



TAHUN LAPORAN 2026



LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH [LKjIP]

RSUD A. WAHAB SAJHRANIE TAHUN 2025

BerAKHLAK
Berorientasi Pelayanan Akuntabel Kompeten
Harmonis Loyal Adaptif Kolaboratif

**#bangga
melayani
bangsa**

#rsudaws

We Serve You

Safely



RSUD AW Sjahranie



rsudaws



rsudaws.co.id

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan rasa syukur kepada Allah SWT, bahwa **Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2025** ini dapat diselesaikan tepat waktu. Laporan Kinerja ini disusun sebagai bentuk pertanggungjawaban atas pencapaian tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan.

Laporan Kinerja ini disusun sesuai dengan ketentuan yang tercantum dalam Instruksi Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) dan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja, dan Reviu Atas Laporan Kinerja.

Kami menyampaikan bahwa LKjIP Tahun 2025 ini merupakan tahun kedua dari implementasi RPD 2024-2026, yang menjadi landasan strategis bagi peningkatan kinerja dan pelayanan di RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda.

Secara Eksternal, Laporan Kinerja ini berfungsi sebagai alat kendali dan evaluasi kinerja secara kuantitatif, sekaligus sebagai wujud transparansi dalam pelaksanaan tugas dan fungsi RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda pada Tahun 2025, guna mewujudkan prinsip *good governance* Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur. Sementara itu, secara internal, laporan ini menjadi sarana evaluasi yang penting untuk mendorong peningkatan kinerja di setiap unit yang ada di RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda.

Kami menyadari bahwa dalam penyusunan LKjIP ini masih terdapat kekurangan dan keterbatasan. Oleh karena itu, kami sangat mengharapkan saran dan masukan yang konstruktif dari berbagai pihak terkait untuk perbaikan di masa yang akan datang.

Semoga laporan kinerja ini dapat memberikan manfaat bagi kita semua dan menjadi acuan dalam upaya meningkatkan kualitas layanan di masa yang akan datang.

Samarinda, 10 Maret 2026
Plt. Direktur

dr. Nurliana Adriati Noor, M.Kes.,(MARS)
NIP. 197212132006042007

IKHTISAR EKSEKUTIF

Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2025 dan tahun laporan 2026 berisikan ikhtisar pencapaian sasaran strategis sebagaimana yang ditetapkan dalam dokumen Perjanjian Kinerja (PK) dan dokumen perencanaan lain sebagai bahan pengukuran dan evaluasi akuntabilitas kinerja untuk dapat digunakan dalam upaya perbaikan secara terus menerus (*Continues Improvement*) menuju tata kelola pemerintahan daerah yang baik (*Good Local Governance*).

Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda merupakan bentuk komitmen nyata dalam mengimplementasikan Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) sebagaimana diamanatkan dalam PP No. 8 Tahun 2006 tentang Laporan Keuangan dan Kinerja instansi pemerintah yang diatur kemudian dalam Peraturan Presiden No.29 Tahun 2014 Tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah dan secara teknis diatur dalam Permenpan-RB No.53 Tahun 2014 tentang petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja, dan Tata Cara Review atas Laporan Kinerja Instansi pemerintah. Setelah lahirnya kedua peraturan baru tersebut terjadi perubahan nomenklatur dari istilah LAKjIP diganti menjadi LKjIP.

LKjIP adalah wujud pertanggung jawaban pejabat kepada masyarakat tentang kinerja lembaga pemerintah selama satu tahun anggaran. LKjIP RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda telah diukur, dievaluasi, dianalisis dan dijabarkan dalam bentuk Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda tahun 2025.

Intisari dari laporan LKjIP ini menerangkan bagaimana implementasi dari sebuah komitmen RS itu dijalankan guna mendukung visi dan misi pemerintah provinsi sebagai daya ungkit keberhasilan pencapaian pemerintah provinsi dalam menjalankan roda pemerintahan yang baik.

Ikhtisar Eksekutif dari LKjIP ini memuat :

1. Sasaran Strategis Perjanjian Kinerja (PK) RSUD Abdoel Wahab Sjahranie Tahun 2025

- a. Meningkatkan Kualitas Layanan Publik dan Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah dengan indikator sasaran Nilai Kepuasan Masyarakat Perangkat Daerah dengan target 80 (Indeks) dan Nilai Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah 80 (Nilai)

- b. Meningkatnya standarisasi dan mutu pelayanan Rumah Sakit dengan indikator Persentase Capaian Indikator Nasional Mutu (INM) RS dengan target 78 (Presentase)
- c. Meningkatnya mutu pendidikan , pelatihan dan penelitian kesehatan dengan indikator Nilai Akreditasi Diklit RS (A)

2. Hasil Evaluasi Akuntabilita Kinerja RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2024/2025

Tabel 1
LHE SAKIP Tahun 2024/2025 RSUD A. Wahab Sjahranie

No	Komponen Yang Di nilai	2023/2024		2024/2025		Selisih
		Bobot (%)	Nilai	Bobot (%)	Nilai	Kenaikan/ Penurunan
1	Perencanaan Kinerja	30	27.00	30	22.80	-4,20
2	Pengukuran Kinerja	20	15.40	30	23.10	+7,70
3	Pelaporan Kinerja	10	7.70	15	11.10	+3,40
4	Evaluasi Kinerja	20	18.00	25	19,75	+1,75
5	Capaian Kinerja	20	15.20	-	-	-
TOTAL		100	83.30	100	76.75	-6,55
Predikat Penilaian			A		BB	

Sumber data : Inspektorat Prov.Kaltim 2024/2025

Tabel 1. menerangkan bahwa hasil evaluasi Implementasi SAKIP pada RSUD A. Wahab Syahranie memperoleh nilai sebesar 76,75 (depalan puluh tiga koma tiga puluh) atau dengan predikat penilaian "BB" dengan interpretasi (Sangat Baik) yang bermakna bahwa RSUD AWS mempunyai sistem akuntabilitas kinerja yang akuntabel, berkinerja baik, memiliki sistem manajemen kinerja yang handal. Penurunan nilai total kinerja dari 83,30 (Predikat A) pada 2023/2024 menjadi 76,75 (Predikat BB) pada 2024/2025 turun sebesar 6,55 poin terutama disebabkan oleh perubahan regulasi penilaian kinerja, yaitu dari 5 komponen menjadi 4 komponen yang diukur dan unsur penilaian atas prestasi dan penghargaan Instansi pemerintah tidak diberikan penilaian lagi

Pada periode 2024/2025, komponen Capaian Kinerja (bobot 20%) tidak lagi dinilai secara terpisah, sehingga penilaian lebih terfokus pada aspek proses, khususnya Perencanaan Kinerja. Dampak dari perubahan ini terlihat pada penurunan signifikan nilai Perencanaan Kinerja sebesar 4,20 poin, yang menjadi kontributor

utama turunnya nilai total. Meskipun demikian, pelaksanaan rekomendasi hasil penilaian sebelumnya telah dilakukan dengan baik, yang tercermin dari peningkatan nilai pada Pengukuran Kinerja (+7,70), Pelaporan Kinerja (+3,40), dan Evaluasi Kinerja (+1,75). Hal ini menunjukkan adanya perbaikan nyata dalam tata kelola dan mekanisme pengendalian kinerja.

Dengan demikian, penurunan nilai bukan disebabkan oleh menurunnya kinerja organisasi, melainkan sebagai konsekuensi dari perubahan metode dan fokus penilaian akibat regulasi baru, sementara upaya perbaikan berkelanjutan tetap berjalan dan menunjukkan hasil positif.

3. Hasil Capaian Kinerja sesuai dengan Perjanjian Kinerja (PK) dan Serapan Anggaran Tahun 2025

Tabel 2
Capaian Kinerja Berdasarkan Sasaran Strategis RS dan Serapan Anggaran RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2025

No	Sasaran Strategis RS	Indikator Kinerja RS	Satuan	Target	Kinerja		Anggaran
					Realisasi	Capaian (%)	Capaian (%)
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Meningkatnya Kualitas Layanan Publik dan Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah	Nilai Kepuasan Masyarakat Perangkat Daerah	Nilai	80	88,13	110,16	94,8
		Nilai Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah	Nilai	80	76,75	95,94	
2	Meningkatnya standarisasi dan mutu pelayanan Rumah Sakit	Persentase Capaian Indikator Nasional Mutu (INM) RS	Persentase	78	82,3	105,51	93,4
3	Meningkatnya mutu pendidikan, pelatihan dan penelitian kesehatan	Nilai Akreditasi Diklit RS (A)	Persentase	A	A	100	92,7

Sumber Data : Laporan Berkala Evaluasi Kinerja Tahun 2025

- a. Capaian kinerja untuk sasaran strategis **Meningkatnya Kualitas Layanan Publik dan Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah** diukur melalui dua indikator utama, yaitu **Nilai Kepuasan Masyarakat (IKM) Perangkat Daerah** dan **Nilai Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah**. Survei IKM dilaksanakan pada Triwulan IV, sedangkan nilai akuntabilitas merupakan hasil evaluasi kinerja tahun 2024. Realisasi Nilai Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah sebesar **76,75%** atau setara dengan **nilai capaian 96%** dari target **80**.

Capaian ini menunjukkan bahwa rumah sakit telah berada pada arah yang positif dalam upaya meningkatkan kualitas layanan publik serta penguatan tata kelola kinerja. Namun demikian, hasil IKM yang cenderung meningkat dari waktu ke waktu tetap perlu dibaca secara lebih mendalam. Fakta bahwa **keluhan pasien masih terus muncul**, terutama terkait **sikap dan perilaku petugas** serta **kenyamanan sarana dan prasarana**, menjadi pengingat bahwa kepuasan masyarakat sangat dipengaruhi oleh pengalaman langsung pasien saat menerima layanan. Oleh karena itu, rumah sakit perlu terus menanamkan pemahaman bahwa setiap petugas memiliki peran penting dalam membangun citra layanan. Petugas diharapkan bekerja **sesuai standar pelayanan**, baik dari aspek ketepatan waktu, kejelasan hasil layanan, maupun kompetensi yang ditampilkan. Ketika standar dijalankan secara konsisten, kepuasan masyarakat akan tumbuh secara alami. Penerapan **nilai kerja rumah sakit ramah, santun, cekatan, dan profesional** perlu diinternalisasikan sebagai budaya sehari-hari, bukan sekadar slogan, sehingga benar-benar dirasakan oleh pasien dan keluarga.

Data IKM

Sementara itu, capaian Nilai Akuntabilitas Kinerja menunjukkan bahwa **tatanan Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP)** di rumah sakit pada prinsipnya telah dijalankan dengan baik. Adanya penurunan nilai dibandingkan target lebih dipengaruhi oleh **perubahan regulasi dan mekanisme evaluasi**, di mana satu komponen penilaian dilebur ke dalam beberapa komponen SAKIP lainnya. Dengan demikian, penurunan tersebut **bukan disebabkan oleh lemahnya unsur-unsur SAKIP**, melainkan karena penyesuaian metodologi penilaian. Penting untuk dipahami bahwa SAKIP **bukan hanya menjadi tanggung jawab unit perencanaan**,

tetapi merupakan hasil kerja kolektif seluruh lini di rumah sakit. Kontribusi setiap unit dalam menyusun perencanaan yang selaras, melaksanakan program secara konsisten, serta menyajikan laporan kinerja yang berkualitas akan sangat menentukan hasil akhir.

Sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari penerapan SAKIP, aspek pengelolaan keuangan memegang peranan penting dalam memastikan bahwa perencanaan program dan kegiatan dapat dilaksanakan secara efektif, efisien, serta selaras dengan sasaran strategis dan IKU rumah sakit. Tingkat penyerapan anggaran menjadi salah satu indikator pendukung yang menggambarkan sejauh mana program dan kegiatan yang telah direncanakan benar-benar diimplementasikan sesuai target. Sehubungan dengan hal tersebut, berikut disajikan **Capaian Realisasi Anggaran Berdasarkan Program yang Mendukung IKU pada Triwulan IV Tahun 2025**, sebagai gambaran keterkaitan antara kinerja program, dukungan pendanaan, dan hasil yang telah dicapai oleh rumah sakit.

- a. **Sasaran Strategis Kedua** : Meningkatnya Standarisasi Dan Mutu Pelayanan Rumah Sakit dengan indikator Capaian kinerja Persentase Capaian Indikator Nasional Mutu (INM) RS target 78 %, dengan realisasi kinerja 82,3% atau dengan nilai capaian 105,51% (melampaui target). Ini menunjukkan adanya perbaikan yang signifikan dalam berbagai aspek pelayanan kesehatan, seperti keselamatan pasien, efektivitas klinis, dan kepuasan pasien.

Realisasi anggaran 93,40 % hal ini menunjukkan bahwa anggaran yang dialokasikan untuk meningkatkan standar dan mutu pelayanan rumah sakit sudah digunakan dengan cukup efektif. Meskipun terdapat sedikit sisa anggaran yang tidak terpakai, realisasi kinerja yang melampaui target menunjukkan bahwa efisiensi penggunaan dana dapat menghasilkan kualitas pelayanan yang lebih baik daripada yang direncanakan.

- b. **Sasaran Strategis Ketiga** : Meningkatnya Mutu Pendidikan, Pelatihan Dan Penelitian Kesehatan dengan indikator capaian kinerja Nilai Akreditasi Diklit RS (A), dengan realisasi A atau dengan nilai capaian 100 %, (sesuai target) dari target nilai A. Pencapaian nilai A menjelaskan bahwa program pendidikan dan pelatihan yang diselenggarakan oleh Rumah Sakit telah memenuhi standar yang ditetapkan.

Dengan realisasi serapan anggaran 92,7 % menunjukkan bahwa sebagian besar dana yang dialokasikan untuk pendidikan dan pelatihan kesehatan telah digunakan dengan baik. Persentase yang cukup tinggi ini mengindikasikan bahwa kegiatan yang direncanakan untuk meningkatkan kualitas pendidikan dan pelatihan di rumah sakit telah tercapai sesuai dengan target yang telah ditentukan.

4. Hasil Capaian Kinerja Non Keuangan dan Keuangan BLUD RS Tahun 2025

Tabel 3
Hasil Rekapitulasi Evaluasi Hasil Kinerja
Berdasarkan Balance Score card Tahun 2025

No	Perspektif	Nilai		Naik/Turun
		2024 (BPKP)	2025	
1	2	3	4	5
1	Pertumbuhan dan Pembelajaran	13,95	18,50	4,45
2	Proses Pelayanan Internal	23,25	22,05	-1,20
3	Pelanggan	27,00	26,34	-0,66
4	Keuangan	07,55	10,95	3,40
	Total Nilai	71,75	77,84	6,09

Total nilai kinerja meningkat tipis dari 71,75 pada tahun 2024 menjadi 77,84 pada tahun 2025 atau naik 6,09 poin, yang terutama didorong oleh peningkatan signifikan pada perspektif Keuangan sebesar 3,40 poin melalui perbaikan efisiensi dan pengendalian anggaran dan Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran sebesar 4,45 Poin. Namun demikian, dua perspektif lainnya mengalami penurunan, yaitu Proses Pelayanan Internal (-1,20) akibat belum optimalnya pencapaian indikator proses dan konsistensi penerapan SOP, Pelanggan (-0,66) yang dipengaruhi oleh penurunan nilai kepuasan pada beberapa layanan utama, Kondisi ini menunjukkan bahwa peningkatan kinerja tahun 2025 belum terjadi secara merata dan masih memerlukan penguatan pada aspek proses layanan, kualitas pelayanan kepada pengguna, serta pengembangan SDM agar selaras dengan capaian kinerja keuangan.

Rekomendasi/Strategi/ Saran

- a. **Meningkatnya Kualitas Layanan Publik dan Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah.** Meskipun rumah sakit telah menunjukkan capaian yang sangat baik pada indikator kepuasan masyarakat dan akuntabilitas kinerja perangkat daerah, disarankan untuk terus memperkuat upaya pengukuran dan evaluasi kepuasan masyarakat secara lebih terstruktur dan periodik. Rumah sakit sebaiknya tetap menerapkan survei kepuasan yang lebih mendalam (*patient experience*) untuk mendapatkan gambaran yang lebih jelas tentang area-area layanan yang perlu perbaikan. Selain itu, penting untuk memperkuat sistem pelaporan dan transparansi dalam pengelolaan kinerja perangkat daerah guna menjaga tingkat akuntabilitas yang tinggi, meningkatkan internalisasi dan pemahaman tentang SAKIP untuk semua civitas hospitalia serta meningkatkan komunikasi dengan masyarakat terkait program-program yang sudah dilaksanakan.
- b. **Meningkatnya Standarisasi dan Mutu Pelayanan Rumah Sakit.** Untuk memastikan bahwa standar pelayanan yang lebih tinggi dapat terus terjaga, rumah sakit perlu terus memperbarui dan menyesuaikan dengan indikator nasional mutu (INM) yang telah tercapai. Salah satu rekomendasi adalah meningkatkan pemanfaatan teknologi dalam proses pelayanan rumah sakit, misalnya dengan sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) yang lebih terintegrasi, terutama yang berhubungan dengan pengelolaan dokumentasi klinis pasien melalui penerapan e-RM RS. Selain itu, rumah sakit perlu fokus pada pelatihan dan pengembangan staf, serta memastikan mereka memiliki pemahaman yang mendalam mengenai prosedur dan standar pelayanan yang telah ditetapkan.
- c. **Meningkatnya Mutu Pendidikan, Pelatihan, dan Penelitian Kesehatan.** Sebagai rumah sakit yang memiliki fokus pada pendidikan dan pelatihan, rekomendasi untuk sasaran ini adalah memperluas kerja sama dengan lembaga pendidikan dan lembaga penelitian lainnya. Ini dapat meningkatkan peluang untuk mendapatkan sumber daya, serta memperkaya pengalaman bagi staf medis dan non medis. Selain itu, penguatan metode pelatihan berbasis teknologi dan pembelajaran jarak jauh dapat menjadi solusi yang efektif untuk mencapai pelatihan yang lebih luas dengan sumber daya yang terbatas. Terus memantau dan mengevaluasi akreditasi serta

kualitas pendidikan dan pelatihan yang diberikan juga sangat penting agar rumah sakit tetap dapat mempertahankan standar yang tinggi.

DAFTAR ISI

.....	i
KATA PENGANTAR	ii
IKHTISAR EKSEKUTIF	iii
1. <i>Sasaran Strategis Perjanjian Kinerja (PK) RSUD Abdoel Wahab Sjahranie Tahun 2025</i>	<i>iii</i>
2. <i>Hasil Evaluasi Akuntabilita Kinerja RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2024/2025</i>	<i>iv</i>
3. <i>Hasil Capaian Kinerja sesuai dengan Perjanjian Kinerja (PK) dan Serapan Anggaran Tahun 2025</i>	<i>v</i>
4. <i>Hasil Capaian Kinerja Non Keuangan dan Keuangan BLUD RS Tahun 2025</i>	<i>viii</i>
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB I PENDAHULUAN	2
A. <i>DASAR PEMBENTUKAN ORGANISASI</i>	<i>2</i>
B. <i>TUGAS DAN FUNGSI</i>	<i>4</i>
1. <i>Tugas Pokok</i>	<i>5</i>
2. <i>Fungsi</i>	<i>5</i>
C. <i>STRUKTUR ORGANISASI</i>	<i>5</i>
1. <i>Direktur</i>	<i>6</i>
2. <i>Wakil Direktur Medik dan Keperawatan</i>	<i>6</i>
3. <i>Wakil Direktur Penunjang</i>	<i>7</i>
4. <i>Wakil Direktur Wakil Direktur Sumber Daya Manusia, Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian</i>	<i>7</i>
1. <i>Wakil Direktur Umum dan Keuangan, membawahkan:</i>	<i>7</i>
D. <i>SUMBER DAYA APARATUR</i>	<i>14</i>
E. <i>ASPEK STRATEGIS ORGANISASI</i>	<i>23</i>
F. <i>PERMASALAHAN UTAMA (ISU STRATEGIS)</i>	<i>28</i>
G. <i>SARANA DAN PRASARANA</i>	<i>29</i>
1. <i>Prasarana</i>	<i>30</i>
2. <i>Transportasi</i>	<i>34</i>
BAB II PERENCANAN KINERJA	37
A. <i>PERENCANAAN STRATEGIS</i>	<i>37</i>
1. <i>Slogan RPD Tahun 2024-2026</i>	<i>37</i>
2. <i>Tujuan RPD Tahun 2024 – 2026</i>	<i>37</i>
3. <i>Sasaran RPD Tahun 2024 - 2026</i>	<i>38</i>
B. <i>INDIKATOR KINERJA UTAMA</i>	<i>8</i>
C. <i>PERJANJIAN KINERJA</i>	<i>14</i>
1. <i>Perjanjian Kinerja</i>	<i>15</i>
2. <i>Rencana Anggaran</i>	<i>16</i>
	xi

3.	Target Belanja Dana APBD dan BLUD	17
4.	Alokasi Anggaran Per Program Kegiatan	19
BAB III AKUNTABILITAS KINERJA.....		20
A.	<i>LAPORAN HASIL EVALUASI ATAS IMPLEMENTASI SISTEM AKIP TAHUN SEBELUMNYA</i>	20
1.	Nilai Hasil Evaluasi Akuntabilitas Kinerja	20
2.	Tidak Lanjut Atas Hasil Evaluasi Inspektorat Provinsi Terhadap Laporan Hasil Evaluasi Atas Implementasi Sistem AKIP.	22
B.	<i>PENGUKURAN CAPAIAN KINERJA ORGANISASI</i>	26
C.	<i>ANALISIS CAPAIAN KINERJA</i>	29
1.	Membandingkan Antara Target Dan Realisasi Kinerja Program Tahun Ini :.....	29
2.	Membandingkan Antara Realisasi Kinerja Program Serta Capaian Kinerja Program Tahun Ini Dengan Tahun Lalu dan Beberapa Tahun Terakhir.	38
3.	Membandingkan Realisasi Kinerja Sampai Dengan Tahun Ini Dengan Target Jangka Menengah Yang Terdapat Dalam Dokumen Perencanaan Strategis Organisasi.....	42
4.	Membandingkan Realisasi Kinerja Tahun Ini Dengan Standar Nasional (Jika Ada).....	44
5.	Analisis Atas Efisiensi Penggunaan Sumber Dana.....	47
6.	Analisis Kegiatan yang Menunjang Keberhasilan ataupun Kegagalan Pencapaian Kinerja Program.....	49
7.	Analisis Penyebab Keberhasilan/Kegagalan Atau Peningkatan/Penurunan Kinerja Serta Alternatif Solusi Yang Telah Dan Akan Dilakukan	56
D.	<i>ANALISIS CAPAIAN INDIKATOR KINERJA BLUD RS</i>	60
	Analisis Capaian Kinerja Non Keuangan dan Keuangan BLUD RS dari Perspektif Balance Score Card (BSC) Tahun 2025.	60
E.	<i>ANALISIS CAPAIAN KINERJA MUTU RS (HOSPITAL QUALITY PERFORMANCE)</i>	72
1.	Analisis Perbandingan Capaian Kinerja Pelayanan	72
2.	Analisis Capaian Kinerja Mutu.....	75
D.	<i>REALISASI ANGGARAN</i>	79
1.	Realisasi Anggaran Sesuai Dengan Perjanjian Kinerja.....	79
2.	Realisasi Anggaran Per Program Sesuai Dengan Program Kegiatan	83
BAB IV PENUTUP		86
A.	<i>KESIMPULAN</i>	86
B.	<i>REKOMENDASI</i>	87
LAMPIRAN		89

