakit lainnya) untuk meningkatkan utilisasi alat canggih dan pelayanan.
  - 8) Menyediakan pelayanan rawat inap khusus/poliklinik terpadu untuk bidang penyakit yang berkembang dalam transisi demografi.
  - 9) Membangun komitmen melalui budaya kerja dan sistem reward punishment selain dalam pelayanan juga dalam pendidikan dan penelitian melibatkan seluruh tenaga profesional.
  - 10) Kasus-kasus rujukan sulit BPJS dapat dikembangkan dalam meningkatkan profesionalisme.
- b. **STRATEGI WO** : Meminimalkan kelemahan, memanfaatkan peluang
- 1) Keunggulan sebagai rumah sakit rujukan dimanfaatkan untuk
  - 2) menarik investor dalam pembiayaan peralatan.
  - 3) Memanfaatkan dukungan *stakeholder* untuk pengaturan perizinan tenaga medis dan regulasi kerjasama untuk mengatasi kelangkaan tenaga medik spesialis dan subspecialis.

- 4) Pembenahan sistem informasi dan teknologi dalam pengamanan pelaksanaan rekam medik dan sistem informasi rumah sakit untuk pelayanan, pendidikan dan penelitian terkait masalah medicolegal.
- 5) Bekerjasama dengan rumah sakit lain untuk pemanfaatan peralatan dan rujukan serta penelitian dan pengembangan SDM.
- 6) Bekerjasama dengan lembaga pendidikan dalam maintenance peralatan canggih.
- 7) Berupaya membangun komitmen SDM dan keunggulan komparatif dalam pelayanan IGD terpadu sebagai rumah sakit rujukan.
- 8) Memanfaatkan lahan secara optimal dengan penataan dan penggunaan sumber energi menuju *Green Hospital*.

c. **STRATEGI ST** : Memanfaatkan kekuatan untuk mengatasi ancaman

- 1) Mengupayakan stakeholder mendukung sistem pentarifan di rumah sakit dan jasa medik yang kompetitif agar SDM loyal.
- 2) Berupaya untuk melakukan monitoring yang berkesinambungan terhadap kebijakan-kebijakan yang ada sehingga dapat mengantisipasi perubahannya dengan seksama.
- 3) Gedung yang ada dapat digunakan untuk rapat di bidang kedokteran untuk membina jejaring dengan rumah sakit lain.
- 4) Penilaian mutu (akreditasi) sebagai jaminan pelayanan bagi mitra instansi dan rumah sakit rujukan.
- 5) Mengadakan pelatihan/ lokakarya bersama dengan mitra dalam bidang verifikasi tagihan dan pengelolaan piutang.
- 6) Memfasilitasi rujukan dengan memanfaatkan kelengkapan alat dan fasilitas yang dimiliki.

d. **STRATEGI WT** : Meminimalkan kelemahan, menghindari ancaman

- 1) Memanfaatkan kompetensi tenaga profesional untuk membina rumah sakit jejaring sebagai rumah sakit afiliasi, mengadakan pelatihan dan mengirim tenaga ahli bagi dokter rumah sakit rujukan.
- 2) Mengadakan pelatihan dan lokakarya bidang hukum kedokteran dengan rumah sakit rujukan dan mitra instansi.
- 3) Mengadakan kerjasama dengan lembaga asing (rumah sakit maupun lembaga pendidikan) dalam rangka transfer knowledge dan skill.

- 4) Menerapkan sistem *reward and punishment* secara konsisten bagi karyawan, perawat dan dokter, menerapkan *Good Corporate Governance*, serta melakukan pembinaan jenjang karier, diklatbang sehingga karyawan menjadi loyal tidak berpindah.
- 5) Memanfaatkan SIM RS sebagai sarana untuk pelayanan dan melengkapi Rekam Medik, pembuatan SOP yang memiliki status hukum yang kuat.
- 6) Membuat jaringan sistem informasi dengan mitra untuk kemudahan penagihan dan verifikasi data.

Demikian Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Tahun 2024 ini kami susun dengan harapan dapat memberikan gambaran dan penjelasan tentang pelaksanaan Rencana Strategis dan Perjanjian Kinerja.

Samboja, Februari 2025

**DIREKTUR  
RSUD AJI BATARA AGUNG DEWA SAKTI**



**Apt. ARTANTO S., S.Farm**



TERAKREDITASI PARIPURNA  
LARS DHP

# RUMAH SAKIT UMUM DAERAH RSUD AJI BATARA AGUNG DEWA SAKTI



RUMAH SAKIT UMUM DAERAH AJI BATARA AGUNG DEWA SAKTI  
Jalan Balikpapan – Handil II, Samboja  
Kutai Kartanegara – Kalimantan Timur  
[www.rsudabadisamboja.id](http://www.rsudabadisamboja.id)