DAFTAR TABEL

Tabel 1 LHE SAKIP Tahun 2024/2025 RSUD A. Wahab Sjahranie	iv
Tabel 2 Capaian Kinerja Berdasarkan Sasaran Strategis RS dan Serapan Anggaran RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2025.....	v
Tabel 3 Hasil Rekapitulasi Evaluasi Hasil Kinerja Berdasarkan Balance Score card Tahun 2025.....	viii
Tabel 4 Sumber Daya Manusia Menurut Golongan dan Pendidikan RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2025 ...	15
Tabel 5 Sumber Daya Manusia Menurut Golongan dan Pendidikan RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2025 ...	22
Tabel 6 Analisis Faktor Internal (Kekuatan / Strength) RSUD A. Wahab Sjahranie, Tahun 2025	24
Tabel 7 Analisis Faktor Internal (Kelemahan/Weakness) RSUD Abdoel Wahab Sjahranie, Tahun 2025.....	25
Tabel 8 Analisis Faktor Internal (Peluang/Opportunity) RSUD Abdoel Wahab Sjahranie, Tahun 2025	26
Tabel 9 Analisis Faktor Internal (Ancaman/Threat) RSUD Abdoel Wahab Sjahranie, Tahun 2025	26
Tabel 10 Prasarana RSUD. A. Wahab Sjahranie Tahun 2025.....	30
Tabel 11 Prasarana Gedung dan Bangunan RSUD A. W. Sjahranie.....	31
Tabel 12 Kendaraan RSUD A. W. Sjahranie Tahun 2025.....	34
Tabel 13 Tujuan Dan Sasaran Rumah Sakit Tahun 2024-2026.....	0
Tabel 14 Program dan Kegiatan Prioritas Renstra RSUD A. W. Sjahranie Tahun 2024-2026.....	2
Tabel 15 Indikator Kinerja Utama RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2024-2026.....	9
Tabel 16 Perjanjian Kinerja RS RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2025.....	15
Tabel 17 Rencana Anggaran Murni RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2025.....	16
Tabel 18 Target dan Realisasi Belanja Dana APBD RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2025	17
Tabel 19 Target Belanja Dana BLUD RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2025	18
Tabel 20 Target Belanja dan Realisasi APBD + BLUD RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2025	18
Tabel 21 Anggaran Belanja Per Program Dengan APBD dan BLUD.....	19
Tabel 22 Nilai Hasil Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Tahun 2024/2025 RSUD A. Wahab Sjahranie.....	20
Tabel 23 Rekapitulasi Progres Nilai SAKIP RSUD A. Wahab Sjahranie	21
Tabel 24 Rencana Aksi atas Rekomendasi	23
Tabel 25 Pengukuran Capaian Kinerja RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2025	26
Tabel 26 Perbandingan Antara Target dan Realisasi Kinerja RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2025	29
Tabel 27 Perhitungan Komposit Nilai Indek Kualitas Layanan Kesekretariatan Tahun 2025	30
Tabel 28 Kecepatan Waktu Tanggap Komplain tahun 2025.....	32
Tabel 29 Komplain Berdasarkan Penyebab Masalah.....	32
Tabel 30 Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) RS Tahun.....	34
Tabel 31 Data Simonbangkom RSUD AWS tahun 2025	37
Tabel 32 Pelatihan Internal dan Eksternal RSUD AWS Tahun 2025.....	38
Tabel 33 Perbandingan Antara Target dan Realisasi Kinerja Beberapa Tahun Terakhir.....	39
Tabel 34 Realisasi Kinerja dengan Target Capaian Kinerja Organisasi Jangka Menengah RSUD A. Wahab Sjahranie.....	42
Tabel 35 Realisasi Kinerja dengan Realisasi Nasional dan Provinsi Kalimantan Timur RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2025.....	44
Tabel 36 Efisiensi Penggunaan Sumber Dana RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2025.....	47
Tabel 37 Program/Kegiatan yang Menunjang Keberhasilan Pencapaian Perjanjian Kinerja RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2025.....	49
Tabel 38 Capaian Kinerja BLUD Berdasarkan 4 Perspektif Balance Score Card (BSC) Tahun 2025	61
Tabel 39 Hasil Rekapitulasi Evaluasi Hasil Kinerja BLUD RSUD Abdoel Wahab Sjahranie, Tahun 2025.....	69
Tabel 40 Rekapitulasi Kinerja Umum Operasional Non Keuangan dan Keuangan	71
Tabel 41 Capaian Kinerja Standar Pelayanan Minimal (SPM) dari Beberapa Tahun Sebelumnya	72
Tabel 42 Capaian Kinerja Indikator Nasional Mutu (INM) Tahun 2025.....	75
Tabel 43 Realisasi Anggaran Sesuai Dengan Perjanjian Kinerja RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2025.....	79
Tabel 44 Realisasi Anggaran Per Program sesuai program dan kegiatan APBD+BLUD 2025	83

DAFTAR GAMBAR

<i>Gambar 1 Struktur Organisasi RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2025</i>	5
<i>Gambar 2 Diagram Kartesius RSUD A. W. Sjahranie</i>	27

DAFTAR GRAFIK

<i>Grafik 1 Progres Nilai SAKIP RSUD A. Wahab Sjahranie.....</i>	<i>22</i>
<i>Grafik 2 Trend PCapaian Indikator Program Tahun 2023-2025.....</i>	<i>40</i>

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Permintaan Penyampaian Laporan Rencana Aksi Kegiatan	89
Lampiran 2 Surat Permintaan Penyampaian Laporan Standar Pelayanan Minimal	90
Lampiran 3 Bukti Rencana Aksi dari Rekomendasi Inspektorat atas Hasil Evaluasi Capaian.....	91
Lampiran 4 Bukti Laporan Kinerja Tahun 2025	92
Lampiran 5 Bukti Surat Permintaan Rekomendasi Direktur atas Laporan Hasil Capaian Kinerja Triwulan IV Tahun 2025.....	110
Lampiran 6 Bukti Rekomendasi Direktur atas Laporan Hasil Capaian Kinerja Triwulan IV Tahun 2025.....	111
Lampiran 7 Bukti Surat Penyampaian Tentang Reward dan Funisment atas Capaian Kinerja bidang/Bagian Tahun 2025	112
Lampiran 8 Bukti Piagam Penghargaan / Reward atas Pencapaian Kinerja Tahun 2025.....	113
Lampiran 9 Bukti Survei Kepuasan Masyarakat Semester I Tahun 2025.....	114
Lampiran 10 Bukti Survei Kepuasan Masyarakat Semester II Tahun 2025.....	115
Lampiran 11 Bukti Survei Kepuasan Pegawai Tahun 2025.....	116
Lampiran 12 Bukti Survei Indeks Persepsi Korupsi (IPK) Tahun 2025.....	117
Lampiran 14 Bukti Indeks Kesekretariatan	118
Lampiran 15 Bukti Hasil Pengaduan yang di tindak lanjuti	118
Lampiran 16 Bukti Hasil Survei Akreditasi Diklit (A) / Kategori Hijau	119
Lampiran 17 Bukti SIMONBANGKOM BPSDM.....	119

BAB I

PENDAHULUAN

A. DASAR PEMBENTUKAN ORGANISASI

Rumah Sakit Umum Daerah adalah milik Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur yang berbentuk Lembaga Teknis Daerah berdasarkan Peraturan Gubernur Kalimantan Timur Nomor 22 Tahun 2023 Tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas, Fungsi, Uraian Tugas Dan Tata Kerja Rumah Sakit Daerah Pada Dinas Kesehatan . Sesuai dengan tugas dan fungsinya memberikan pelayanan Kesehatan kepada masyarakat berupa meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang pada tujuan akhirnya untuk meningkatkan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa.

Sebagai Satuan Kerja Perangkat Daerah yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) berdasarkan Peraturan Pemerintah No.23 Tahun 2005 dan perubahannya yaitu Peraturan Pemerintah No. 74 Tahun 2012, Tentang Penyelenggaraan Keuangan Badan Layanan Umum dan Permendagri No. 61 Tahun 2007 Tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, maka Rumah Sakit Umum Daerah A.Wahab Sjahranie ditetapkan sebagai Badan Layanan Umum Daerah dengan Keputusan Gubernur Kalimantan Timur Nomor : 445/K.225/2008, Tentang Penetapan Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Kalimantan Timur Sebagai Badan layanan Umum (BLU). Untuk operasionalnya dikeluarkan Peraturan Gubernur Kalimantan Timur Nomor 32 Tahun 2008, Tentang Pedoman teknis Pengelolaan Keuangan Dan Akuntansi Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Kalimantan Timur Sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD).

Sebagai instansi pemerintah RSUD A. Wahab Sjahranie berkewajiban untuk mempertanggung jawabkan pelaksanaan tugas pokok dan fungsi yang diamanatkan kepada masyarakat sebagai pemegang kedaulatan tertinggi. Kewajiban tersebut dijabarkan dengan menyiapkan, menyusun dan menyampaikan laporan kinerja secara tertulis, periodik dan melembaga. Pelaporan kinerja dimaksudkan untuk mengkomunikasikan capaian kinerja RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda, dalam satu

tahun anggaran yang dikaitkan dengan proses pencapaian tujuan dan sasaran serta menjelaskan keberhasilan dan kegagalan tingkat kinerja yang dicapainya.

RSUD A. Wahab Sjahranie yang merupakan rumah sakit terbesar milik Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur yang ditetapkan sebagai Rumah Sakit Umum dengan Klasifikasi Kelas A oleh Keputusan Menteri Kesehatan RI, Nomor : 001/Menkes/SK/I/2014, pada tanggal 6 Januari 2014. Mendapatkan sertifikat kelulusan Akreditasi Paripurna pada tanggal 11 April 2023 oleh Lembaga Akreditasi Rumah Sakit Damar Husada Paripurna (LARS-DHP) , dan saat ini dalam tahap bimbingan untuk menuju akreditasi *Internasional Joint Commission International (JCI) 2027* dan re Akreditasi Nasional 2027

Pengembangan organisasi RSUD A. Wahab Sjahranie dengan kemampuan rumah sakit memberikan pelayanan kedokteran dan subspecialis luas sehingga oleh pemerintah pusat ditetapkan sebagai tempat Rujukan tertinggi (*Top Referral Hospital*), sesuai keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : HK.02.02/Menkes/390/2014, tentang Pedoman Penetapan Rumah Sakit Rujukan Nasional, Nomor : HK.02.02/Menkes/391/2014, Tentang Pedoman Penetapan Rumah Sakit Rujukan Regional.

RSUD A. Wahab Sjahranie sebagai Rumah Sakit Pusat Rujukan yang ada di Kalimantan Timur. Keberadaan sumber daya manusia yang terdiri dari Dokter Spesialis dan Subspesialis/Konsultan serta tenaga paramedis yang terlatih sesuai dengan kompetensinya. Dalam sistem perencanaan pembangunan nasional menjelaskan bahwa pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud. Perubahan perkembangan masyarakat saat ini telah memberikan implikasi terhadap tuntutan kebutuhan pelayanan yang lebih baik dan prima. Dalam menjawab tuntutan tersebut, maka instansi pemerintah harus mampu meningkatkan kinerja dan profesionalisme. RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda memiliki luas wilayah 27 Ha. Dengan jumlah Tempat Tidur 549 TT. Daya huni (BOR) pada akhir tahun 2025 atau persentase penggunaan tempat tidur pada tahun 2025 mencapai 67,16% atau menurun sebesar 5,9% dari BOR tahun sebelumnya yaitu 73,06% ditahun 2024. Angka BOR ini memenuhi standar Kemenkes

yaitu 60-85%. berdasarkan penelusuran lebih dalam, angka BOR tinggi ini masih belum sepenuhnya memberikan kontribusi manfaat kepada rumah sakit dikarenakan masih banyak kriteria pasien rawat jalan yang seharusnya tidak memerlukan rawat inap tetapi menjadi rawat inap. Seperti pada pemeriksaan penunjang atau diagnostic (colonoscopy, bronchoscopy, dll). Kebijakan BPJS yang melakukan pending klaim terhadap pelayanan yang tidak sesuai dengan peruntukannya sehingga BOR yang telah meningkat belum tentu berkontribusi linier dengan peningkatan pendapatan RSUD Abdoel Wahab Sjahranie.

Berdasarkan data BOR Rawat Inap RSUD Abdoel Wahab Sjahranie dari Januari hingga Desember 2025, angka BOR bulanan menunjukkan variasi yang cukup signifikan. Angka tertinggi terjadi pada bulan Juli sebesar 72.36%, sedangkan angka terendah tercatat pada bulan April dengan 62,00%. Hal ini menunjukkan adanya fluktuasi dalam penggunaan tempat tidur rumah sakit, yang dipengaruhi oleh faktor musiman atau kebijakan pelayanan.

Secara triwulanan, BOR tertinggi terjadi pada Triwulan III (Juli-September) dengan 71,42%, sementara Triwulan IV (Oktober-Desember) memiliki angka terendah, yaitu 67,40%. Penurunan di Triwulan IV berkaitan dengan faktor eksternal seperti kebijakan kesehatan dan jumlah pasien yang lebih sedikit pada periode tersebut.

Jika dilihat secara semesteran, Semester II (Juli-Desember) memiliki BOR sebesar 69,41%, lebih tinggi dibandingkan Semester I (Januari-Juni) yang hanya mencapai 67,90%. Hal ini menunjukkan peningkatan tingkat hunian rumah sakit pada paruh kedua tahun 2025. Secara keseluruhan, BOR total tahun 2025 mencapai 67,16%, masih dalam batas standar Kemenkes (60-85%), yang mengindikasikan efisiensi penggunaan tempat tidur rumah sakit dalam pelayanan rawat inap.

B. TUGAS DAN FUNGSI

RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda merupakan Satuan Kerja Perangkat Daerah bidang pelayanan medis dan kesehatan rumah sakit, dipimpin oleh Direktur yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah. Tugas pokok dan fungsi RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda mengacu pada Peraturan Gubernur Kalimantan Timur Nomor 22 Tahun 2023 Tentang Pembentukan, Kedudukan,

Susunan Organisasi, Tugas, Fungsi, Uraian Tugas Dan Tata Kerja Rumah Sakit Daerah Pada Dinas Kesehatan Tugas Pokok

1. Tugas Pokok

Menurut Peraturan Gubernur Provinsi Kalimantan Timur Nomor 22 tahun 2023 tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas, Fungsi, Uraian Tugas dan Tata Kerja Rumah Sakit Daerah Pada Dinas Kesehatan, mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yaitu pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif meliputi pelayanan rawat inap, rawat jalan, gawat darurat dan pelayanan pendidikan.

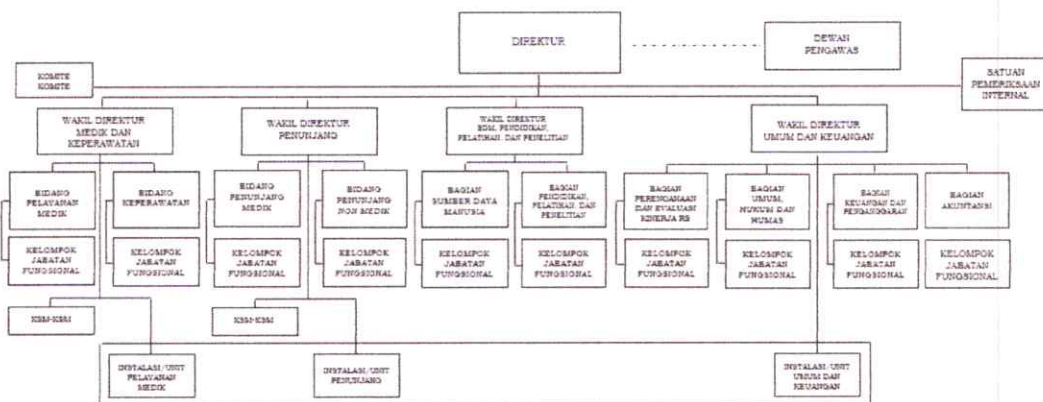
2. Fungsi

Untuk menyelenggarakan tugas pokok sebagai dimaksud diatas maka Rumah Sakit Umum Daerah Abdoel Wahab Sjahranie, mempunyai fungsi :

- a. Menyelenggarakan Pelayanan Medis;
- b. Menyelenggarakan Pelayanan Penunjang Medis dan Non Medis;
- c. Menyelenggarakan Pelayanan Asuhan Keperawatan;
- d. Menyelenggarakan Pelayanan Rujukan;
- e. Menyelenggarakan Pendidikan dan Latihan;
- f. Menyelenggarakan Penelitian dan Pengembangan;
- g. Menyelenggarakan Pelayanan Umum dan Keuangan.

C. STRUKTUR ORGANISASI

Struktur Organisasi UOBK RSUD A W Sjahranie dapat dilihat pada gambar di bawah ini:



Gambar 1
Struktur Organisasi RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2025

Struktur organisasi RSUD A.W. Sjahranie sesuai dengan Peraturan Gubernur Kalimantan Timur Nomor 22 Tahun 2024 Tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas, Fungsi, Uraian Tugas Dan Tata Kerja Rumah Sakit Daerah Pada Dinas Kesehatan terdiri dari 1 Direktur, 4 Wakil Direktur, 10 Kepala Bidang/ Kepala Bagian , dengan rincian sebagai berikut :

1. Direktur

2. Wakil Direktur Medik dan Keperawatan

- a. Bidang Pelayanan Medik membawahkan Kelompok Jabatan Fungsional
- b. Bidang Keperawatan membawahkan Kelompok Jabatan Fungsional.
- c. Instalasi, sebagai berikut :
 - 1) Instalasi Rawat Jalan/IRJA
 - 2) Instalasi Gawat Darurat/IGD
 - 3) Instalasi Rawat Inap/IRNA
 - 4) UPT Sakura
 - 5) Instalasi Perawatan Intensif/IPI
 - 6) Instalasi Bedah Sentral/IBS
 - 7) Instalasi Anestesi
 - 8) Instalasi CSSD dan Laundry
 - 9) Instalasi Radiologi
 - 10) Instalasi Farmasi
 - 11) Instalasi Patologi Klinik
 - 12) Instalasi Patologi Anatomi
 - 13) Instalasi Gizi
 - 14) Instalasi Rehabilitasi Medis
 - 15) Instalasi Kedokteran Kehakiman
 - 16) Instalasi Pemeliharaan Sarana RS
 - 17) Instalasi PKRS
 - 18) Instalasi Humas
 - 19) Instalasi Rekam Medik
 - 20) Instalasi Kesehatan Lingkungan dan Limbah RS

- 21) Instalasi Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3)
- 22) Instalasi Radiotherapy
- 23) Instalasi Kedokteran Nuklir
- 24) Instalasi Fertilitas Center
- 25) Instalasi Ginjal Terpadu
- 26) Instalasi Jantung Terpadu

3. Wakil Direktur Penunjang

- a. Bidang Penunjang Medik membawahkan Kelompok Jabatan Fungsional
- b. Bidang Penunjang Non Medik, membawahkan Kelompok Jabatan Fungsional
- c. Instalasi Penunjang, terdiri atas:
 - 1) Instalasi Radiologi
 - 2) Instalasi Farmasi
 - 3) Instalasi Patologi Klinik
 - 4) Instalasi Patologi Anatomi
 - 5) Instalasi Gizi
 - 6) Instalasi Rehabilitasi Medis
 - 7) Instalasi Kedokteran Kehakiman
 - 8) Instalasi Bank Darah Rumah Sakit
 - 9) Instalasi Pemeliharaan Sarana RS
 - 10) Instalasi Kesehatan Lingkungan dan Limbah RS
 - 11) Instalasi Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3)
 - 12) Instalasi Radiotherapy
 - 13) Instalasi Kedokteran Nuklir

4. Wakil Direktur Wakil Direktur Sumber Daya Manusia, Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian

- a. Bagian Sumber Daya Manusia membawahkan Kelompok Jabatan Fungsional
 - b. Bagian Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian membawahkan Kelompok Jabatan Fungsional.
1. **Wakil Direktur Umum dan Keuangan, membawahkan:**
 - a. Bagian Perencanaan dan Evaluasi Kinerja Rumah Sakit, membawahkan Kelompok Jabatan Fungsional

- b. Bagian Umum, Hukum dan Humas, membawahkan Kelompok Jabatan Fungsional;
- c. Bagian Keuangan dan Penganggaran, membawahkan Kelompok Jabatan Fungsional
- d. Bagian Akuntansi, membawahkan Kelompok Jabatan Fungsional.

Dalam melaksanakan tugas, fungsi dan tata kerja RSUD AWS dapat dibantu unit non struktural yang terdiri atas:

- a. Dewan Pengawas,
- b. Satuan Pemeriksaan Internal;
- c. Komite,
 - 1) Komite Medik
 - 2) Komite Keperawatan
 - 3) Komite Hukum dan Etik
 - 4) Komite Farmasi dan Terapi
 - 5) Komite Pengendalian Pencegahan Infeksi
 - 6) Komite Mutu
 - 7) Komite Koordinasi Pendidikan
 - 8) Komite Program Pengendalian Resistensi Anti Mikroba [PPRA]
 - 9) Komite Keselamatan Kerja RS
 - 10) Komite Etik Penelitian
 - 11) Komite Kesehatan lainnya

Adapun yang menjadi uraian tugas dari Direktur dan Wakil Direktur, adalah sebagai berikut :

a. Direktur RSUD A.W. Sjahranie

Direktur mempunyai tugas memimpin penyelenggaraan Rumah Sakit dengan menetapkan kebijakan, membina, mengawasi serta pengendalian terhadap pelaksanaan Rumah Sakit. Direktur mempunyai uraian tugas sebagai berikut :

- 1) Merumuskan program kerja di lingkungan UOBK RSUD A.W. Sjahranie berdasarkan rencana strategis UOBK RSUD A.W. Sjahranie sebagai pedoman pelaksanaan tugas;

- 2) Mengoordinasikan pelaksanaan tugas sesuai dengan program yang telah ditetapkan dan kebijakan daerah agar target kerja tercapai sesuai dengan rencana;
- 3) Membina bawahan dengan cara mengadakan rapat/pertemuan dan bimbingan secara berkala agar diperoleh kinerja yang diharapkan;
- 4) Mengarahkan pelaksanaan tugas bawahan sesuai dengan tugas, tanggung jawab, permasalahan dan hambatan serta ketentuan yang berlaku untuk ketepatan dan kelancaran pelaksanaan tugas;
- 5) Memimpin implementasi manajemen pemasaran, manajemen mutu, manajemen *human capital* dan manajemen logistik dan manajemen keuangan serta pengembangan sistem informasi manajemen Rumah Sakit yang berbasis teknologi informasi;
- 6) Memimpin tata kelola Rumah Sakit dan tata kelola klinis yang baik;
- 7) Memimpin implementasi BLUD untuk mencapai kinerja Rumah Sakit;
- 8) Memimpin pelaksanaan program pengendalian standar mutu pelayanan sesuai dengan standar akreditasi Rumah Sakit yang berfokus pada peningkatan pengalaman pasien demi terciptanya budaya keselamatan pasien, serta terpenuhinya hak dan kewajiban pasien sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- 9) Memimpin implementasi jaminan kesehatan nasional dengan prinsip kendali mutu, kendali biaya dan pencegahan terhadap potensi *fraud* serta gratifikasi di Rumah Sakit;
- 10) Mengevaluasi pelaksanaan tugas bawahan dengan cara membandingkan rencana dengan kegiatan yang telah dilaksanakan sebagai bahan laporan kegiatan dan rencana yang akan datang;
- 11) Menyusun laporan pelaksanaan tugas sesuai dengan kegiatan yang telah dilaksanakan sebagai akuntabilitas kinerja UOBK RSUD A.W. Sjahranie ; dan
- 12) Melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan pimpinan baik lisan maupun tertulis.

b. Wakil Direktur Medik dan Keperawatan

Wakil Direktur Medik dan Keperawatan mempunyai tugas merumuskan kebijakan, mengembangkan, mengoordinasikan, mengawasi, membina dan mengendalikan penyelenggaraan pelayanan medik dan keperawatan Rumah Sakit serta instalasi di bawah koordinasinya. Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud, Wakil Direktur Medik dan Keperawatan mempunyai uraian tugas :

- 1) Merumuskan program kerja di lingkungan UOBK RSUD A.W. Sjahranie urusan pelayanan medik dan keperawatan berdasarkan rencana strategis UOBK RSUD A.W. Sjahranie sebagai pedoman pelaksanaan tugas;
- 2) Mengoordinasikan pelaksanaan tugas urusan pelayanan medik dan keperawatan sesuai dengan program yang telah ditetapkan dan kebijakan Direktur agar target kerja tercapai sesuai rencana;
- 3) Membina bawahan dengan cara mengadakan rapat/pertemuan dan bimbingan secara berkala agar diperoleh kinerja yang diharapkan;
- 4) mengarahkan pelaksanaan tugas bawahan sesuai dengan tugas, tanggung jawab, permasalahan dan hambatan serta ketentuan yang berlaku untuk ketepatan dan kelancaran pelaksanaan tugas;
- 5) menyusun rencana kerja dan anggaran biaya di lingkup medik dan keperawatan;
- 6) mengarahkan implementasi badan layanan umum Daerah untuk mencapai kinerja Rumah Sakit di lingkup medik dan keperawatan;
- 7) mengarahkan implementasi manajemen pemasaran, manajemen mutu, manajemen logistik dan pengembangan sistem informasi manajemen Rumah Sakit yang berbasis teknologi informasi;
- 8) melaksanakan fungsi tata kelola klinis yang baik berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- 9) melaksanakan kendali mutu, kendali biaya dan keselamatan pasien di lingkup medik dan keperawatan;
- 10) mengevaluasi pelaksanaan tugas bawahan dengan cara membandingkan rencana dengan kegiatan yang telah dilaksanakan sebagai bahan laporan kegiatan dan rencana yang akan datang;

- 11) menyusun laporan pelaksanaan tugas sesuai dengan kegiatan yang telah dilaksanakan sebagai akuntabilitas kinerja UOBK RSUD A.W. Sjahranie ; dan
- 12) melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan Direktur baik lisan maupun tertulis.

c. Wakil Direktur Penunjang

Wakil Direktur Penunjang mempunyai tugas merumuskan kebijakan, mengembangkan, mengkoordinasikan, mengawasi, membina dan mengendalikan penyelenggaraan penunjang medik dan penunjang non medik Rumah Sakit serta instalasi di bawah koordinasinya. Wakil Direktur Penunjang mempunyai uraian tugas sebagai berikut:

- 1) Merumuskan program kerja di lingkungan UOBK RSUD A.W. Sjahranie urusan penunjang berdasarkan rencana strategis UOBK RSUD A.W. Sjahranie sebagai pedoman pelaksanaan tugas;
- 2) Mengoordinasikan pelaksanaan tugas sesuai dengan program yang telah ditetapkan dan kebijakan pimpinan agar target kerja tercapai sesuai rencana;
- 3) Membina bawahan urusan penunjang dengan cara mengadakan rapat/pertemuan dan bimbingan secara berkala agar diperoleh kinerja yang diharapkan;
- 4) Mengarahkan pelaksanaan tugas bawahan urusan penunjang sesuai dengan tugas, tanggung jawab, permasalahan dan hambatan serta ketentuan yang berlaku untuk ketepatan dan kelancaran pelaksanaan tugas;
- 5) Menyusun rencana dan mengelola pelayanan penunjang medik dan non medik;
- 6) Melaksanakan kendali mutu, kendali biaya dan keselamatan pasien di lingkup penunjang;
- 7) Mengarahkan implementasi manajemen pemasaran, manajemen mutu, manajemen logistik dan pengembangan sistem informasi manajemen Rumah Sakit yang berbasis teknologi informasi;
- 8) Melaksanakan fungsi tata kelola klinis yang baik berdasarkan ketentuan peraturan undang-undang;

- 9) Mengelola penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi bidang pelayanan kesehatan;
- 10) Mengelola sistem informasi Rumah Sakit;
- 11) Mengevaluasi pelaksanaan tugas bawahan dengan cara membandingkan rencana dengan kegiatan yang telah dilaksanakan sebagai bahan laporan kegiatan dan rencana yang akan datang;
- 12) Menyusun laporan pelaksanaan tugas sesuai dengan kegiatan yang telah dilaksanakan sebagai akuntabilitas kinerja UOBK RSUD A.W. Sjahranie ; dan
- 13) Melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan Direktur baik lisan maupun tertulis.

d. Wakil Direktur Sumber Daya Manusia, Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian

Wakil Direktur Sumber Daya Manusia, Pelatihan dan Penelitian mempunyai tugas merumuskan kebijakan, mengembangkan, mengoordinasikan, mengawasi, membina dan mengendalikan penyelenggaraan SDM, pendidikan, pelatihan, dan penelitian Rumah Sakit serta instalasi di bawah koordinasinya. Wakil Direktur SDM, Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian mempunyai uraian tugas sebagai berikut:

- 1) Merumuskan program kerja di lingkungan UOBK RSUD A.W. Sjahranie urusan sumber daya manusia, pendidikan, pelatihan, dan pelatihan berdasarkan rencana strategis UOBK RSUD A.W. Sjahranie sebagai pedoman pelaksanaan tugas;
- 2) Mengoordinasikan pelaksanaan tugas sesuai dengan program yang telah ditetapkan dan kebijakan pimpinan agar target kerja tercapai sesuai rencana;
- 3) Membina bawahan dengan cara mengadakan rapat/pertemuan dan bimbingan secara berkala agar diperoleh kinerja yang diharapkan;
- 4) Mengarahkan pelaksanaan tugas bawahan sesuai dengan tugas, tanggung jawab, permasalahan dan hambatan serta ketentuan peraturan perundang-undangan untuk ketepatan dan kelancaran pelaksanaan tugas;
- 5) Mengelola sumber daya manusia, pendidikan, pelatihan dan penelitian bidang pelayanan kesehatan;

- 6) Melaksanakan kendali mutu, kendali biaya dan keselamatan pasien di lingkup sumber daya manusia, pendidikan, pelatihan dan penelitian;
- 7) Melaksanakan manajemen yang baik, kerja sama dan koordinasi, integrasi, sinkronisasi di lingkup sumber daya manusia, pendidikan, pelatihan dan penelitian berdasarkan peraturan perundang-undangan;
- 8) Mengevaluasi pelaksanaan tugas bawahan dengan cara membandingkan rencana dengan kegiatan yang telah dilaksanakan sebagai bahan laporan kegiatan dan rencana yang akan datang;
- 9) Menyusun laporan pelaksanaan tugas sesuai dengan kegiatan yang telah dilaksanakan sebagai akuntabilitas kinerja UOBK RSUD A.W. Sjahranie ; dan
- 10) Melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan Direktur baik lisan maupun tertulis.

e. Wakil Direktur Umum dan Keuangan

Wakil Direktur Umum dan Keuangan mempunyai tugas merumuskan kebijakan, mengembangkan, mengoordinasikan, mengawasi, membina dan mengendalikan penyelenggaraan perencanaan dan evaluasi kinerja Rumah Sakit, umum, hukum dan humas, keuangan dan penganggaran, dan akuntansi Rumah Sakit serta instalasi di bawah koordinasinya. Wakil Direktur Umum dan Keuangan mempunyai uraian tugas sebagai berikut:

- 1) Merumuskan program kerja di lingkungan UOBK RSUD A.W. Sjahranie urusan umum dan keuangan berdasarkan rencana strategis UOBK RSUD A.W. Sjahranie sebagai pedoman pelaksanaan tugas;
- 2) Mengoordinasikan pelaksanaan tugas sesuai dengan program yang telah ditetapkan dan kebijakan pimpinan agar target kerja tercapai sesuai rencana;
- 3) Membina bawahan dengan cara mengadakan rapat/pertemuan dan bimbingan secara berkala agar diperoleh kinerja yang diharapkan;
- 4) Mengarahkan pelaksanaan tugas bawahan sesuai dengan tugas, tanggung jawab, permasalahan dan hambatan serta ketentuan yang berlaku untuk ketepatan dan kelancaran pelaksanaan tugas;

- 5) Merumuskan kebijakan, pedoman pengorganisasian, standar operasional prosedur dan regulasi lainnya dalam penyelenggaraan fungsi umum dan keuangan;
- 6) Mengarahkan implementasi BLUD untuk mencapai kinerja Rumah Sakit di lingkup umum dan keuangan;
- 7) Mengarahkan implementasi manajemen pemasaran, manajemen mutu, manajemen logistik dan pengembangan sistem informasi manajemen Rumah Sakit yang berbasis teknologi informasi;
- 8) Mengendalikan standar kualitas sebagai kendali mutu bidang administrasi umum dan keuangan;
- 9) Mengontrol pelaksanaan jaminan kesehatan nasional dengan prinsip kendali mutu, kendali biaya dan pencegahan terhadap potensi *fraud* serta gratifikasi di Rumah Sakit;
- 10) Mengevaluasi pelaksanaan tugas bawahan dengan cara membandingkan rencana dengan kegiatan yang telah dilaksanakan sebagai bahan laporan kegiatan dan rencana yang akan datang;
- 11) Menyusun laporan pelaksanaan tugas sesuai dengan kegiatan yang telah dilaksanakan sebagai akuntabilitas kinerja UOBK RSUD A.W. Sjahranie ; dan
- 12) Melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan Direktur baik lisan maupun tertulis.

D. SUMBER DAYA APARATUR

Rumah Sakit Umum Daerah A. Wahab Sjahranie per 30 Desember 2025 memiliki sumber daya manusia sebanyak 2211 orang. Dari jumlah tersebut sebanyak 15 orang merupakan Pejabat Struktural sedangkan sisanya merupakan tenaga fungsional dan tenaga administrasi. Berdasarkan analisis beban kerja dibandingkan banyaknya pegawai, jumlah pegawai tersebut belum memadai untuk kebutuhan pelayanan. Sedangkan ditinjau dari kualitas dan tingkat pendidikan, cukup memadai untuk kebutuhan pelayanan yang ada hanya perlu peningkatan dan pengembangan keterampilan sesuai dengan perkembangan teknologi bidang kesehatan.

Menurut Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan, ada 7 (tujuh) jenis tenaga kesehatan di Rumah Sakit disamping itu masih ada jenis tenaga

non kesehatan yang diperlukan seperti Akuntansi, keuangan, hukum, administrasi, komputer, statistik, dan tenaga lain. Rumah sakit dapat dikatakan “Padat Profesi” dan menurut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 81/Menkes/SK/I/ 2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Sumberdaya Manusia Kesehatan Di Tingkat Provinsi, Kabupaten/Kota Serta Rumah Sakit. Perhitungan kebutuhan tenaga medis mengacu kepada beban kerja (**World Indicator Load Need system**), disamping itu mengacu kepada EBM (**Evidence Base Medicine**)

Rincian secara lengkap pegawai yang dimiliki Rumah Sakit Umum Daerah A.Wahab Sjahranie dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

Tabel 4
Sumber Daya Manusia Menurut Golongan dan Pendidikan
RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2025

No	Nama Jabatan	Standar	Status Pegawai						Kondisi Saat Ini (2025)	Kebutuhan	+/-
			PNS		PPPK		NON ASN				
			L	P	L	P	L	P			
A	TENAGA MEDIS										
1	Dokter Umum	55	8	16	13	14	2	1	54	55	-1
	JUMLAH		8	16	13	14	2	1	54	55	-1
2	Dokter Spesialis										
	Spesialis Anak	6	1	2	1	2	0	0	6	6	0
	Spesialis Andrologi	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0
	Spesialis Anestesi	5	1	1	1	0	0	1	4	5	-1
	Spesialis Bedah	3	1	1	0	0	0	0	2	3	-1
	Spesialis Bedah Anak	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0
	Spesialis Bedah Orthopedi Traumatologi	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0
	Spesialis Bedah Plastik Rekonstruksi dan Estetik	2	0	0	2	0	0	0	2	2	0
	Spesialis Bedah Saraf	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Spesialis Bedah Toraks Kardiovaskuler	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Spesialis Farmakologi Klinik	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Spesialis Forensik	2	0	2	0	0	0	0	2	2	0
	Spesialis Gizi Klinik	3	0	1	0	2	0	0	3	3	0
	Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah	4	1	0	0	2	0	1	4	4	0
	Spesialis Kandungan dan Kebidanan	4	1	2	1	0	0	0	4	4	0
	Spesialis Kedokteran Fisik Dan Rehabilitasi	3	1	2	0	0	0	0	3	3	0
	Spesialis Kedokteran Jiwa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Spesialis Kedokteran Nuklir	2	0	0	2	0	0	0	2	2	0
	Spesialis Kulit dan Kelamin	6	0	4	0	0	1	1	6	6	0

No	Nama Jabatan	Standar	Status Pegawai						Kondisi Saat Ini (2025)	Kebutuhan	+/-
			PNS		PPPK		NON ASN				
			L	P	L	P	L	P			
	Spesialis Mata	2	1	1	0	0	0	0	2	2	0
	Spesialis Mikrobiologi Klinik	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Spesialis Okupasi (K3)	2	1	1	0	0	0	0	2	2	0
	Spesialis Onkologi Radiasi	2	1	0	1	0	0	0	2	2	0
	Spesialis Paru	2	1	0	0	0	1	0	2	2	0
	Spesialis Patologi Anatomi	3	0	2	0	1	0	0	3	3	0
	Spesialis Patologi Klinik	4	0	3	0	1	0	0	4	4	0
	Spesialis Penyakit Dalam	7	2	5	0	0	0	0	7	7	0
	Spesialis Radiologi	3	1	1	0	0	0	1	3	3	0
	Spesialis Saraf	4	2	2	0	0	0	0	4	4	0
	Spesialis THT	2	0	2	0	0	0	0	2	2	0
	Spesialis Urologi	2	1	0	0	1	0	0	2	2	0
	JUMLAH		17	32	9	9	3	4	74	76	-2
3	Dokter Sub Spesialis / Konsultan										
	Sub Spesialis Anak-Emergensi dan Rawat Intensif Anak	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sub Spesialis Anak-Endokrinologi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sub Spesialis Anak-Gastro-Hepatologi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sub Spesialis Anak-Hemato Onkologi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sub Spesialis Anak-Infeksi & Penyakit Tropis	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0
	Sub Spesialis Anak-Kardiologi	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0
	Sub Spesialis Anak-Nefrologi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sub Spesialis Anak-Neonatologi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sub Spesialis Anak-Neurologi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sub Spesialis Anak-Nutrisi dan Penyakit Metabolik	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sub Spesialis Anak-Respirologi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sub Spesialis Anak-Tumbuh Kembang Ped. Sosial	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0
	Sub Spesialis Anestesi-Anestesi Kardiovaskuler dan Critical Care	2	0	1	1	0	0	0	2	2	0
	Sub Spesialis Anestesi-Anestesi Obstetri dan Critical Care	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sub Spesialis Anestesi-	2	1	0	0	1	0	0	2	2	0

No	Nama Jabatan	Standar	Status Pegawai						Kondisi Saat Ini (2025)	Kebutuhan	+/-
			PNS		PPPK		NON ASN				
			L	P	L	P	L	P			
	Intensif Care/ICU										
	Sub Spesialis Anestesi- Manajemen Nyeri	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0
	Sub Spesialis Anestesi- Neuroanestesi dan Critical Care	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sub Spesialis Anestesi- Pediatrik dan Critical Care	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sub Spesialis Bedah Saraf- Neurospine	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0
	Sub Spesialis Bedah Saraf- Onkologi	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0
	Sub Spesialis Bedah Saraf- Vaskular	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0
	Sub Spesialis Bedah-Bedah Digestif	2	2	0	0	0	0	0	2	2	0
	Sub Spesialis Bedah-Bedah Onkologi	2	2	0	0	0	0	0	2	2	0
	Sub Spesialis Bedah-Bedah Vaskuler dan Endovaskuler	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sub Spesialis BTKV-Bedah Jantung Dewasa	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0
	Sub Spesialis BTKV-Pediatrik	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0
	Sub Spesialis BTKV-Vaskular dan Endovaskuler	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0
	Sub Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah-Kardiologi Intervensi	2	2	0	0	0	0	0	2	2	0
	Sub Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah-Kardiologi Pediatrik dan Penyakit Jantung Bawaan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sub Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah-Perawatan Intensif dan Kegawatan Kardiovaskular	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sub Spesialis Mata- Glaukoma	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sub Spesialis Neurologi- Neurovaskular, Neurointervensi, Imaging, Otologi, Oftalmologi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sub Spesialis Obgyn - Fertilitas-Endokrinologi Reproduksi (KFER)	2	0	2	0	0	0	0	2	2	0
	Sub Spesialis Obgyn -	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

No	Nama Jabatan	Standar	Status Pegawai						Kondisi Saat Ini (2025)	Kebutuhan	+/-
			PNS		PPPK		NON ASN				
			L	P	L	P	L	P			
	Fetomaternal										
	Sub Spesialis Obgyn - Onkologi Obstetri	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0
	Sub Spesialis Obgyn - Uroginekologi dan Rekonstruksi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sub Spesialis Obgyn-Obstetri-Ginekologi Sosial	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0
	Sub Spesialis Orthopaedi dan Traumatologi-Orthopedic Sport Injury	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0
	Sub Spesialis Orthopaedi dan Traumatologi-Spine Orthopedic	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0
	Sub Spesialis Orthopaedi-Hip and Knee	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0
	Sub Spesialis Paru-Onkologi Toraks	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sub Spesialis Paru-Infeksi Paru	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0
	Sub Spesialis Paru-Pulmonologi Intervensi dan Gawat Darurat Napas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sub Spesialis Paru-Penyakit Paru Obstruktif Kronik	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0
	Sub Spesialis Patologi Anatomi-Digestif Hepatobilier	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sub Spesialis Patologi Anatomi-Hemato-limfoid Endoktrin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sub Spesialis Patologi Anatomi-Kardiovaskuler Respirasi dan Mediastinum	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sub Spesialis Patologi Anatomi-Obstetri Ginekologi Payudara	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sub Spesialis Patologi Anatomi-Uropatologi Reproduksi Laki-laki	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sub Spesialis Patologi Klinik-Hematologi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sub Spesialis Patologi Klinik-Onkologi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sub Spesialis Penyakit Dalam-Alergi Immunologi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

No	Nama Jabatan	Standar	Status Pegawai						Kondisi Saat Ini (2025)	Kebutuhan	+/-
			PNS		PPPK		NON ASN				
			L	P	L	P	L	P			
	Klinik										
	Sub Spesialis Penyakit Dalam-Endokrin Metabolik Diabetes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sub Spesialis Penyakit Dalam-Gastroentero Hepatologi	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0
	Sub Spesialis Penyakit Dalam-Geriatri	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sub Spesialis Penyakit Dalam-Ginjal Hipertensi	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0
	Sub Spesialis Penyakit Dalam-Hemato Onkologi Medik	1	0	0	0	0	0	0	0	1	-1
	Sub Spesialis Penyakit Dalam-Kardiovaskular	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sub Spesialis Penyakit Dalam-Penyakit Tropik-Infeksi	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0
	Sub Spesialis Penyakit Dalam-Psikosomatis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sub Spesialis Penyakit Dalam-Pulmonologi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sub Spesialis Penyakit Dalam-Reumatologi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sub Spesialis Radiologi-Neuroradiologi dan Kepala Leher	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sub Spesialis Radiologi-Radiologi Abdomen	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0
	Sub Spesialis Radiologi-Radiologi Anak	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sub Spesialis Radiologi-Radiologi Intervensional	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sub Spesialis Radiologi-Radiologi Payudara dan Reproduksi Perempuan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sub Spesialis Radiologi-Radiologi Thorax	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sub Spesialis THT-KL-Onkologi	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0
	Sub Spesialis THT-KL-Otologi	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0
	Sub Spesialis Urologi-Onkologi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sub Spesialis Urologi-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

No	Nama Jabatan	Standar	Status Pegawai						Kondisi Saat Ini (2025)	Kebutuhan	+/-
			PNS		PPPK		NON ASN				
			L	P	L	P	L	P			
	Pediatric										
	Sub Spesialis Urologi-Transplantasi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Sub Spesialis Urologi-Trauma dan Rekonstruksi	1	1	0	0	0	0	0	1	1	
	JUMLAH		19	12	4	1	0	0	36	37	
4	Dokter Gigi	3	0	2	1	0	0	0	3	3	
	JUMLAH		0	2	1	0	0	0	3		
5	Dokter Gigi Spesialis										
	Spesialis Bedah Mulut dan Maksilofasial	1	0	0	1	0	0	0	1	1	
	Spesialis Kesehatan Gigi Anak	1	0	1	0	0	0	0	1	1	
	Spesialis Konservasi Gigi	2	1	1	0	0	0	0	2	2	
	Spesialis Orthodontist	1	0	1	0	0	0	0	1	1	
	Spesialis Periodonsia	1	0	1	0	0	0	0	1	1	
	Spesialis Prostodonsia	1	0	1	0	0	0	0	1	1	
	Spesialis Penyakit Mulut	1	0	0	0	0	0	1	1	1	
	JUMLAH		1	5	1	0	0	1	8		
6	Dokter Gigi Sub Spesialis										
	JUMLAH		0	0	0	0	0	0	0		
B	TENAGA KESEHATAN										
1	Tenaga Psikologi Klinis	2	0	1	0	1	0	0	2	2	
	JUMLAH		0	1	0	1	0	0	2		
2	Tenaga Keperawatan										
	Perawat Vokasi	577	63	121	116	273	0	2	575	577	
	Ners	318	42	106	38	95	5	14	300	318	
	Ners Spesialis	8	1	7	0	0	0	0	8	8	
	Magister	4	2	2	0	0	0	0	4	4	
	JUMLAH		108	236	154	368	5	16	887		
3	Tenaga Kebidanan										
	Vokasi	81	0	36	0	45	0	0	81	81	
	Profesi	16	0	16	0	0	0	0	16	16	
	JUMLAH		0	52	0	45	0	0	97		
4	Tenaga Kefarmasian										
	Vokasi Farmasi	89	15	23	19	32	0	0	89	89	
	Apoteker	37	3	6	7	10	3	4	33	37	
	Apoteker Spesialis	8	0	4	0	1	1	2	8	8	
	JUMLAH		18	33	26	43	4	6	130		
5	Tenaga Kesehatan Masyarakat										
	Kesehatan Masyarakat										
	Epidemiologi Kesehatan	3	0	0	0	3	0	0	3	3	
	Promosi Kesehatan dan Ilmu	4	0	0	1	3	0	0	4	4	

No	Nama Jabatan	Standar	Status Pegawai						Kondisi Saat Ini (2025)	Kebutuhan	+/-
			PNS		PPPK		NON ASN				
			L	P	L	P	L	P			
	Prilaku										
	Pembimbing Kesehatan Kerja	5	0	0	4	0	1	0	5	5	0
	Administratif dan Kebijakan Kesehatan										
	JUMLAH		0	0	5	6	1	0	12		
6	Tenaga Kesehatan Lingkungan										
	Sanitasi Lingkungan	12	1	4	2	5	0	0	12	12	0
	Entomologi Kesehatan										
	JUMLAH		1	4	2	5	0	0	12		
7	Tenaga Gizi										
	Nutrisionis	29	2	10	4	13	0	0	29	29	0
	Dietisien	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0
	JUMLAH		2	10	5	13	0	0	30		
8	Tenaga Keterampilan Fisik										
	Fisioterapi	20	4	5	5	6	0	0	20	20	0
	Terapis Okupasional	6	1	1	1	3	0	0	6	6	0
	Terapis Wicara	7	0	3	1	1	1	1	7	7	0
	Akupuntur										
	JUMLAH		5	9	7	10	1	1	33		
9	Tenaga Keteknisian Medis										
	Perekam Medis dan Informasi Kesehatan	35	1	9	2	11	3	9	35	35	0
	Teknisi Kardiovaskuler	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0
	Teknisi Pelayanan Darah	6	0	1	2	1	0	0	4	6	-2
	Oktometris / Refraksi	2	0	0	0	2	0	0	2	2	0
	Teknisi Gigi	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0
	Asisten Penata Anatesi	8	3	1	3	1	0	0	8	8	0
	Penata Anatesi	25	7	4	1	1	5	5	23	25	-2
	Terapis Gigi dan Mulut	10	2	4	1	3	0	0	10	10	0
	Audiologis										
	JUMLAH		13	19	10	19	8	15	84		
10	Tenaga Teknik Biomedika										
	Radiografer	43	4	4	13	7	11	3	42	43	-1
	Elektromedis	12	3	0	2	2	4	0	11	12	-1
	Teknologi Laboratorium Medik	65	12	16	10	22	1	0	61	65	-4
	Fisikawan Medik	7	1	0	1	3	0	0	5	7	-2
	Ortotik Prostetik	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0
	JUMLAH		20	20	27	34	16	3	120		
11	Tenaga Kesehatan Tradisional										
	Ramuan / Jamu										
	Pengobat Tradisional										

No	Nama Jabatan	Standar	Status Pegawai						Kondisi Saat Ini (2025)	Kebutuhan	+/-
			PNS		PPPK		NON ASN				
			L	P	L	P	L	P			
	Interkontingental										
	Tenaga Kesehatan Lain ditetapkan oleh menteri										
	JUMLAH		0	0	0	0	0	0	0		
C	Tenaga Pendukung / Penunjang Kesehatan										
1	Struktural Esselon II	5	0	3	0	0	0	0	3	5	-2
2	Struktural Esselon III	10	4	5	0	0	0	0	9	10	-1
3	Administrator Kesehatan	10	1	2	0	5	1	1	10	10	0
4	Analisis Kebijakan	2	1	1	0	0	0	0	2	2	0
5	Analisis SDM Aparatur	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	Perencana	4	3	1	0	0	0	0	4	4	0
7	Arsiparis	4	0	0	2	2	0	0	4	4	0
8	Pranata Komputer	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0
9	Tenaga Administrasi	274	30	49	91	89	1	6	266	274	-8
10	Tenaga Penunjang	330	25	22	144	128	0	0	319	330	-11
	JUMLAH		65	83	237	224	7	10	626		
	TOTAL KESELURUHAN	2.262	277	534	501	792	42	54	2.211	2.262	-51

Sumber: Subbag Umum dan Kepegawaian 2025

Sehubungan ada perubahan dalam aturan terkait penyetaraan jabatan fungsional maka pola ketenagaan sedikit ada pergeseran dan perubahan seperti pada tabel dibawah ini :

Tabel 5
Sumber Daya Manusia Menurut Golongan dan Pendidikan
RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2025

URAIAN	JK		GOLONGAN				PENDIDIKAN						TOTAL
	L	P	IV	III	II	I	PASCA SARJANA/S2	SARJANA	DIPLOMA	SLTA	SLTP	SD	
STRUKTURAL	9	13	17	5	0	0	16	6	0	0	0	0	22
Direktur													
Wadir Umum Dan Keuangan													
Wadir SDM dan Diklatlit		1	1				1						
Wadir Pelayanan		1	1				1						
Wadir Penunjang		1	1				1						
Bagian Perencanaan dan Evaluasi Kinerja Rumah Sakit		1	1				1						
Bagian Keuangan dan Penganggaran		1	1				1						
Bagian Akuntansi		1	1				1						

URAIAN	JK		GOLONGAN				PENDIDIKAN					TOTAL	
Bagian Umum, Hukum dan Humas													
Bagian Sumber Daya Manusia	1		1				1						
Bagian Pendidikan, Pelatihan, dan Penelitian	1		1				1						
Bidang Pelayanan		1		1				1					
Bidang Keperawatan	1		1				1						
Bidang Penunjang Medik	1		1					1					
Bidang Penunjang Non Medik		1	1				1						
Perencana Ahli Muda	3	1	1	3			2	2					
Analisis Kebijakan Ahli Muda	1	1	1	1			1	1					
Administrator Kesehatan Ahli Muda	1	1	2				2						
Perawat Ahli Muda		2	2				1	1					
Jumlah PNS	268	521	150	524	137		103	286	309	76	16	-	789
Jumlah PPPK	501	792					26	331	592	308	30	6	1293
Jumlah TKWT BLUD	42	54				-	12	58	26				96
Jumlah STUKTURAL + PNS + PPPK + TKWT BLUD	820	1380	150	524	137	0	157	681	927	384	46	6	2211

E. ASPEK STRATEGIS ORGANISASI

Penyusunan strategi organisasi didasarkan pada analisis SWOT yang mencermati kondisi lingkungan internal organisasi berupa kekuatan (strengths), kelemahan (weaknesses) dan kondisi lingkungan eksternal organisasi, yaitu peluang (opportunities) dan ancaman (threats). Dengan tehnik SWOT dapat diketahui kondisi elemen internal organisasi yang sifatnya controllable (dapat dikuasai) yang berguna untuk mengetahui faktor kekuatan dan kelemahan organisasi serta kondisi elemen eksternal organisasi yang sifatnya uncontrollable (yang relative kurang dikuasai) untuk mengetahui faktor peluang dan ancaman. Analisis SWOT ini dimaksudkan untuk menentukan tingkat urgensi dan dampak potensial serta skala prioritasnya. Dengan pencermatan (scanning) terhadap lingkungan organisasi dapat diidentifikasi kekuatan, kelemahan, peluang dan ancaman sebagai berikut:

**Tabel 6 Analisis Faktor Internal (Kekuatan / Strength)
RSUD A. Wahab Sjahranie, Tahun 2025**

No.	Obyek Yang Dianalisa	Bobot	Rating	Skor
				(Bobot X Ranking)
1	Layanan emergensi kritis seperti jantung, saraf, trauma, luka bakar, dan keracunan sudah mencapai paripurna sehingga memperkuat citra RSUD AWS sebagai pusat rujukan utama di Kalimantan Timur.	0,09	4,00	0,36
2	Akreditasi Rumah Sakit dengan status Paripurna	0,09	4,00	0,36
3	RS telah terakreditasi Diklat A untuk RS pendidikan dan Penyelenggara Diklat Bidang Kesehatan	0,09	4,00	0,36
4	Terdapat tren peningkatan pendapatan BLUD dari tahun ke tahun	0,08	4,00	0,32
5	Hasil Audit Laporan Keuangan Memenuhi Wajar Tanpa Pengecualian (WTP)	0,08	4,00	0,32
6	SDMK pemberi layanan sebagian besar terpenuhi baik jumlah maupun kompetensi	0,07	3,00	0,21
7	Fellowship uro transplantasi, uro onkologi untuk menunjang layanan unggulan KJSU (Kanker, Jantung, Stroke dan Urologi)	0,09	4,00	0,36
8	Adanya kesempatan pengembangan karir (Program Izin belajar dan Tubel serta pdiklat dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan RS	0,08	4,00	0,32
9	Komitmen Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien	0,09	4,00	0,36
10	Tersedia Peralatan medis canggih / modern dan Sarana dan prasaran yang lengkap dan disupport oleh pendanaan APBD dan BLUD contoh OK Hybrid, layanan kanker, alat kedokteran nuklir, jantung terpadu, ginjal terpadu serta Pembangunan gedung rawat inap 8 lantai	0,09	4,00	0,36
11	Letak geografis RS yang strategis di pusat kota	0,1	4,00	0,4
12	Terjalannya kerjasama dengan Instansi Bidang Kesehatan untuk pembimbing Instansi yang menjadi penyelenggara diklat bidang kesehatan	0,07	3,00	0,21
13	Pengembangan Sistem Keuangan yang mulai terintegrasi antar Bagian	0,07	3,00	0,21
	JUMLAH	1,00	45,00	3,79

**Tabel 7 Analisis Faktor Internal (Kelemahan/Weakness)
RSUD Abdoel Wahab Sjahrnie, Tahun 2025**

No	Obyek Yang Dianalisa	Bobot	Rating	Skor
				(Bobot X Ranking)
1	Waktu respon pelayanan yang masih belum mencapai standar SPM	0,05	4	0,2
2	Masih banyak layanan pada level Madya yang harus ditingkatkan ke Paripurna, terutama pada bidang onkologi (neoplasma), endokrin, imunologi, dan rehabilitasi yang sangat dibutuhkan dalam pelayanan komprehensif pasien kronis.	0,08	3	0,24
3	Masih rendahnya marketing RS terhadap produk layanan unggulan dan penunjang rs	0,01	3	0,12
4	Rasio CRR belum 100%	0,05	3	0,15
5	Rasio CRR memperlihatkan trend penurunan	0,05	3	0,15
6	Tingkat kemandirian yang semakin menurun	0,05	3	0,15
7	Trend Sales Growth Rate menurun	0,05	4	0,2
8	Ketersediaan SDM untuk memenuhi kebutuhan 24 Jenis Layanan berdasarkan kompetensi yang menuju paripurna masih kurang (Paru dan Pernafasan, Uro Nefro, Mata, Pencernaan dan Hepatobilier, Trauma, Hematologi, Neonatus, Infeksi dan Parasit)	0,08	3	0,24
9	Pemenuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan masih kurang terutama PPA sesuai dengan anjab	0,05	4	0,2
10	Kurangnya jumlah tenaga elektromedik	0,05	4	0,2
11	Masih ada pegawai yang berstatus TKWT	0,05	3	0,15
12	Kurang internalisasi dan komitmen terhadap budaya organisasi	0,03	3	0,12
13	Perizinan adendum lingkungan (AMDAL) belum terbit	0,04	3	0,36
14	Kurangnya Fasilitas Parkir/ Area Rumah sakit	0,04	4	0,32
15	Limbah akhir dari pembakaran limbah medis mengganggu masyarakat sekitar	0,04	4	0,32
16	Kondisi lingkungan RS yang rendah dan banjir jika hujan deras	0,06	4	0,24
17	Pemeliharaan alat-alat canggih yang kurang optimal membuat pelayanan terganggu	0,06	3	0,18
18	Pengelolaan inventaris aset dan persediaan baik dari aspek SDMnya maupun sistem pengelolaan ASPAK yang belum optimal	0,06	4	0,24

No	Obyek Yang Dianalisa	Bobot	Rating	Skor
				(Bobot X Ranking)
19	SIM RS belum terintegrasi secara optimal	0,05	3	0,15
20	Perubahan Regulasi/Kebijakan yang cepat	0,05	3	0,15
	JUMLAH	1	68	3,62

**Tabel 8 Analisis Faktor Internal (Peluang/Opportunity)
RSUD Abdoel Wahab Sjahranie, Tahun 2025**

No	Obyek Yang Dianalisa	Bobot	Rating	Skor
				(Bobot X Ranking)
1	Dukungan dana APBD Provinsi	0,25	3	0,75
2	Kebijakan 24 Layanan berbasis Kompetensi berpeluang untuk meningkatkan pendapatan Rumah Sakit	0,2	4	0,8
3	Status sebagai RS Rujukan dan adanya RS Jejaring	0,1	4	0,4
4	Dampak Ibu Kota Nusantara (IKN)	0,05	4	0,2
5	Meningkatnya jumlah mitra asuransi	0,05	3	0,15
6	Kebijakan UHC	0,1	4	0,4
7	Kebijakan pemberian beasiswa kepada SDM	0,1	4	0,4
8	Jumlah penduduk yang meningkat, angka kemiskinan dan adanya perubahan pola penyakit	0,1	3	0,3
9	Peluang mendapatkan Pemanfaatan dana CSR dari Perusahaan	0,05	1	0,05
	JUMLAH	1	32	3,65

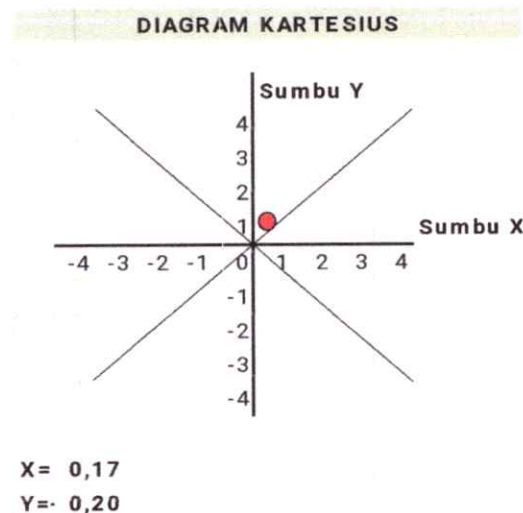
**Tabel 9 Analisis Faktor Internal (Ancaman/Threat)
RSUD Abdoel Wahab Sjahranie, Tahun 2025**

No.	Obyek Yang Dianalisa	Bobot	Rating	Skor
				(Bobot X Ranking)
1	Pertumbuhan Rumah Sakit pesaing (sebagai pemberi pelayanan dan pemberi pelatihan terakreditasi)	0,25	4	1
2	Keterbatasan tenaga sub spesialis di Kalimantan Timur untuk memenuhi kebutuhan 24 Jenis Layanan berbasis kompetensi	0,2	4	0,8
3	Tuntutan / ekspektasi masyarakat yang tinggi akan layanan kesehatan	0,15	3	0,45
	Sistem Rujukan Terpadu yang belum berjalan dengan baik	0,1	3	0,3

5	Stigma bahwa RS Pendidikan memberikan pelayanan yang di bawah standar	0,1	3	0,3
6	Digitalisasi / perkembangan teknologi yang sangat cepat	0,1	3	0,3
8	Pertumbuhan layanan homecare	0,1	3	0,3
	JUMLAH	1	26	3,45

Berdasarkan tabel 5 dapat dijelaskan bahwa dari hasil analisis SWOT, diperoleh posisi RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda pada kuadran I dimana strategi yang dapat ditempuh yakni:

1. Memanfaatkan *strength* tertentu untuk menghadapi suatu *threat*
2. Memanfaatkan *strength* tertentu untuk menggapai *opportunity*
3. Meminimalisasi atau meniadakan *weakness* tertentu dengan menghadapi *threat* tertentu
4. Meminimalisasi atau meniadakan *weakness* tertentu dengan memanfaatkan *opportunity* tertentu .



Gambar 2
Diagram Kartesius RSUD A. W. Sjahranie

Dari gambar 2 di atas bahwa Analisis lingkungan internal menggambarkan kinerja pelayanan, kondisi Sumber Daya Manusia (SDM) rumah sakit, sarana dan prasana, dan kondisi keuangan. Kondisi lingkungan eksternal dan internal RSUD A. Wahab Sjahranie

kemudian dianalisis menggunakan pendekatan analisis SWOT untuk mendapatkan gambaran posisi rumah sakit serta strategi pengembangannya. Analisis lingkungan eksternal termasuk mengidentifikasi aspirasi *stakeholder* terkait pengembangan RSUD A. Wahab Sjahranie dalam kurun waktu lima tahun mendatang.

Hasil analisis SWOT, diperoleh posisi RSUD A. Wahab Sjahranie berada pada **kuadran I (Agresive)**. Posisi ini menandakan sebuah organisasi yang kuat dan berpeluang. Rekomendasi strategi yang diberikan adalah kondisi organisasi prima dan mantap sehingga sangat memungkinkan untuk terus melakukan ekspansi, memperbesar pertumbuhan dan meraih kemajuan secara maksimal.

F. PERMASALAHAN UTAMA (ISU STRATEGIS)

Beberapa permasalahan yang terkait dengan bidang pelayanan kesehatan, sebagai berikut:

1. Waktu respon pelayanan yang masih belum mencapai standar SPM
2. Masih banyak layanan pada level Madya yang harus ditingkatkan ke Paripurna, terutama pada bidang onkologi (neoplasma), endokrin, imunologi, dan rehabilitasi yang sangat dibutuhkan dalam pelayanan komprehensif pasien kronis.
3. Masih rendahnya marketing RS terhadap produk layanan unggulan dan penunjang RS
4. Rasio CRR belum 100%
5. Rasio CRR memperlihatkan trend penurunan
6. Tingkat kemandirian yang semakin menurun
7. Trend Sales Growth Rate menurun
8. Ketersediaan SDM untuk memenuhi kebutuhan 24 Jenis Layanan berdasarkan kompetensi yang menuju paripurna masih kurang (Paru dan Pernafasan, Uro Nefro, Mata, Pencernaan dan Hepatobilier, Trauma, Hematologi, Neonatus, Infeksi dan Parasit)
9. Pemenuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan masih kurang terutama PPA sesuai dengan anjab
10. Kurangnya jumlah tenaga elektromedik
11. Masih ada pegawai yang berstatus TKWT

12. Kurang internalisasi dan komitmen terhadap budaya organisasi
13. Perizinan adendum lingkungan (AMDAL) belum terbit
14. Kurangnya Fasilitas Parkir/ Area Rumah sakit
15. Limbah akhir dari pembakaran limbah medis mengganggu masyarakat sekitar
16. Kondisi lingkungan RS yang rendah dan banjir jika hujan deras
17. Pemeliharaan alat-alat canggih yang kurang optimal membuat pelayanan terganggu
18. Pengelolaan inventaris aset dan persediaan baik dari aspek SDMnya maupun sistem pengelolaan ASPAK yang belum optimal
19. SIM RS belum terintegrasi secara optimal
20. Perubahan Regulasi/Kebijakan yang cepat
21. Pertumbuhan Rumah Sakit pesaing (sebagai pemberi pelayanan dan pemberi pelatihan terakreditasi)
22. Keterbatasan tenaga sub spesialis di Kalimantan Timur untuk memenuhi kebutuhan 24 Jenis Layanan berbasis kompetensi
23. Tuntutan / ekspektasi masyarakat yang tinggi akan layanan kesehatan
24. Sistem Rujukan Terpadu yang belum berjalan dengan baik
25. Stigma bahwa RS Pendidikan memberikan pelayanan yang di bawah standar
26. Digitalisasi / perkembangan teknologi yang sangat cepat
27. Pertumbuhan layanan homecare

G. SARANA DAN PRASARANA

Untuk menunjang pelaksanaan tugas pokok dan fungsi Rumah Sakit Umum Daerah A. Wahab Sjahraniedilengkapi dengan sarana dan prasarana berupa bangunan. peralatan medik, peralatan keperawatan, peralatan laundry, peralatan gizi, peralatan Inventaris kantor, kendaraan dinas dan fasilitas lainnya. Dari jumlah tersebut secara umum sarana dan prasarana masih memerlukan peningkatan pemenuhannya hingga bisa memfasilitasi kebutuhan semua unit pelayanan . Hal ini disebabkan karena perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan yang semakin canggih sehingga sarana dan prasarana penunjang masih perlu ditingkatkan dimasa mendatang dalam rangka mengoptimalkan pelayanan kepada masyarakat.

1. Prasarana

Adapun prasarana yang dimiliki oleh RSUD A. Wahab Sjahranie adalah sebagai berikut:

Tabel 10
Prasarana RSUD. A. Wahab Sjahranie Tahun 2025

No	Prasarana	Lokasi	Jumlah	Kapasitas
1	2	3	4	5
1.	Daya Listrik PLN		6 titik Kwh meter	Rumah Sakit Pusat 3.465 KVA
2.	Genset		Automatic dengan kapasitas 4 x 1250 KVA	
3.	Sumber air bersih / PDAM		2 Inlet dengan 11 lokasi reservoir	
		Poliklinik	2	150 m ³ + 50 m ³
		Gedung Utama / Tu	1	150 m ³
		Paviliun Sakura	1	150 m ³
		I G D	1	150 m ³
		Teratai	1	400 m ³
		Belakang Mawar	1	90 m ³
		Melati & Anggrek	1	90 m ³
		Flamboyan	1	60 m ³
		Kamar Mayat	1	600 m ³
	I B S	1	75 m ³	
4.	Pengolahan limbah padat Incenerator dengan kapasitas			150 kg/jam
5.	Instalasi Air tanah / Artesis		1 Titik	
		Lokasi Dekat Ground Tank Induk	1 Titik	
6.	Pengolahan Limbah cair / IPAL dengan sistem AEROB & UN-AEROB dengan debit output			475 m ³ /hari
7.	Sarana komunikasi Telephone / PABX		289 extension number	
		Sentral	1 Unit	
		Sub Sentral	5 Titik	
		1. Laboratorium		
		2. Instalasi Sakura		
	3. IBS			
	4. Teratai			
	5. Bougenville			
8.	Sistem pendingin ruangan / AC			
		1. AC Sentral	1. Paviliun Sakura, IBS	
		2. Dak Split / Kaset	2. IGD, Lab. PK & BDRS, Poliklinik	
	3. Local Water Chiller	3. MRI		
9.	Sistem pengamanan Hydrant, Fire Detector dan Alarm		Hydrant 35 titik	
		Hydrant Tanam: - Hydrant Dalam gedung -Hydrant Diluar Gedung	1. 17 titik Didalam gedung atau dinding 2. 18 titik di halaman atau diluar gedung	
10.	Boiler CSSD, Laundry dan Kitchen			
		1. Boiler	1. 2 Unit Kapasitas 1 Ton	

No	Prasarana	Lokasi	Jumlah	Kapasitas
1	2	3	4	5
		2. Laundry	/ unit 2. Unit Laundry mesin cuci 5 Unit mesin pengering, 4 Unit Mesin Strika 3 Unit	
		3. CSSD	3. Unit CSSD Mesin Washer: 2 Unit Mesin steam : 4 Unit Mesin Plasma : 3 Unit	
11.	Pneumatic Tube		1 Unit dengan 16 Titik (Tube Spot)	
12.	Lift Pasien			
		IBS	6	2 Lift Pasien, 2 Lift alat kotor 2 lift alat bersih
		IGD	2	Lift Pasien
		Paviliun Sakura	5	4 Lift Pasien, 1 Lift Pengunjung
		Poliklinik	2	Lift Pasien
		Lab. Pk & Bdrs	1	Lift Pasien
	Flamboyan	1	Lift Pasien	

Tabel 11
Prasarana Gedung dan Bangunan RSUD A. W. Sjahranie

No.	Nama Unit	Nama Ruangan	Jumlah Lantai	Tahun Bangun	Luas Total Blok Gedung (M ²)
1	2	3	4	5	6
1	Laboratorium PA	Laboratorium PA	1	2002	979
2	MCU	MCU	1	2011	800
3	Rawat Jalan Eksekutif	Poli Eksekutif	1	2011	500
4	Farmasi	Farmasi	1	2011	720
5	Garasi Dan Bengkel	Garasi	2	2007	75
6	Gudang Umum	Gudang Umum	2	1979	216
7	Rawat Intensif Terpadu	Cat Lab	2	1979	513
8	Gedung Sentral Gas Medik	Sentral Gas Medik	2	2009	299
9	Overhead Lainnya	Mes Pegawai	2	2000	4.210
10	SIMRS Dan Medical Record	Medical Record	2	1979	720
11	Ruang Genset	Genset	2	1979	272
12	Bank Darah	Bank Darah	1	2011	250
13	Laboratorium PK	Laboratorium PK	1	2014	11.016
14	Ibadah	Masjid	2	2008	300
15	Ruang Jenazah	Ruang Jenazah	2	1979	216
16	Instalasi Gizi	Gizi	2	1979	720
17	CSSD/Sterilisasi Sentral	CSSD	2	1979	1.064
18	Fisioterapi	Fisioterapi	2	2013	988
19	IPSRS Dan Workshop	IPSRS	2	2008	180
20	Radiologi	Radiologi	2	2014	1.268
21	Selasar	Selasar	2	1979	1.000
22	Rawat Intensif Terpadu	ICU/ICCU/NICU/PICU	2	1979	185
23	Instalasi Bedah Sentral	IBS	1	2011	3.636
24	Kemoterapi	Kemoterapi	2	1979	400

No.	Nama Unit	Nama Ruangan	Jumlah Lantai	Tahun Bangun	Luas Total Blok Gedung (M ²)
1	2	3	4	5	6
25	Hemodialisis	Hemodialisis	2	1979	400
26	Administrasi	Umum	1	1976	80
27	Administrasi	JPKM (Gudang)	1	1976	30
28	Administrasi	Kepegawaian	1	1976	75
29	Administrasi	Diklit	1	1976	70
30	Administrasi	Gerhana	1	1976	80
31	Administrasi	Keuangan	1	1976	450
32	Administrasi	WC/Toilet	1	1976	66
33	Administrasi	Direktur	1	1976	55
34	Administrasi	Wadir Pelayanan	1	1976	20
35	Administrasi	Wadir Penunjang	1	1976	20
36	Administrasi	Wadir Umum	1	1976	20
37	Administrasi	PMKP	1	1976	20
38	Administrasi	Komite Medik	1	1976	20
39	Administrasi	Perencanaan	1	1976	20
40	Administrasi	Dewas	1	1976	20
41	Administrasi	Buana	1	1976	20
42	Administrasi	Mentari	1	1976	60
43	Administrasi	Pantri	1	1976	70
44	Administrasi	Lobby	1	1976	15
45	Paviliun	Gudang	1	2011	120
46	Paviliun	Loby	1	2011	30
47	Paviliun	Pendaftaran	1	2011	1900
4	Paviliun	Teknik	1	2011	310
49	Paviliun	Kantin	1	2011	250
50	Paviliun	Selasar	1	2011	250
51	Paviliun	Kamar Operasi	1	2011	1770
52	Paviliun	Icu/Iccu	1	2011	500
53	Paviliun	Hemodialisa	1	2011	500
54	Paviliun	Cat lab	1	2011	400
55	Paviliun	Administrasi	1	2011	500
56	Paviliun	Kebidanan & Anak	1	2011	200
57	Paviliun	Perawatan Umim	1	2011	984
58	Paviliun	Vip Superior	1	2011	984
59	Paviliun	Taman	1	2011	480
60	Paviliun	Farmasi	1	2011	30
61	Kelas III	Bougenvile	1	1979	400
62	Kelas III	Aster	1	1979	461
63	Kelas I	Melati	1	1979	1052
64	Kelas II	Melati	1	1979	263
65	Kelas III	Melati	1	1979	527
66	Kelas I	Anggrek	1	1979	659
67	Kelas II	Anggrek	1	1979	1203
68	Kelas III	Angsoka	1	2008	376
69	Kelas III	Flamboyan	1	2008	1154
70	Kelas III	Dahlia	1	2008	1152
71	Kelas III	Seruni	1	2008	648
72	Kelas III	Tulip	1	2008	1154
73	Kelas III	Cempaka	1	1979	400

No.	Nama Unit	Nama Ruangan	Jumlah Lantai	Tahun Bangun	Luas Total Blok Gedung (M ²)
1	2	3	4	5	6
74	Kelas I	Mawar	1	1979	1529
75	Kelas II	Mawar	1	1979	1047
76	Kelas III	Mawar	1	1979	262
77	Vip/Teratai	Teratai 1	1	2008	262
78	Vip/Teratai	Teratai 2	1	2008	563
79	Vip/Teratai	Teratai 3	1	1979	522
80	Vip/Teratai	Bungalow	1	1979	475
81	Vip/Teratai	Teratai 4	1	1979	53
82	IGD	IGD	1	2009	400
83	IGD	Poli Umum	1	2009	1426
84	IGD	Pendaftaran	1	2009	143
85	IGD	Kasir	1	2009	57
86	IGD	Persalinan	1	2009	86
87	IGD	Administrasi IGD	1	2009	428
88	IGD	IPI/IRNA	1	2009	143
89	IGD	IBS	1	2009	285
90	Poliklinik	Poli Anak	1	2010	285
91	Poliklinik	Poli Bedah	1	2010	99
92	Poliklinik	Poli Bedah Syaraf	1	2010	30
93	Poliklinik	Poli Bedah Tulang	1	2010	30
94	Poliklinik	Poli Gigi & Tulang	1	2010	15
95	Poliklinik	Poli Jantung	1	2010	132
96	Poliklinik	Poli Kandungan	1	2010	83
97	Poliklinik	Poli Kulit & Kelamin	1	2010	60
98	Poliklinik	Poli Mata	1	2010	60
99	Poliklinik	Poli Paru	1	2010	83
100	Poliklinik	Poli Penyakit Dalam	1	2010	33
101	Poliklinik	Poli Saraf	1	2010	15
102	Poliklinik	Poli THT	1	2010	15
103	Poliklinik	Poli Urologi	1	2010	15
104	Poliklinik	Poli Bedah Anak	1	2010	30
105	Poliklinik	Poli Bedah Jantung	1	2010	15
106	Poliklinik	Poli Jiwa	1	2010	15
107	Poliklinik	Poli Bedah Plastik	1	2010	15
108	Poliklinik	Poli Gizi	1	2010	15
109	Poliklinik	Poli Okupasi	1	2010	15
110	Poliklinik	Poli Onkologi	1	2010	15
111	Poliklinik	Poli Perawatan Luka	1	2010	15
112	Poliklinik	Poli Psikologi	1	2010	15
113	Poliklinik	Poli VCT	1	2010	15
114	Poliklinik	Laboratorium	1	2010	15
115	Poliklinik	Medical Record	1	2010	167
116	Poliklinik	Kasir	1	2010	16
117	Poliklinik	BPJS	1	2010	75
118	Poliklinik	Farmasi	1	2010	185
119	Poliklinik	Perpustakaan	1	2010	119
120	Poliklinik	Toilet	1	2010	15
121	Poliklinik	Ruang Tunggu	1	2010	30
122	Poliklinik	Toilet	1	2010	357

No.	Nama Unit	Nama Ruangan	Jumlah Lantai	Tahun Bangun	Luas Total Blok Gedung (M ²)
1	2	3	4	5	6
123	Poliklinik	Pendaftaran	1	2010	22
124	Poliklinik		1	2010	66
125	Poliklinik	Kantor	1	2010	30
126	Poliklinik	Fisioteraphi	1	2010	132
127	Poliklinik	ATM	1	2010	28
128	Poliklinik	IDI	1	2010	28
129	Poliklinik	PKBRS	1	2010	28
130	Poliklinik	SPI	1	2010	28
131	Poliklinik	K3	1	2010	28
132	Poliklinik	PPNI	1	2010	28
133	Poliklinik	Kom. Keperawatan	1	2010	28
134	Poliklinik	Toilet	1	2010	30
135	Poliklinik	Pelangi	1	2010	4716
136	Poliklinik	Rembulan	1	2010	4716
137	Gedung Banker	Petscant & Cyclotron	1	2018	644
138	Gedung Lab	Lab Fertilitas	1	2018	308
139	Gedung Farmasi & CPOB	Farmasi & CPOB	1	2018	784
140	Gedung IPSRS	Tambahan IPSRS	1	2018	276
JUMLAH					72.535

2. Transportasi

Tabel 12
Kendaraan RSUD A. W. Sjahranie Tahun 2025

No	Nomor Polisi	Nama Pemilik	Nama Pengguna	Status Kendaraan	Merk/type
1	KT 1009 BZ	RSUD A.W. Sjahranie	Direktur	Aktif/Masih digunakan	Toyota Fortuner
2	KT 1770 BZ	RSUD A.W. Sjahranie	Direktur	Aktif/Masih digunakan	Mitsubishi Pajero Sport
3	KT 1075 M	RSUD A.W. Sjahranie	Wadir SMD dan Diklatlit	Aktif/Masih digunakan	Toyota Innova Venturer
4	KT 1936 M	RSUD A.W. Sjahranie	Wadir Umum dan Keuangan	Aktif/Masih digunakan	Honda H-RV
5	KT 1964 M	RSUD A.W. Sjahranie	Wadir Penunjang	Aktif/Masih digunakan	Honda H-RV
6	KT 1960 M	RSUD A.W. Sjahranie	Wadir Medik dan Keperawatan	Aktif/Masih digunakan	Honda H-RV
7	KT 1568 B	RSUD A.W. Sjahranie	Operasional Kantor	Aktif/Masih digunakan	Toyota Innova
8	KT 1127 F	Pemprov Kaltim	Operasional Kantor	Aktif/Masih digunakan	Toyota Innova
9	KT 1126 F	Pemprov Kaltim	Operasional Kantor	Aktif/Masih digunakan	Toyota Innova
10	KT 1120 F	Pemprov Kaltim	Operasional	Aktif/Masih	Toyota Avanza

No	Nomor Polisi	Nama Pemilik	Nama Pengguna	Status Kendaraan	Merk/type
			Kantor	digunakan	
11	KT 1039 F	Pemprov Kaltim	Operasional kantor	Aktif/Masih digunakan	Toyota Avanza
12	KT 1748 B	RSUD A.W. Sjahranie	Kabag SDM	Aktif/Masih digunakan	Toyota Rush
13	KT 1364 B	RSUD A.W. Sjahranie	Kabid Keperawatan	Aktif/Masih digunakan	Toyota Rush
14	KT 1601 M	RSUD A.W. Sjahranie	Kabag Perencanaan dan Evaluasi Kinerja RS	Aktif/Masih digunakan	Toyota Rush
15	KT 1002 M	RSUD A.W. Sjahranie	Kabag Umum, Hukum dan Humas	Aktif/Masih digunakan	Toyota Rush
16	KT 1639 M	RSUD A.W. Sjahranie	Kabag Keuangan	Aktif/Masih digunakan	Toyota Rush
17	KT 1611 B	RSUD A.W. Sjahranie	Kabid Pelayanan	Aktif/Masih digunakan	Toyota Rush
18	KT 1572 M	RSUD A.W. Sjahranie	Kabid Penunjang Non Medis	Aktif/Masih digunakan	Toyota Rush
19	KT 1678 M	RSUD A.W. Sjahranie	Kabid Penunjang Medis	Aktif/Masih digunakan	Toyota Rush
20	KT 1227 I	RSUD A.W. Sjahranie	Kabid Diklit	Aktif/Masih digunakan	Toyota Rush
21	KT 9915 BA*	RSUD A.W. Sjahranie	AGD 119	Aktif/Masih digunakan	Toyota Hiace (Bankaltim)
22	KT 118 BX*	Vice President	AGD 119	Aktif/Masih digunakan	Toyota Land Cruiser
23	KT 9928 BA*	RSUD A.W. Sjahranie	AGD 119	Aktif/Masih digunakan	Suzuki APV (Pegadaian)
24	B 1694 SIX*	Jasa Raharja	AGD 119	Aktif/Masih digunakan	Hyundai Starex (Jasa Raharja)
25	KT 9074 M	RSUD A.W. Sjahranie	AGD 119	Aktif/Masih digunakan	Mitsubishi Pajero Sport
26	KT 1271 BZ	Pemprov Kaltim	Forensik	Aktif/Masih digunakan	Suzuki APV
27	KT 1272 BZ	Pemprov Kaltim	Forensik	Aktif/Masih digunakan	Suzuki APV
28	KT 1109 B	Pemprov Kaltim	Rumah Singgah	Aktif/Masih digunakan	Toyota Kijang
29	KT 8682 BZ	RSUD A.W. Sjahranie	Kesling	Aktif/Masih digunakan	Isuzu Elf Dump Truck
30	KT 8001 I	RSUD A.W. Sjahranie	Kesling	Aktif/Masih digunakan	Suzuki Carry Pick-Up
31	KT 1048 M	RSUD A.W. Sjahranie	Operasional kantor	Rusak	Toyota Rush
32	KT 9946 BZ	RSUD A.W. Sjahranie	Forensik	Rusak Berat	Toyota Kijang

No	Nomor Polisi	Nama Pemilik	Nama Pengguna	Status Kendaraan	Merk/type
33	KT 9803 MZ	RSUD A.W. Sjahranie	Forensik	Rusak Berat	Isuzu Elf
34	KT 9904 B	RSUD A.W. Sjahranie	Forensik	Rusak Berat	Toyota Kijang
35	KT 1877 B	RSUD A.W. Sjahranie	Forensk	Rusak Berat	Toyota Kijang
36	KT 1756 B	RSUD A.W. Sjahranie	Forensik	Rusak Berat	Toyota Kijang
37	KT 9145 B	Pemprov Kaltim	AGD 119	Rusak Berat	Isuzu Elf
38	KT 6437 MZ	Pemprov Kaltim	Operasional Kantor	Aktif/Masih digunakan	Yamaha Mio M3
39	KT 6838 MZ	Pemprov Kaltim	Operasional Kantor	Aktif/Masih digunakan	Yamaha Mio M3
40	KT 4822 MZ	RSUD A.W. Sjahranie	Operasional Kantor	Aktif/Masih digunakan	Honda Supra 125
41	KT 4823 MZ	RSUD A.W. Sjahranie	Operasional Kantor	Aktif/Masih digunakan	Honda Supra 125
42	KT 4824 MZ	RSUD A.W. Sjahranie	Operasional Kantor	Aktif/Masih digunakan	Honda Supra 125
43	KT 4825 MZ	RSUD A.W. Sjahranie	Operasional Kantor	Aktif/Masih digunakan	Honda Supra 125
44	KT 4826 MZ	RSUD A.W. Sjahranie	Operasional Kantor	Aktif/Masih digunakan	Honda Supra 125

Ket: * Kendaraan Hibah

Sumber: Bagian Umum dan Perlengkapan 2025

RSUD A. W. Sjahranie memiliki 44 kendaraan operasional , 37 Kendaraan yang saat ini berfungsi dengan baik

BAB II PERENCANAAN KINERJA

A. PERENCANAAN STRATEGIS

Penyusunan Rencana Strategis SKPD sangat dipengaruhi dan merupakan penjabaran yang lebih detail dari perencanaan pembangunan daerah Provinsi Kalimantan Timur sehingga semua langkah-langkah yang disusun dalam Renstra berdasarkan Rencana Pembangunan Daerah (RPD) 2024-2026.

Penyusunan RPD Provinsi Kalimantan Timur juga memperhatikan isu pembangunan Ibu Kota Negara Nusantara (IKN). Sebagai daerah asal wilayah IKN dan menjadi mitra pembangunan IKN, maka pada tahap awal pembangunan IKN yang sedang berlangsung saat ini, Provinsi Kalimantan Timur ini menangkap momentum tersebut dengan slogan pembangunan periode tahun 2024-2026 adalah **“MEMBANGUN KALTIM UNTUK NUSANTARA”**

1. Slogan RPD Tahun 2024-2026

Slogan Provinsi Kalimantan Timur : “ Membangun Kaltim Untuk Nusantara”

Selanjutnya secara rinci perencanaan strategis RSUD A. Wahab Sjahranie diturunkan pada Visi RSUD A. Wahab Sjahranie Samarindayaitu **“Rumah Sakit AWS Berdaulat Dalam Pelayanan Yang Berstandar Internasional”**.

2. Tujuan RPD Tahun 2024 – 2026

Tujuan RPD Provinsi Kalimantan Timur:

Sesuai dengan Slogan RPD **“Membangun Kaltim Untuk Nusantara”**, maka ditetapkan Tujuan RPD Tahun 2024-2026 sebagai upaya yang ditempuh dalam mewujudkan Slogan tersebut, sebagaimana berikut :

- Tujuan 1 : Mewujudkan Sumber Daya Manusia Berdaya Saing
- Tujuan 2 : Mewujudkan Pertumbuhan Ekonomi yang Berkualitas
- Tujuan 3 : Meningkatkan Kualitas Lingkungan Hidup
- Tujuan 4 : Mewujudkan Reformasi Birokrasi

3. Sasaran RPD Tahun 2024 - 2026

Tujuan RPD Provinsi Kalimantan Timur:

Sesuai dengan Slogan RPD “**Membangun Kaltim Untuk Nusantara**”, maka ditetapkan Tujuan RPD Tahun 2024-2026 sebagai upaya yang ditempuh dalam mewujudkan Slogan tersebut, sebagaimana berikut :

- Sasaran 1 : Meningkatkan Pemerataan Taraf Pendidikan Masyarakat
- Sasaran 2 : Meningkatkan Derajat Kesehatan Masyarakat
- Sasaran 3 : Menurunnya Tingkat Pengangguran
- Sasaran 4 : Meningkatkan Daya Saing Perempuan
- Sasaran 5 : Terwujudnya Diversifikasi Ekonomi
- Sasaran 6 : Meningkatkan Keberdayaan Masyarakat Miskin
- Sasaran 7 : Meningkatkan Kualitas dan Ketersediaan Infrastruktur untuk Mendukung Perekonomian dan Pemenuhan Infrastruktur Dasar
- Sasaran 8 : Terjaganya Kualitas Air, Air Laut, Udara dan Lahan
- Sasaran 9 : Menurunnya Emisi Gas Rumah Kaca Sektor Kehutanan dan Penggunaan Lahan
- Sasaran 10 : Meningkatkan Pemanfaatan Energi Baru dan Terbarukan
- Sasaran 11 : Terwujudnya Birokrasi yang Profesional, Akuntabel, serta Berorientasi Pelayanan Publik yang Didukung ASN BerAKHLAK

Telaahan terhadap Tujuan dan Sasaran RPD memberikan gambaran peran serta dan keterlibatan langsung RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda. Hal ini ditunjukkan melalui:

a. **Pernyataan Tujuan ke 1 dan Sasaran 2 RPD dicascadingkan ke dalam Tujuan dan Sasaran Rumah Sakit**

Tujuan RS :

Penetapan tujuan dalam Rencana Strategis didasarkan pada potensi dan permasalahan serta isu utama RSUD A. W. Sjahranie Samarinda.

Adapun rumusan tujuan di dalam Perencanaan Strategis RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2024 – 2026 adalah : Meningkatkan Derajat Kesehatan Masyarakat

Sasaran RS :

- 1) Meningkatnya standarisasi dan mutu pelayanan Rumah Sakit dengan Indikator nilai Indikator Nasional Mutu dengan indikator capaian 78%
- 2) Meningkatnya mutu pendidikan , pelatihan dan penelitian kesehatan dengan indikator nilai Akreditasi Diklit RS dengan indikator capaian nilai A

b. Pernyataan Tujuan ke 4 dan Sasaran 11 RPD

Tujuan RS : Mewujudkan Birokrasi Yang Profesional, Akuntabel serta Berorientasi Pelayanan Publik yang di Dukung ASN BerAKHLAK

Sasaran RS : Meningkatnya Kualitas Layanan Publik dengan Indikator Nilai kepuasan Masyarakat Rumah Sakit dengan indikator capaian 80% dan Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah dengan Indikator Nilai Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit dengan indikator capaian nilai 80

Sasaran adalah penjabaran tujuan secara terukur, yaitu sesuatu yang akan dicapai/dihasilkan secara nyata oleh RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda dalam jangka waktu tahunan, sampai lima tahun mendatang. Perumusan sasaran harus memiliki kriteria "SMART". Analisis SMART digunakan untuk menjabarkan isu yang telah dipilih menjadi sasaran yang lebih jelas dan tegas. Analisis ini juga memberikan pembobotan kriteria, yaitu khusus (*specific*), terukur (*measurable*), dapat dicapai (*attainable*), nyata (*realistic*) dan tepat waktu (*time bound*).

Untuk lebih rinci melihat gambaran tujuan , sasaran dan target kinerja RS bisa dilihat pada matrik/tabel dibawah ini :

Tabel 13
Tujuan Dan Sasaran Rumah Sakit Tahun 2024-2026

Tujuan RS	Sasaran Strategis RS	Indikator Kinerja RS	Satuan	Target Kinerja Sasaran Tahun Ke :		
				I (2024)	II (2025)	III (2026)
1	2	3	4	5	6	7
Mewujudkan Birokrasi Yang Profesional, Akuntabel serta Berorientasi Pelayanan Publik yang di Dukung ASN BerAKHLAK	Meningkatnya Kualitas Layanan Publik dan Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit	Nilai Kepuasan Masyarakat Rumah Sakit	Nilai	79	80	81
		Nilai Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit	Nilai	79	80	81
Meningkatkan Derajat Kesehatan Masyarakat	Meningkatnya Standarisasi Dan Mutu Pelayanan Rumah Sakit	Persentase Capaian Indikator Nasional Mutu (INM) RS	Persentase	76	78	80
	Meningkatnya Mutu Pendidikan, Pelatihan Dan Penelitian Kesehatan	Nilai Akreditasi Diklit RS (A)	Nilai	A	A	A

Sumber Data : Renstra Perubahan RSUD A. Wahab Sjarjaie Tahun 2021-2024

Dari tabel 13 diatas Pada tahun 2024 -2026 terjadi transisi pemerintahan sehingga dalam penyusunan renstra berikutnya berpedoman pada Rencana Pembangunan Daerah (RPD) tahun 2024-2026 . Terjadi penyesuaian target kinerja yang telah ditetapkan pada Renstra RS tahun 2024 – 2026 yang dimulai dari baseline terendah mengingat tujuan dan sasaran berbeda dengan Renstra 2019-2023.

Penentuan target kinerja pada Renstra RS tahun 2024-2026 didasarkan pada analisis mendalam terhadap data kinerja aktual (baseline) rumah sakit, sehingga target yang ditetapkan lebih realistis dan dapat dicapai. Mengacu pada prinsip evidence-based planning, target kinerja pada Renstra terbaru disesuaikan dengan kondisi riil rumah sakit yang tercermin dalam data baseline, sehingga diharapkan dapat meningkatkan akurasi perencanaan dan efektivitas pelaksanaan program

Terdapat kesinambungan perencanaan antara Renstra RS tahun 2019-2023 dan 2024-2026, ditandai dengan adanya sedikit modifikasi pada program, kegiatan, dan subkegiatan. Hal ini mengindikasikan adanya upaya untuk menjaga momentum pencapaian tujuan strategis rumah sakit. Analisis komparatif antara Renstra RS tahun 2019-2023 dan 2024-2026 menunjukkan adanya kontinuitas perencanaan, dengan penyesuaian yang bersifat incremental pada program dan kegiatan. Pendekatan ini bertujuan untuk menjaga stabilitas program sekaligus mengakomodasi perubahan lingkungan strategis.

Untuk rincian cascading dari tujuan dan sasaran RS kedalam program, kegiatan dan sub kegiatan RS dapat dilihat pada tabel berikut dibawah ini sesuai dengan Renstra Perubahan yang menyesuaikan dengan RPD Tahun 2024-2026

Tabel 14
Program dan Kegiatan Prioritas Renstra RSUD A. W. Sjahranie
Tahun 2024-2026

Tujuan, Sasaran, Program, Kegiatan & Sub Kegiatan	Indikator Tujuan, Sasaran, Program, Kegiatan / Sub Kegiatan	Target Awal	2024		2025		2026		Target Akhir
			TARGET	PAGU	TARGET	PAGU	TARGET	PAGU	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
				785.823.755.000		845.449.054.000		1.133.015.147.000	
Tujuan 1 : Mewujudkan Birokrasi Yang Profesional, Akuntabel serta Berorientasi Pelayanan Publik yang di Dukung ASN BerAKHLAK	Indeks kepuasan masyarakat	89,33 Indeks	89,50 Indeks		89,75 Indeks		90 Indeks		90 Indeks
	Nilai Akuntabilitas Kinerja	76,43 Poin	77,25 Poin		77,50 Poin		77,75 Poin		77,75 Poin
Sasaran 1 : Meningkatnya Kualitas Layanan Publik dan Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah	Nilai Kepuasan Masyarakat Perangkat Daerah	77,70 Indeks	79 Indeks		80 Indeks		81 Indeks		81 Indeks
	Nilai Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah	75,75 Nilai	79 Nilai		80 Nilai		81 Nilai		81 Nilai
X.XX.01 PROGRAM PENUNJANG URUSAN PEMERINTAHAN DAERAH PROVINSI	Indeks Kualitas Layanan Kesekretariatan	75 Indeks	80 Indeks	733.526.992.150	82 Indeks	762.643.893.555	85 Indeks	806.122.073.094	85 Indeks
	Persentase Keluhan Pengguna Layanan yang Ditindaklanjuti	100%	100%	100.000.000	100%	100.000.000	100%	100.000.000	100%
X.XX.01.1.01 Perencanaan, Penganggaran, dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah	Jumlah Dokumen Perencanaan, Penganggaran dan Evaluasi Kinerja Rumah Sakit	56 Dokumen	56 Dokumen	320.751.800	56 Dokumen	462.826.980	56 Dokumen	509.109.678	56 Dokumen

Tujuan, Sasaran, Program, Kegiatan & Sub Kegiatan	Indikator Tujuan, Sasaran, Program, Kegiatan / Sub Kegiatan	Target Awal	2024		2025		2026		Target Akhir
			TARGET	PAGU	TARGET	PAGU	TARGET	PAGU	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
X.XX.01.1.02 Administrasi Keuangan Perangkat Daerah	Persentase Realisasi Anggaran Rumah Sakit	85%	85%	211.362.516.258	88%	209.262.516.258	90%	211.362.516.258	90%
Administrasi Barang Milik Daerah Pada Perangkat Daerah	Jumlah Dokumen Administrasi Barang Milik Rumah Sakit	20 Dokumen	20 Dokumen	143.070.000	20 Dokumen	143.070.000	20 Dokumen	143.070.000	20 Dokumen
X.XX.01.1.05 Administrasi Kepegawaian Perangkat Daerah	Jumlah Kegiatan Penunjang Administrasi Kepegawaian yang di penuhi Rumah Sakit	40 Kegiatan	43 Kegiatan	1.193.584.476	45 Kegiatan	1.642.384.600	45 Kegiatan	1.300.743.600	45 Kegiatan
X.XX.01.1.06 Administrasi Umum Perangkat Daerah	Jumlah Ketersediaan Penunjang Kegiatan Administrasi Umum yang di fasilitasi	100 Paket	133 Paket	1.506.835.709	161 Paket	904.159.010	187 Paket	2.097.433.213	187 Paket
X.XX.01.1.07 Pengadaan Barang Milik Daerah Penunjang Urusan Pemerintah Daerah	Jumlah Ketersediaan dari Pengadaan Barang dan Penunjang milik Rumah Sakit	90 Unit	93 Unit	3.686.376.036	93 Unit	2.005.078.836	100 Unit	4.397.502.474	100 Unit
X.XX.01.1.08 Penyediaan Jasa Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah	Jumlah Laporan Kegiatan Penyediaan Jasa Penunjang Urusan Operasional Rumah Sakit	14 Laporan	14 Laporan	3.000.000	14 Laporan	3.000.000	14 Laporan	3.000.000	14 Laporan
X.XX.01.1.09 Pemeliharaan Barang Milik Daerah Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah	Jumlah Unit Barang Penunjang Milik Rumah Sakit yang dilakukan pemeliharaan	72 Unit	75 Unit	5.410.857.871	77 Unit	3.320.857.871	79 Unit	6.408.697.871	79 Unit
X.XX.01.1.10 Peningkatan Pelayanan BLUD	Persentase Realisasi Target Anggaran Pendapatan dari layanan BLUD	88%	88%	510.000.000.000	89%	545.000.000.000	90%	580.000.000.000	90%

Tujuan, Sasaran, Program, Kegiatan & Sub Kegiatan	Indikator Tujuan, Sasaran, Program, Kegiatan / Sub Kegiatan	Target Awal	2024		2025		2026		Target Akhir
			TARGET	PAGU	TARGET	PAGU	TARGET	PAGU	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tujuan 2 : Meningkatnya Derajat Kesehatan Masyarakat	Usia Harapan Hidup	74,62 Tahun	74,82 Tahun		74,89 Tahun		74,93 Tahun		74,93 Tahun
Sasaran 2 : Meningkatnya standarisasi dan mutu pelayanan Rumah Sakit	Persentase Capaian Indikator Nasional Mutu (INM) RS	56%	76%		78%		80%		80%
1.02.02 PROGRAM PEMENUHAN UPAYA KESEHATAN PERORANGAN DAN UPAYA KESEHATAN MASYARAKAT	Persentase capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit	88%	88%	49.530.932.850	89%	78.468.424.445	90%	321.961.617.906	90%
1.02.02.1.01 Penyediaan Fasilitas Pelayanan, Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi	Nilai ASPAK/Tingkat Kelengkapan Data Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan (SPA)	90 Nilai	90 Nilai	46.595.359.644	90 Nilai	76.616.773.845	90 Nilai	318.789.937.113	90 Nilai
1.02.02.1.02 Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi	Persentase Angka Kunjungan Rawat Jalan yang terlayani	100%	100%	1.124.483.666	100%	826.748.666	100%	1.714.288.666	100%
1.02.02.1.03 Penyelenggaraan Sistem Informasi Kesehatan Secara Terintegrasi	Persentase layanan RS terintegrasi secara sistem	40%	50%	1.811.089.540	60%	1.024.901.934	70%	1.457.392.127	70% %
Sasaran 3 : Meningkatnya Mutu	Nilai Akreditasi Diklit RS (A)	0	A Nilai	2.665.830.000	A Nilai	4.236.736.000	A Nilai	4.831.456.000	A Nilai

Tujuan, Sasaran, Program, Kegiatan & Sub Kegiatan	Indikator Tujuan, Sasaran, Program, Kegiatan / Sub Kegiatan	Target Awal	2024		2025		2026		Target Akhir
			TARGET	PAGU	TARGET	PAGU	TARGET	PAGU	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian Kesehatan									
1.02.03 PROGRAM PENINGKATAN KAPASITAS SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN	Persentase pemenuhan kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) sesuai standar Rumah Sakit	100%	100%	2.665.830.000	100%	4.236.736.000	100%	4.831.456.000	100%
[KEGIATAN] 1.02.03.1.01 Perencanaan Kebutuhan Sumber daya Manusia Kesehatan	Persentase pemenuhan kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) sesuai standar Rumah Sakit	100%	100%	1.000.000	100%	1.000.000	100%	1.000.000	100%
[KEGIATAN] 1.02.03.1.02 Pengembangan Mutu dan Peningkatan Kompetensi Teknis Sumber Daya Manusia Kesehatan Tingkat Daerah Provinsi	Persentase peningkatan kompetensi karyawan melalui pelatihan 20 JPL/Thn di RS	62%	65%	2.664.830.000	66%	4.235.736.000	68%	4.830.456.000	68%

Renstra Perubahan RSUD A. Wahab Sjahranie 2021-2023

Dari tabel 14 diatas dapat dijelaskan secara umum bahwa Rencana Strategis (Renstra) RSUD A.W. Sjahranie periode 2024-2026 sebagai berikut :

Tujuan Strategis

1. Mewujudkan Birokrasi yang Profesional, Akuntabel, dan Berorientasi Pelayanan Publik dengan Indikator Indeks Kepuasan Masyarakat (90 indeks pada 2026) dan Nilai Akuntabilitas Kinerja (77,75 poin pada 2026).
2. Meningkatnya Derajat Kesehatan Masyarakat dengan Indikator Usia Harapan Hidup (74,93 tahun pada 2026).

Sasaran Strategis

1. Meningkatnya Kualitas Layanan Publik dan Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah dengan Indikator: Nilai Kepuasan Masyarakat Perangkat Daerah (81 indeks pada 2026). Dan Nilai Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah (81 poin pada 2026).
2. Meningkatnya Standarisasi dan Mutu Pelayanan Rumah Sakit dengan Indikator: Persentase Capaian Indikator Nasional Mutu (80% pada 2026).
3. Meningkatnya Mutu Pendidikan, Pelatihan, dan Penelitian Kesehatan dengan Indikator: Nilai Akreditasi Diklit RS (A)

Program

- a. Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Provinsi dengan Indikator: Indeks Kualitas Layanan Kesekretariatan (85 indeks pada 2026) dan persentase keluhan pengguna yang ditindaklanjuti (100%).
- b. Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Masyarakat dengan Indikator Persentase capaian Standar Pelayanan Minimal (90% pada 2026).
- c. Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan dengan Indikator Persentase pemenuhan kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) sesuai standar Rumah Sakit (68% pada 2026).

Kegiatan

1. Perencanaan, Penganggaran, dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah dengan Indikator Jumlah dokumen perencanaan, penganggaran, dan evaluasi yang disusun (56 dokumen).

2. Administrasi Keuangan Perangkat Daerah dengan Indikator Persentase realisasi anggaran rumah sakit (90% pada 2026)
3. Administrasi Barang Milik Daerah pada Perangkat Daerah dengan Indikator Jumlah dokumen administrasi barang milik rumah sakit (20 dokumen).
4. Administrasi Kepegawaian Perangkat Daerah dengan Indikator Jumlah kegiatan penunjang administrasi kepegawaian yang dilaksanakan (45 kegiatan pada 2026)
5. Administrasi Umum Perangkat Daerah dengan Indikator Jumlah ketersediaan penunjang kegiatan administrasi umum yang difasilitasi (187 paket pada 2026).
6. Pengadaan Barang Milik Daerah Penunjang Urusan Pemerintah Daerah dengan indikator Jumlah Ketersedian dari Pengadaan Barang dan Penunjang milik Rumah Sakit (100 unit)
7. Penyediaan Jasa Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah dengan indikator Jumlah laporan kegiatan penyediaan jasa penunjang operasional rumah sakit (14 laporan pada 2026).
8. Pemeliharaan Barang Milik Daerah Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah dengan Indikator Jumlah unit barang milik daerah yang dilakukan pemeliharaan (79 unit pada 2026).
9. Peningkatan Pelayanan BLUD Indikator Persentase realisasi target anggaran pendapatan dari layanan BLUD (90% pada 2026).
10. Penyediaan Fasilitas Pelayanan, Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan dengan Indikator Jumlah alat kesehatan yang tersedia sesuai standar pelayanan minimal (SPM).
11. Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKP dan UKM Tingkat Daerah Provinsi
Indikator Persentase angka kunjungan rawat jalan yang terlayani (100% pada 2026).]
12. Penyelenggaraan Sistem Informasi Kesehatan Secara Terintegrasi dengan Indikator: Persentase layanan rumah sakit yang terintegrasi secara sistem (70% pada 2026).
13. Perencanaan Kebutuhan Sumber daya Manusia Kesehatan dengan indikator Persentase pemenuhan kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) sesuai standar Rumah Sakit (100%)
14. Pengembangan Mutu dan Peningkatan Kompetensi Teknis SDM Kesehatan dengan Indikator Persentase karyawan yang mengikuti pelatihan teknis di rumah sakit (68% pada 2026).

B. INDIKATOR KINERJA UTAMA

Indikator Kinerja Utama (IKU) adalah tolok ukur keberhasilan suatu organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan. IKU seperti kompas yang memandu sebuah rumah sakit untuk mencapai tujuannya. RSUD A.W. Sjahranie telah menetapkan empat (4) IKU utama, yaitu persentase capaian Indikator Nasional Mutu (INM) RS, nilai akreditasi Diklit RS, nilai kepuasan masyarakat, dan nilai akuntabilitas kinerja. Dengan menggunakan IKU ini, RSUD A.W. Sjahranie dapat mengukur seberapa jauh RS telah berhasil dalam meningkatkan kualitas pelayanan, pendidikan, penelitian, serta tata kelola yang baik.

Dengan adanya IKU, RSUD A.W. Sjahranie dapat secara objektif menilai kinerja mereka, mengidentifikasi area yang perlu diperbaiki, dan membuat keputusan yang lebih akuntabel

IKU juga berfungsi sebagai alat untuk mengukur dampak dari berbagai program dan kebijakan yang telah dilaksanakan oleh rumah sakit. Dengan melibatkan seluruh stakeholder dalam proses penetapan dan pemantauan IKU, rumah sakit dapat membangun komitmen bersama untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

RSUD A.W. Sjahranie telah menetapkan IKU RS yang menggambarkan seluruh aktifitas program/kegiatan/sub Kegiatan yang tertuang di dalam Cascading dan Renstra Perubahan dan Penyesuaian dengan RPD Tahun 2024-2026. Ada 4 Indikator yang ditetapkan RS adalah :

- a. Persentase Capaian Indikator Nasional Mutu (INM) RS, Target : 78
- b. Nilai Akreditasi Diklit RS , Target A
- c. Nilai Kepuasan Masyarakat Perangkat Daerah, Target 80
- d. Nilai Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah, Target 80

Tabel 15
Indikator Kinerja Utama
RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2024-2026

- | | |
|----------------------------|--|
| 1. Perangkat Daerah | : Rumah Sakit Umum Daerah Abdoel Wahab Sjahranie Samarinda |
| 2. Tugas | : Melaksanakan upaya kesehatan supaya berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan, pemulihan yang dilakukan secara serasi, terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan serta pelayanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan Standar Pelayanan Rumah Sakit. |
| 3. Fungsi | : <ul style="list-style-type: none">a. Menyelenggarakan Pelayanan Medis;b. Menyelenggarakan Pelayanan Penunjang Medis dan Non Medis;c. Menyelenggarakan Pelayanan Asuhan Keperawatan;d. Menyelenggarakan Pelayanan Rujukan;e. Menyelenggarakan Pendidikan dan Latihan;f. Menyelenggarakan Penelitian dan Pengembangan;g. Menyelenggarakan Pelayanan Umum dan Keuangan. |

4. Indikator Kinerja Utama :

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja Utama	Satuan	Penjelasan /Formulasi Perhitungan	Sumber Data	Penanggung Jawab
1	2	3	4	5	6	7
1	Meningkatnya Standarisasi Dan Mutu Pelayanan Rumah Sakit	Persentase Capaian Indikator Nasional Mutu (INM) RS	Persentase	<p>Definisi operasional</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. INM mencerminkan ekspektasi dan persyaratan minimum yang harus dipenuhi oleh semua RS dan merupakan mandatori dari Kementerian Kesehatan dan amanah Akreditasi RS 2. INM mencakup berbagai aspek kualitas pelayanan, seperti aspek klinis dan manajerial. Dengan menggunakan INM, RS dapat terus memantau dan meningkatkan kualitas layanan mereka secara berkelanjutan. 3. INM cenderung berfokus pada hasil yang diukur, yang penting dalam menilai dampak pelayanan kesehatan terhadap kesehatan pasien. Hal ini berarti bahwa penggunaan INM membantu RS untuk lebih berorientasi pada perbaikan hasil klinis dan pasien. 4. 13 Indikator Nasional Mutu (INM) RS berdasarkan Permenkes no 30 tahun 2022 <ol style="list-style-type: none"> a. Kepatuhan Kebersihan Tangan, target 85% b. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD), target 100% c. Kepatuhan Identifikasi Pasien, target 100% d. Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi, target 80% e. Waktu Tunggu Rawat Jalan, target 80% f. Penundaan Operasi Elektif, target 5% g. Kepatuhan Waktu Visite Dokter, target 80% h. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium, target 	Data Capaian Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit dari Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien	<p>RSUD AW. Sjhanrie Samarinda :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 9 Bidang / Bagian dan jajaran dibawah lingkupnya 2. Bagian Pelayanan 3. Komite Mutu 4. Bagian Diklit RS 5. Bagian Perencanaan

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja Utama	Satuan	Penjelasan /Formulasi Perhitungan	Sumber Data	Penanggung Jawab
1	2	3	4	5	6	7
				<p>100%</p> <p>i. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional, target 80%</p> <p>j. Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (Clinical Pathway), target 80%</p> <p>k. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh , target 100%</p> <p>l. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain, target 80%</p> <p>m. Kepuasan Pasien, target $\geq 76,61\%$ Permenkes no 30 tahun 2022</p> <p>Formula Perhitungan :</p> <p>Komponen dari 13 INM yang mencapai target dibagi seluruh komponen INM</p> <p>Sumber Data : RSUD Abdoel Wahab Sjahranie Tipe Data Kuantitatif - Normal</p>		
2	Meningkatnya Mutu Pendidikan, Pelatihan Dan Penelitian Kesehatan	Nilai Akreditasi Diklit RS (A)	Nilai	<p>Definisi Operasional :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nilai Akreditasi Diklit RS mencerminkan sejauh mana RS telah mematuhi standar akreditasi yang ditetapkan oleh lembaga akreditasi dari Kemenkes 2. Audit Surveillance dilaksanakan oleh Kemenkes setiap 6 bulan (semesteran) 3. Nilai yang diberikan oleh Kementerian Kesehatan untuk RS yang menyelenggarakan 	Hasil Surveillance Kemenkes terhadap penyelenggaraan Diklat RS	

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja Utama	Satuan	Penjelasan /Formulasi Perhitungan	Sumber Data	Penanggung Jawab
1	2	3	4	5	6	7
				<p>Diklat sesuai dengan Standar Kemenkes RSUD AWS melakukan penilaian mandiri Sebelum dilakukan penialian oleh Kemenkes</p> <p>Formula Perhitungan : Nilai capaian akreditasi diklit Sumber Data Kementrian Kesehatan Tipe Data Kuantitatif – Normal</p>		
3	Meningkatnya Kualitas Layanan Publik dan Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah	1. Nilai Kepuasan Masyarakat Perangkat Daerah	Nilai	<p>Definisi Operasional:</p> <ol style="list-style-type: none"> Indikator ini dipilih untuk mendapatkan feedback secara berkala atas kinerja/kualitas pelayanan yang diberikan RS kepada masyarakat sebagai bahan untuk menetapkan kebijakan dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan publik yang selanjutnya dilakukan secara berkesinambungan. Survey Kepuasan Masyarakat di lakukan setiap 6 bulan (semesteran) <p>Formula Perhitungan : Nilai Survei Kepuasan Masyarakat</p> <p>Sumber Data : Pihak Independent (FKM Unmul) Tipe Data : Kuantitaif - Normal</p>	Hasil Survey Kepuasan Masyarakat	

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja Utama	Satuan	Penjelasan /Formulasi Perhitungan	Sumber Data	Penanggung Jawab
1	2	3	4	5	6	7
		2. Nilai Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah	Nilai/Predikat	<p>Definisi Operasional :</p> <p>Hasil Capaian Audit SAKIP oleh Pemerintah Daerah (Inspektorat) terhadap Perangkat Daerah sesuai dengan PermenPAN RB No 88 tahun 2021 tentang Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instanasi Pemerintah</p> <p>Formulasi Perhitungan :</p> <p>Nilai SAKIP > 70-80 kategori Sangat Baik (BB) Nilai SAKIP > 80-90 Kategori Memuaskan (A)</p> <p>Sumber Data :</p> <p>Pihak Inspektorat</p> <p>Tipe Data :</p> <p>Kuantitatif – Normal</p> <p>Penjelasan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SAKIP adalah alat yang efektif untuk meningkatkan transparansi dan akuntabilitas dalam penyelenggaraan layanan kesehatan yang selalu di audit oleh pihak independent dengan berbagai kriteria penilaian 2. SAKIP mendukung pengukuran dan pemantauan hasil yang dicapai oleh RS, bukan hanya pada proses atau input. Ini membantu RS untuk lebih berorientasi pada pencapaian hasil yang berkualitas dalam pelayanan kesehatan 	Hasil Audit Sistem Akuntabilitas Kinerja Pemerintah oleh Inspektorat	

C. PERJANJIAN KINERJA

Perjanjian Kinerja RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2024 ini disusun sebagai komitmen nyata dalam mewujudkan visi rumah sakit sebagai pusat pelayanan kesehatan yang bermutu, unggul, dan terpercaya. Dokumen ini memuat target-target kinerja yang spesifik, terukur, dapat dicapai, relevan, dan berjangka waktu (SMART) yang sejalan dengan Rencana Strategis (Renstra) RSUD A.W. Sjahranie. Melalui perjanjian kinerja ini, diharapkan seluruh unit kerja dapat bersinergi dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, produktivitas, dan efektivitas pengelolaan rumah sakit.

Dalam rangka meningkatkan akuntabilitas dan transparansi pengelolaan rumah sakit, RSUD A. Wahab Sjahranie menyusun Perjanjian Kinerja Tahun 2025. Dokumen ini merupakan perjanjian formal antara pimpinan rumah sakit dengan seluruh unit kerja terkait pencapaian target kinerja yang telah ditetapkan. Dengan adanya perjanjian kinerja ini, diharapkan kinerja rumah sakit dapat diukur secara objektif dan transparan, serta dapat dijadikan sebagai dasar untuk melakukan evaluasi dan perbaikan secara berkelanjutan.

Perjanjian Kinerja Tahun 2025 ini disusun sebagai tindak lanjut dari Rencana Strategis (Renstra) RSUD A.W. Sjahranie. Dokumen ini memuat indikator kinerja utama (IKU) yang telah ditetapkan dan akan dijadikan sebagai tolok ukur keberhasilan dalam mencapai tujuan strategis rumah sakit. Dengan demikian, perjanjian kinerja ini merupakan instrumen penting untuk memastikan bahwa seluruh kegiatan dan program yang dilaksanakan di rumah sakit selaras dengan visi dan misi yang telah ditetapkan.

1. Perjanjian Kinerja

Tabel 16
Perjanjian Kinerja RS
RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2025

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target
1	2	3	4
1	Meningkatnya Kualitas Layanan Publik dan Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah	Nilai Kepuasan Masyarakat Perangkat Daerah	80
		Nilai Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah	80
2	Meningkatnya standarisasi dan mutu pelayanan Rumah Sakit	Persentase Capaian Indikator Nasional Mutu (INM) RS	78
3	Meningkatnya mutu pendidikan, pelatihan dan penelitian kesehatan	Nilai Akreditasi Diklit RS (A)	A

No	Program	Anggaran	Ket
1	2	3	4
1	Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Provinsi	Rp 304.383.681.433,00	APBD P
	a. Peningkatan Mutu Pelayanan BLUD (P)	Rp 596.682.348.489,00	BLUD P
2	Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan Dan Upaya Kesehatan Masyarakat	Rp 20.717.301.471,00	APBD P
3	Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan	Rp 1.064.569.650,00	APBD P

Sumber Data : Perjanjian Kinerja 2025

Berdasarkan tabel 16 diatas dijelaskan bahwa berdasarkan Perjanjian Kinerja RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2025, terdapat tiga sasaran strategis utama yang menjadi fokus utama manajemen rumah sakit. Sasaran tersebut adalah meningkatkan kualitas layanan publik dan akuntabilitas kinerja perangkat daerah, Meningkatkan standarisasi dan mutu pelayanan rumah sakit dan Meningkatkan mutu pendidikan, pelatihan dan penelitian kesehatan. Pencapaian sasaran strategis akan diimplementasikan dari Program yang di laksanakan RS yaitu :

1. Meningkatkan Kualitas Layanan Publik dan Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah dengan Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Provinsi.

Anggaran yang digunakan adalah APBD sebesar Rp **304.383.681.433,00**, di dalam program tersebut ada kegiatan Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan BLUD yang berisi anggaran BLUD sebesar Rp **596.682.348.489,00,-**

2. Meningkatnya Standarisasi dan Mutu Pelayanan Rumah Sakit dengan Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat. Anggaran yang dialokasikan sebesar Rp **20.717.301.471,00,-** bersumber dari APBD Perubahan. Program ini bertujuan untuk memastikan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat memenuhi standar nasional dan kebutuhan pasien.
3. Meningkatnya Mutu Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian Kesehatan dengan Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan Anggaran yang dialokasikan sebesar Rp **1.064.569.650,00,-** bersumber dari APBD. Program ini berfokus pada peningkatan kompetensi dan kapasitas tenaga kesehatan di rumah sakit. Program ini bertujuan untuk memastikan SDM yang tersedia mampu memberikan pelayanan yang berkualitas dan sesuai dengan standar yang ditetapkan, sekaligus mendukung keberlanjutan pelayanan kesehatan yang prima.

2. Rencana Anggaran

Tabel 17
Rencana Anggaran Murni
RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2025

Tahun 2025	Sumber Dana		TOTAL
	APBD	BLUD	
1	2	3	4
Murni	315.085.540.739	545.000.000.000	860.085.540.739
Bertambah / Berkurang	11.080.011.815	51.682.348.489	62.762.360.304
Pagu Akhir	326.165.552.554	596.682.348.489	922.847.901.043

Sumber Data : Laporan Bagian Akuntansi Tahun 2025

Dari tabel 17, diatas dapat dijelaskan bahwa dilaksanakan kegiatan untuk memenuhi Perjanjian Kinerja (PK) Tahun 2025, berdasarkan tahun anggaran 2025 RSUD. A. W. Sjahranie Samarinda sumber dana dengan anggaran APBD murni

sebesar **Rp.315.085.540.739,-** dan Anggaran BLUD murni sebesar **Rp. 545.000.000.000,-** sehingga total anggaran murni tahun 2025 sebesar **Rp. 860.085.540.739,-** Kemudian melalui mekanisme perubahan APBD P 2025 RSUD A. Wahab Sjahranie mendapat tambahan APBD sebesar **Rp. 11.080.011.815,-** BLUD Silpa tahun 2024 **Rp.51.682.348.488,59,-** dan Total Akhir pagu BLUD menjadi **Rp.596.682.348.488,59,-** jadi total anggaran APBD perubahan dan BLUD perubahan adalah **Rp. 922.847.901.043,-**.

3. Target Belanja Dana APBD dan BLUD

a. Target dan Realisasi Belanja Dana APBD

Tabel 18
Target dan Realisasi Belanja Dana APBD
RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2025

No	Uraian	Tahun Anggaran 2025		% APBD
		Anggaran Belanja	Realisasi Belanja	
1	2	3	4	5
1	Belanja Pegawai	298.657.925.854	290.992.519.149	97%
2	Belanja Operasional	6.196.524.976	5.162.081.682	83%
2	Belanja Modal	21.311.101.724	19.809.519.497	93%
Jumlah		326.165.552.554	315.964.120.328	97%

Dari tabel 18, diatas dapat dijelaskan bahwa target belanja gaji sebesar **Rp.298.657.925.854,-** , belanja operasional sebesar **Rp.6.196.524.976,-** dan belanja modal sebesar **Rp.21.311.101.724,-** dengan capaian realisasi anggaran untuk belanja gaji APBD sebesar **Rp. 290.992.519.149,-** atau **97%** dan belanja operasional **Rp.5.162.081.682,-** atau sebesar **83%**, Belanja Modal Rp. 19.809.519.497,- atau 93% dengan total keseluruhan Realisa APBD sebesar Rp. **315.9964.120.328,-** atau Capaian sebesar **97%**.

b. Target dan Realisasi Belanja Dana BLUD

Tabel 19
Target Belanja Dana BLUD
RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2025

No	Uraian	Tahun Anggaran 2025		% BLUD
		Anggaran Belanja	Realisasi Belanja	
1	2	3	4	5
1	Belanja Pegawai	220.800.000.000	198.482.089.071	90%
2	Belanja Operasional	350.558.607.789	346.140.209.447	99%
3	Belanja Modal	25.323.740.700	14.272.891.993	56%
Jumlah		596.682.348.489	558.895.190.511	94%

Dari tabel 19, dapat dijelaskan bahwa target belanja gaji sebesar **Rp. 220.800.000.000,-** dan belanja operasional sebesar **Rp.350.558.607.789,-** dan belanja modal **Rp.25.323.740.700,-** dengan capaian realisasi BLUD tahun 2025 adalah Belanja Gaji sebesar **Rp. 198.482.089.071,-** atau **89.89%** dan realisasi belanja operasional sebesar **Rp.346.140.209.447,-** atau **98.74%** dan realisasi belanja modal **Rp.14.272.891.993,-** atau **56.36%** . jadi total realisasi anggaran BLUD **Rp558.895.190.511,-** atau sebesar **93.67%**.

c. Target Dan Realisasi Belanja Dana APBD dan BLUD

Tabel 20
Target Belanja dan Realisasi APBD + BLUD
RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2025

No	Uraian	Anggaran P Tahun 2025		%
		Anggaran Belanja	Realisasi Belanja	
1	2	3	4	5
1	Belanja Gaji	519.457.925.854,00	489.474.608.220	94%
2	Belanja Operasional	356.755.132.764,59	351.302.291.129	98%
3	Belanja Modal	46.634.842.424,00	34.082.411.490	73%
Jumlah		922.847.901.042,59	874.859.310.838,96	95%

Dari tabel 20, dapat dijelaskan bahwa target belanja APBD dan BLUD untuk belanja gaji ,untuk belanja operasional dan belanja modal **Rp. 922.847.901.042,59,-** dan total Realisasi anggaran APBD + BLUD tahun 2025 adalah **Rp. 874.859.310.838,96,-** atau sebesar **95%**.

4. Alokasi Anggaran Per Program Kegiatan

Anggaran belanja langsung tahun 2025 RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yang dialokasikan untuk pencapaian sasaran strategis melalui beberapa program kegiatan adalah sebagai berikut:

Tabel 21
Anggaran Belanja Per Program Dengan APBD dan BLUD
RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2025

No	Sasaran Strategis	Anggaran		Total	%
		APBD	BLUD		
1	2	3	4	5	6
1	Tercapainya Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah	304.383.681.433	596.682.348.489	901.066.029.922	97,64%
2	Meningkatnya Kualitas Pelayanan Rumah Sakit	20.717.301.471		20.717.301.471	2,24%
3	Tercapainya Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan	1.064.569.650		1.064.569.650	0,12%
TOTAL		326.165.552.554	596.682.348.489	922.847.901.043	100%

Dari tabel 21, diatas dapat dijelaskan bahwa pagu anggaran telah di alokasikan untuk mendukung tercapainya sasaran tujuan dan sasaran RS adalah :

1. Anggaran untuk sasaran program Tercapainya Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah sebesar **Rp. 901.066.029.922,-** atau dengan proporsi terbesar **97,64%** dari total anggaran RS yang bersumber dari anggaran APBD dan BLUD
2. Anggaran untuk sasaran program Meningkatkan Kualitas Pelayanan Rumah Sakit sebesar **Rp.20.717.301.471-** atau dengan proporsi **2,24%** dari total anggaran RS dan sumber anggaran dari APBD
3. Anggaran sasaran program Tercapainya Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan sebesar **Rp. 1.064.569.650,-**dengan proporsi terkecil **0,12%** dari total anggaran RS dan sumber anggaran dari APBD

BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

A. LAPORAN HASIL EVALUASI ATAS IMPLEMENTASI SISTEM AKIP TAHUN SEBELUMNYA

1. Nilai Hasil Evaluasi Akuntabilitas Kinerja

Hasil evaluasi atas implementasi Sistem AKIP pada Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie tahun 2024/2025 yang dilakukan oleh Inspektorat Daerah Provinsi Kalimantan Timur RSUD A. Wahab Sjahranie memperoleh nilai sebesar **76,75 (Tujuh puluh enam koma tujuh puluh lima)** atau dengan predikat penilaian "**BB**" (Sangat Baik), sebagaimana tabel berikut :

Tabel 22
Nilai Hasil Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Tahun 2024/2025
RSUD A. Wahab Sjahranie

No.	Komponen SakiP Yang Di Nilai	Hasil Penilaian						Selisih
		Bobot (%)	Tahun 2022	Bobot (%)	Tahun 2023	Bobot (%)	Tahun 2025	Kenaikan/ Penurunan
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Perencanaan Kinerja	30	27	30	27	30	22,8	-4,2
2	Pengukuran Kinerja	25	15,4	20	15,4	30	23,1	7,7
3	Pelaporan Kinerja	15	7,4	10	7,7	15	11,1	3,4
4	Evaluasi Kinerja	10	14	20	18	25	19,75	1,75
5	Capaian Kinerja	20	17,6	20	15,2			
TOTAL		100	81,4	100	83,3	100	76,75	-6,55
Predikat Penilaian			BB		A		BB	

Sumber data : LHE Inspektorat Prov.Kaltim 2024/2025

Berdasarkan tabel 22 diatas hasil evaluasi implementasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) yang dilakukan oleh Inspektorat Provinsi Kalimantan Timur, RSUD A. Wahab Sjahranie menunjukkan penurunan signifikan dalam kinerja akuntabilitasnya. Pada tahun 2024, rumah sakit ini berhasil meraih nilai 76,75 dengan predikat "BB" atau kategori "Sangat Baik".

Hasil penilaian SAKIP menunjukkan adanya penurunan nilai total dari 83,30 (Predikat A) pada tahun 2023 menjadi 76,75 (Predikat BB) pada tahun 2024/2025, dengan selisih sebesar 6,55 poin. Penurunan ini terjadi seiring dengan perubahan regulasi dan kebijakan penilaian SAKIP, yang ditandai oleh penyesuaian komponen,

bobot penilaian, serta pendekatan evaluasi kinerja dibandingkan periode sebelumnya.

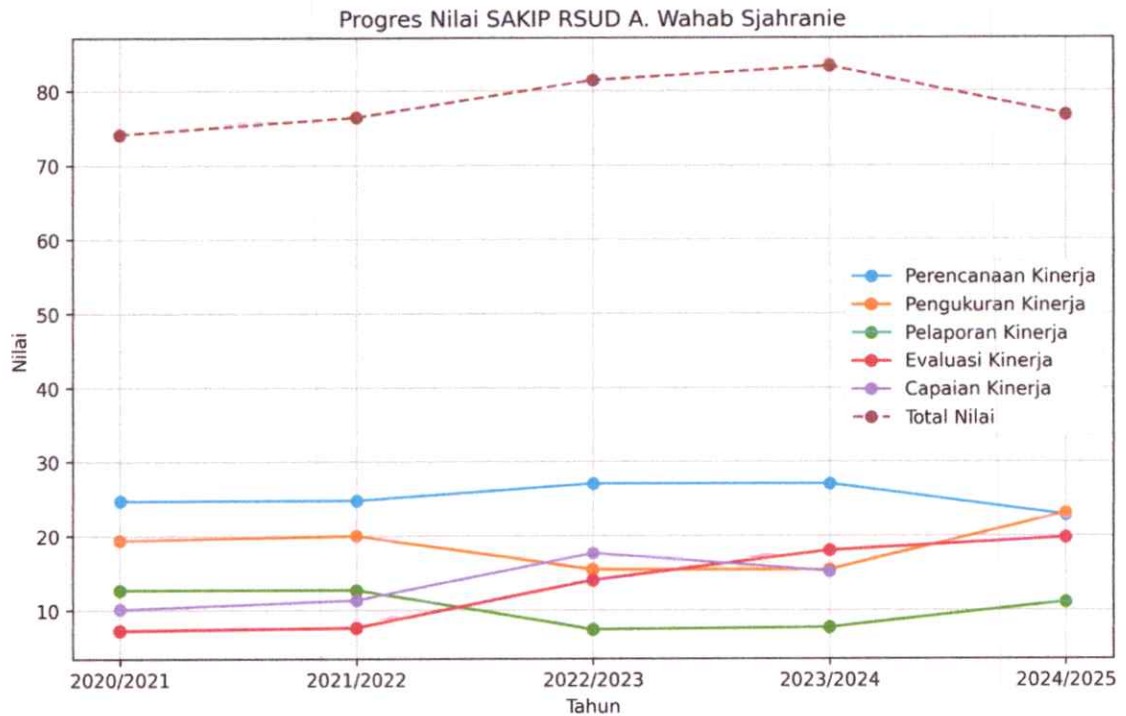
Perubahan tersebut berdampak pada redistribusi bobot antar komponen penilaian, khususnya peningkatan bobot pada aspek Pengukuran, Pelaporan, dan Evaluasi Kinerja, serta tidak lagi dinilainya komponen Capaian Kinerja sebagai unsur tersendiri pada periode 2024/2025. Kondisi ini menyebabkan hasil penilaian lebih sensitif terhadap kualitas perencanaan dan konsistensi proses manajemen kinerja. Hal tersebut tercermin dari penurunan nilai pada Perencanaan Kinerja sebesar 4,20 poin, meskipun pada saat yang sama terjadi peningkatan pada Pengukuran Kinerja (+7,70), Pelaporan Kinerja (+3,40), dan Evaluasi Kinerja (+1,75).

Secara keseluruhan, penurunan nilai SAKIP tahun 2024/2025 tidak mencerminkan penurunan kinerja organisasi secara substantif, melainkan merupakan konsekuensi metodologis dari penerapan regulasi penilaian yang baru, yang menekankan penguatan aspek proses dan tata kelola kinerja. Implementasi rekomendasi hasil evaluasi periode sebelumnya telah memberikan dampak positif pada beberapa komponen utama, sehingga capaian ini dapat menjadi landasan perbaikan berkelanjutan dalam rangka peningkatan kualitas akuntabilitas kinerja pada periode selanjutnya.

Tabel 23
Rekapitulasi Progres Nilai SAKIP
RSUD A. Wahab Sjahranie

No	Unsur Sakip	Tahun				
		2020/2021	2021/2022	2022/2023	2023/2024	2024/2025
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	Perencanaan Kinerja	24.69	24.74	27.00	27.00	22,8
2	Pengukuran Kinerja	19.38	20.00	15.40	15.40	23,1
3	Pelaporan Kinerja	12.68	12.68	7.40	7.70	11,1
4	Evaluasi Kinerja	7.27	7.64	14.00	18.00	19,75
5	Capaian Kinerja	10.09	11.31	17.60	15.20	
	Total Nilai	74.10	76.38	81.40	83,3	76,75
	Kategori	BB	BB	A	A	BB
	Predikat	Sangat Baik	Sangat Baik	Memuaskan	Memuaskan	Sangat Baik
	Auditor	Inspektorat	Inspektorat	Inspektorat	Inspektorat	Inspektorat

Sumber Data : Laporan Tahunan LHE



Grafik 1
Progres Nilai SAKIP
RSUD A. Wahab Sjahranie

Dari tabel 23 dan grafik 1 di atas menunjukkan perkembangan nilai SAKIP (Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah) RSUD A.W. Sjahranie dari tahun 2019/2020 hingga 2024/2025. Garis putus-putus menunjukkan total nilai keseluruhan, sementara garis lainnya menunjukkan nilai masing-masing unsur, yaitu perencanaan, pengukuran, pelaporan, evaluasi, dan capaian kinerja. Perkembangan nilai menunjukkan tren peningkatan yang signifikan, terutama pada total nilai, yang berhasil mencapai kategori "BB" (Sangat Baik) pada tahun 2024/2025.

2. Tidak Lanjut Atas Hasil Evaluasi Inspektorat Provinsi Terhadap Laporan Hasil Evaluasi Atas Implementasi Sistem AKIP.

Dari hasil penilaian implementasi SAKIP RSUD A. Wahab Sjahranie ini, ada beberapa rekomendasi dari Inspektorat Prov. Kaltim yang harus dilakukan tindak lanjut, Rencana aksi dan progres pelaksanaannya. Sehubungan dengan itu maka RSUD A. Wahab Sjahranie berupaya menindaklanjuti rekomendasi tersebut dan tergambar dari tabel berikut dibawah ini :

Tabel 24
Rencana Aksi atas Rekomendasi
dan Tindak Lanjut Hasil Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Tahun 2024-2025
RSUD A. W. Sjahranie

No	Rekomendasi	Tindak Lanjut	Rencana Aksi	Progres
a Evaluasi Perencanaan Kerja				
1	Agar seluruh pejabat dan staf merumuskan dan menetapkan Perjanjian Kinerja dan IKI pada setiap awal tahun	Seluruh pejabat struktural dan staf wajib menyusun dan menetapkan Perjanjian Kinerja (PK) dan Indikator Kinerja Individu (IKI) paling lambat minggu kedua Januari setiap tahun.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengadakan sosialisasi internal kepada seluruh pejabat dan staf. 2. Mengintegrasikan proses penyusunan PK dan IKI dalam agenda awal tahun. 3. Melakukan validasi dan pengesahan PK dan IKI oleh atasan langsung dan koordinasi dengan bagian kepegawaian 	<p>Telah dilaksanakan</p> <p>https://drive.google.com/drive/folders/1siMoAN_yi8cbH-HCCC7wmlaZPh5GN7gS</p>
2	Agar Rencana Aksi Kinerja dipantau secara bulanan.	Rencana Aksi dari masing-masing unit kerja dipantau secara bulanan dan dilaporkan kepada Bagian Perencanaan melalui template monitoring kinerja.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menetapkan format baku laporan monitoring rencana aksi bulanan. 2. Menyampaikan kepada bidang/bagian terkait untuk menyusun rencana aksi kinerja berbasis indikator. 3. Mengumpulkan laporan monitoring bulanan dari seluruh bidang/bagain secara rutin. 4. Melakukan evaluasi konsistensi dan capaian rencana aksi dalam forum koordinasi manajemen. 	
3	Agar data-data yang disajikan pada Dokumen Perencanaan merupakan data terbaru dan relevan pada tahun anggaran berkenaan.	Data dalam dokumen perencanaan (Renja, Renstra, PK, LKJIP) harus diperbarui setiap tahun berdasarkan data real time tahun berjalan, bekerja sama dengan unit data dan pelaporan.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mewajibkan unit data dan pelaporan untuk menyediakan data mutakhir secara berkala. 2. Melakukan koordinasi antar unit terkait dalam penyusunan dokumen perencanaan (Renstra, Renja, PK, LKJIP). 3. Menetapkan mekanisme validasi data internal sebelum digunakan dalam dokumen perencanaan. 4. Melakukan review triwulan terhadap isi dan sumber data dalam dokumen strategis. 	
4	Agar seluruh pejabat dan staf menyusun dan memantau pencapaian kinerja secara berkala melalui e-sakip dan e kinerja	Seluruh capaian kinerja, baik individu maupun unit, dimasukkan dan dimonitor melalui sistem e-SAKIP dan e-Kinerja secara	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menugaskan Sub Bagian Kepegawaian dan Tim IT untuk memastikan fungsionalitas sistem e-SAKIP dan e-Kinerja. 2. Memberikan pelatihan dan pendampingan kepada seluruh pegawai terkait penggunaan sistem. 	

No	Rekomendasi	Tindak Lanjut	Rencana Aksi	Progres
		berkala.	<ol style="list-style-type: none"> Mengintegrasikan capaian kinerja individu dan unit ke dalam e-SAKIP dan e-Kinerja secara periodik. Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap konsistensi pengisian dan pelaporan digital secara internal. 	
b Pengukuran Kinerja				
1.	Agar pemberian award dan punishment tidak hanya diberikan kepada Bidang Instalasi namun juga diberikan kepada individu	Menyupayakan Pemberian Award dan Punishment kepada Individu	<ol style="list-style-type: none"> Menyusun pedoman pemberian penghargaan (reward) dan sanksi (punishment) berbasis kinerja individu. Mengembangkan sistem penilaian kinerja individu yang terukur dan adil melalui e-Kinerja. Menentukan indikator evaluasi kinerja individu secara jelas untuk tiap jabatan fungsional dan struktural. Melakukan publikasi hasil penilaian kinerja dan pemberian penghargaan secara transparan dan berkala. Mendorong budaya kerja kompetitif dan apresiatif di lingkungan RS. 	<p>Telah dilaksanakan</p> <p>https://drive.google.com/drive/folders/1NSpKqXXJ9Ek9h2ROci1xNY5uJQN82Ftn</p>
2	Agar seluruh pejabat dan staf menyusun Pengukuran Kinerja secara berkala dan dilengkapi data dukung melalui e-sakip dan e-kinerja.	Penyusunan Pengukuran Kinerja Berkala dan Berbasis Data Dukung	<ol style="list-style-type: none"> Mengintegrasikan mekanisme pengukuran kinerja rutin ke dalam agenda bulanan setiap unit kerja. Menugaskan atasan langsung untuk melakukan evaluasi kinerja individu dan unit secara berkala. Memastikan seluruh pengukuran kinerja didukung oleh bukti/data yang sah dan terdokumentasi. Melakukan monitoring terhadap kelengkapan pengisian e-SAKIP dan e-Kinerja oleh seluruh staf. Memberikan pelatihan teknis berkelanjutan tentang penyusunan dan pelaporan kinerja berbasis data. 	
c Pelaporan Kinerja				
1	Agar melakukan pemantauan berjenjang atas permasalahan/hambatan yang ada mulai dari penanggungjawab terendah (pelaksana) sampai dengan penanggungjawab	Dilakukan pemantauan secara berjenjang dari tingkat pelaksana hingga Direktur untuk mengidentifikasi hambatan dan permasalahan yang	<ol style="list-style-type: none"> Setiap unit kerja menyusun laporan kendala bulanan yang disampaikan ke atasan langsung. Kepala bidang atau kepala instalasi melakukan rekap dan analisis awal permasalahan unit. Manajemen melakukan forum 	Telah dilaksanakan

No	Rekomendasi	Tindak Lanjut	Rencana Aksi	Progres
	tertinggi (Direktur)	muncul dalam pelaksanaan kegiatan.	koordinasi per triwulan untuk membahas temuan dan menetapkan solusi lintas unit. 4. Dokumentasi pemantauan disusun sebagai bahan laporan evaluasi manajemen dan pengambilan kebijakan pimpinan.	https://drive.google.com/drive/folders/1sWmwKUExJF_gotcLIDUdsiRJFg4nyQM5
2	Agar menggunakan analisis capaian kinerja yang rutin dilaksanakan selama tahun berjalan sebagai dasar untuk melakukan penyesuaian atas aktifitas penggunaan anggaran, perencanaan kinerja, evaluasi pencapaian keberhasilan kinerja dan budaya kerja selanjutnya	Melakukan analisis capaian kinerja secara rutin dan menjadikannya dasar dalam penyesuaian anggaran, perencanaan, evaluasi keberhasilan, dan penguatan budaya kerja.	1. Menetapkan jadwal evaluasi kinerja per triwulan berbasis laporan dari unit kerja. 2. Menganalisis pencapaian indikator kinerja utama (IKU) dibandingkan dengan target yang ditetapkan. 3. Menyusun rekomendasi perbaikan untuk penyesuaian rencana kerja dan penggunaan anggaran. 4. Hasil evaluasi menjadi dasar dalam penguatan budaya kerja melalui briefing staf, pelatihan, dan pembinaan internal	https://drive.google.com/drive/folders/1sWmwKUExJF_gotcLIDUdsiRJFg4nyQM5
d Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Internal				
1	Agar kedepannya menindaklanjuti rekomendasi hasil evaluasi akuntabilitas kinerja internal dengan memperhatikan ketentuan-ketentuan dan kriteria implementasi SAKIP yang berlaku	Melakukan penelaahan dan tindak lanjut atas seluruh rekomendasi hasil evaluasi akuntabilitas kinerja internal, dengan merujuk pada prinsip dan ketentuan Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP).	1. Membentuk tim internal untuk menelaah hasil evaluasi akuntabilitas kinerja dan rekomendasi yang diberikan. 2. Mengidentifikasi area yang perlu ditingkatkan, terutama terkait perencanaan, pengukuran, pelaporan, dan evaluasi kinerja. 3. Menyesuaikan dokumen perencanaan kinerja (seperti Renstra, PK, RKT, dan LKJIP) agar selaras dengan prinsip SAKIP. 4. Melakukan monitoring berkala atas progres implementasi tindak lanjut dan mendokumentasikan hasilnya sebagai bukti akuntabilitas. 5. Melaporkan tindak lanjut rekomendasi dalam rapat evaluasi manajemen dan menyusun laporan kepada pimpinan.	Telah dilaksanakan https://drive.google.com/drive/folders/1GJJ7vLctA8ceAbN4FvoM9YxcK_yUTUQK

B. PENGUKURAN CAPAIAN KINERJA ORGANISASI

Tabel 25
Pengukuran Capaian Kinerja
RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2025

No	Sasaran Kinerja Program	Indikator Kinerja	Satuan	Target Tri Wulan	Realisasi [%]	Capaian [%]	
1	2	3	4	5	7	8	
1	Tercapainya Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah	Indeks Kualitas Layanan Kesekretariatan	Indeks	82	92	112%	
				I 20	20	100%	
				II 20	20	100%	
				III 20	20	100%	
		IV 20	32	112%			
		Persentase Keluhan Pengguna Yang ditindaklanjuti	Persentase	100	100	100 %	
				I 25	25	100%	
				II 25	25	100%	
III 25	25			100%			
IV 25	25	100%					
3	Meningkatnya Kualitas Pelayanan Rumah Sakit	Persentase Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) RS	Persentase	89	87	98	
				I	89	86	97%
				II		86	97%
				III		86	97%
				IV		87	98%
4	Tercapainya Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan	Persentase Sumber Daya Manuasi Kesehatan (SDMK) yang dilatih dan ditingkatkan kompetensinya	Persentase	68	76	112	
				I	68	3,2	5%
				II		5,5	8%
				III		53	78%
				IV		76	112%

Sumber data : e- Sakip Pemprov Tahun 2025

Pengukuran kinerja RS dilakukan secara berkala setiap 3 bulan dengan merujuk pada target yang telah ditetapkan pertriwulan, penetapan target pertriwulan dilakukan RS agar dapat secara teratur memantau kinerja dan ini memungkinkan RS untuk mengidentifikasi area-area yang mencapai target, serta area-area yang mungkin perlu dilakukan perbaikan atau penyesuaian . Tidak ada angka pasti atau angka "ideal" untuk

peningkatan target per triwulan karena hal ini sangat tergantung pada kesanggupan dan ketersediaan SDM dan SDA serta tergantung fleksibilitas dan responsibilitas terhadap kondisi dan kebijakan RS.

Pengukuran capaian kinerja RSUD dilakukan secara konsisten dan berkala dalam periode triwulan, meskipun data-data yang dikumpulkan berasal dari laporan rutin bulanan. Hal ini menunjukkan adanya proses evaluasi yang terencana, sistematis, dan berbasis data yang valid dari berbagai sumber, termasuk bidang, instalasi, komite, dan unit-unit pelayanan. Proses ini sesuai dengan format pelaporan yang terdapat dalam e-SAKIP Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur, yang mengacu pada standar kinerja yang telah ditetapkan.

Proses Pengukuran Kinerja

1. Pengumpulan Data Rutin Bulanan: Data kinerja dikumpulkan dari masing-masing bidang, instalasi, komite, dan unit pelayanan setiap bulan. Setiap unit bertanggung jawab untuk menyediakan data akurat yang merefleksikan kinerja mereka, yang kemudian diolah dan disesuaikan dengan indikator kinerja yang telah ditetapkan.
2. Rekapitulasi dan Pemantauan Triwulan: Target dan capaian kinerja dirangkum setiap tiga bulan (triwulan). Hal ini memungkinkan manajemen RSUD untuk mengevaluasi progres kinerja secara berkala, mengidentifikasi keberhasilan, serta mengevaluasi tantangan yang dihadapi. Dengan adanya jadwal triwulan ini, proses pemantauan lebih terarah dan sesuai dengan harap dalam penerapan e-SAKIP.
3. Penyelarasan dengan Target: Target kinerja ditentukan berdasarkan indikator-indikator kinerja utama (IKU) yang dirancang untuk mencapai visi dan misi RSUD. Target triwulan disesuaikan dengan karakteristik indikator, seperti indeks kualitas layanan, persentase keluhan pengguna yang ditindaklanjuti, standar pelayanan minimal (SPM), serta peningkatan kapasitas SDM kesehatan.
4. Evaluasi dan Tindak Lanjut: Setelah data triwulan dirangkum, capaian kinerja dibandingkan dengan target yang telah ditentukan. Jika ditemukan gap atau deviasi antara target dan realisasi, dilakukan evaluasi mendalam untuk

menentukan langkah-langkah perbaikan. Proses ini dilakukan secara kolaboratif antara manajemen RSUD dan unit-unit terkait.

Dari tabel 25 diatas dapat dijelaskan bahwa pada saat dilakukan pengukuran kinerja didapatkan bahwa untuk:

1. Indikator kinerja Indeks Kualitas Layanan Kesekretariatan

Target triwulan ditetapkan sebesar 20 poin setiap triwulan, dengan total target tahunan 80 poin. Total capaian: 80 poin (100%), sesuai target tahunan. Capaian kinerja ini menunjukkan bahwa meskipun terdapat variasi besar dalam realisasi pada Triwulan II yaitu , target tahunan dapat dicapai sepenuhnya. Hal ini menunjukkan perencanaan yang fleksibel dan mampu mengakomodasi dinamika pelaksanaan di lapangan.

2. Persentase Keluhan Pengguna yang Ditindaklanjuti

Target triwulan adalah 25% per triwulan, dengan total target tahunan 100%. Realisasi per triwulan: 100% di setiap triwulan. Total capaian: 100%. Konsistensi capaian menunjukkan responsivitas yang sangat baik dalam menangani keluhan pengguna. Proses evaluasi yang rutin membantu memastikan bahwa tidak ada keluhan yang terabaikan.

3. Persentase Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) RS

Dengan total target tahunan 89%.

Realisasi per triwulan: Triwulan I -Triwulan IV). Total capaian: 87% (98% dari target tahunan). Capaian ini mendekati target tahunan dengan deviasi kecil sebesar 1.2%. Hal ini menunjukkan keberhasilan implementasi SPM, meskipun perlu sedikit peningkatan pada beberapa aspek pelayanan.

4. Persentase SDM Kesehatan yang Dilatih dan Ditingkatkan Kompetensinya.

Dengan total target tahunan 68%.

Realisasi per triwulan: 3,5% (Triwulan I),Triwulan II 5,5%, Triwulan III 53%, dan 76% Triwulan IV. Total capaian: 76% (112% dari target tahunan). Capaian ini menunjukkan bahwa meskipun target tahunan belum sepenuhnya tercapai, realisasi triwulan menunjukkan pola yang sangat positif

C. ANALISIS CAPAIAN KINERJA

1. Membandingkan Antara Target Dan Realisasi Kinerja Program Tahun Ini :

Tabel 26
Perbandingan Antara Target dan Realisasi Kinerja
RSUD A.Wahab Sjahranie Tahun 2025

No	Sasaran Kinerja Program	Indikator Kinerja	Satuan	Target 2025	Realisasi [%]	Capaian [%]
1	2	3	4	5	7	8
01	Tercapainya Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah	Indeks Kualitas Layanan Kesekretariatan	Indeks	82	92	112
		Persentase Keluhan Pengguna Yang ditindaklanjuti	Persentase	100	100	100
02	Meningkatnya Kualitas Pelayanan Rumah Sakit	Persentase Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) RS	Persentase	89	87	98
03	Tercapainya Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan	Persentase Sumber Daya Manuasi Kesehatan (SDMK) yang dilatih dan ditingkatkan kompetensinya	Persentase	68	76	112

Sumber data : Laporan Monev Kinerja RS 2025

Berdasarkan tabel 26, di atas dapat dijelaskan interpretasi data Perbandingan Antara Target dan Realisasi Kinerja pada tahun 2025 bahwa :

Sasaran Kinerja Program I: Tercapainya Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah

dengan indikator kinerja :

a. Indeks Kualitas Layanan Kesekretariatan dengan target 80% dan 92%

Sasaran ini diukur melalui indikator **Indeks Kualitas Layanan Kesekretariatan**, dengan **target nilai indeks sebesar 82** dan **realisasi sebesar 92**, sehingga diperoleh **capaian kinerja sebesar 112%**.

Capaian tersebut menunjukkan bahwa layanan kesekretariatan tidak hanya memenuhi, tetapi **melampaui target kinerja yang telah ditetapkan**. Kondisi ini mencerminkan bahwa proses perencanaan, penganggaran, pelaksanaan, serta pengendalian administrasi berjalan secara efektif dan terintegrasi.

Dari perspektif manajemen kinerja, keberhasilan ini mengindikasikan:

1. **Perencanaan yang matang**, tercermin dari terpenuhinya seluruh dokumen perencanaan dan evaluasi kinerja perangkat daerah.
2. **Pengelolaan anggaran yang baik**, dengan tingkat realisasi yang tinggi dan terkendali.
3. **Penguatan kapasitas SDM aparatur**, melalui partisipasi dalam pendidikan dan pelatihan.
4. **Ketersediaan sarana dan prasarana kantor yang memadai**, sehingga mendukung kelancaran proses administrasi.

Dengan hasil tersebut, kualitas layanan kesekretariatan dapat dijadikan **benchmark (standar acuan)** bagi peningkatan mutu pada program dan unit kerja lainnya, khususnya dalam aspek tata kelola administrasi, akuntabilitas kinerja, dan pelayanan internal.

Tabel 27
Perhitungan Komposit Nilai Index Kualitas Layanan Sekretariat Tahun 2025

No	Komponen Perhitungan	Keterangan	Base Data	Target	Realisasi	Bobot	Nilai Index= (Realisasi/Target x bobot)
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Persentase Dokumen Perencanaan, penganggaran evaluasi Kinerja RS	Jumlah Dokumen Perencanaan Perangkat Daerah Laporan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah yang terpenuhi	51	100	100	40	40
		Jumlah Dokumen Perencanaan Perangkat Daerah Laporan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah	51				
2	Persentase Realisasi Anggaran	Realisasi Bulanan Biro ADBANG	100	100	93	30	27,9
3	Presentase SDM Aparatur yang mengikuti pendidikan dan pelatihan	Jumlah Pegawai yang mengikuti BIMTEK/Pelatihan	1.615	100	76	25	19
		Jumlah Seluruh Pegawai (PNS dan PPPK)	2.116				
4	Persentase Sarana dan Prasarana kantor yang berfungsi dengan baik	Data Sarana	97,38	100	95	5	5
		Data Prasarana	92,11				
						100	92

Nilai indeks sebesar **92** dengan capaian **112%** menegaskan bahwa **kinerja layanan kesekretariatan berada pada baik**. Ke depan, fokus peningkatan dapat diarahkan pada optimalisasi partisipasi SDM dalam pendidikan dan pelatihan serta peningkatan realisasi anggaran agar capaian indeks semakin maksimal dan berkelanjutan.

b. Persentase Keluhan Pengguna yang Ditindaklanjuti dengan target 100% dan realisasi 100 %

Indikator Persentase Keluhan Pengguna yang Ditindaklanjuti memiliki **target sebesar 100%** dan pada Tahun 2025 juga mencapai **realisasi 100%**, sehingga menunjukkan bahwa seluruh pengaduan masyarakat yang diterima telah ditindaklanjuti sesuai dengan mekanisme yang ditetapkan.

Capaian ini mencerminkan bahwa sistem pelayanan pengaduan di rumah sakit telah berjalan efektif, responsif, dan akuntabel. Setiap keluhan yang masuk dapat direspons dalam rentang waktu yang ditentukan, serta ditangani oleh unit terkait melalui koordinasi yang baik. Kondisi tersebut menandakan bahwa alur pengelolaan pengaduan, mulai dari penerimaan, verifikasi, tindak lanjut, hingga konfirmasi kepada pelapor, telah berfungsi secara optimal.

Berdasarkan data kecepatan waktu tanggap komplain periode Januari–Desember 2025, seluruh pengaduan yang diterima Unit Humas dapat ditangani dan ditindaklanjuti, dengan indikator komplain pada setiap bulan mencapai 100%. Hal ini memperkuat bukti bahwa mekanisme pengelolaan keluhan telah terstandarisasi dan dilaksanakan secara konsiste.

Tabel 28
Kecepatan Waktu Tanggap Komplain tahun 2025

No	Bulan	Jumlah Komplain	Jumlah Tanggap Komplain	Indikator Komplain (%)
1	Januari	2	2	100
2	Februari	4	4	100
3	Maret	1	1	100
4	April	5	5	100
5	Mei	4	4	100
6	Juni	2	2	100
7	Juni	8	8	100
8	Agustus	5	5	100
9	September	7	7	100
10	Oktober	12	12	100
11	November	13	13	100
12	Desember	8	8	100

Keterangan :

1. Januari – Desember 2025 Unit Humas menerima 71 (tujuh puluh satu) pengaduan.
2. Unit Humas merespon pengaduan dalam waktu 1 x 24 jam dengan segera menindaklanjuti pengaduan yang dapat diselesaikan secara langsung dan melakukan konfirmasi dan bersurat ke bagian terkait untuk mendapatkan klarifikasi.

Tabel 29
Komplain Berdasarkan Penyebab Masalah

No.	Jenis Komplain	Jumlah	%
1	Penjaminan BPJS	15	21.13%
2	Ketersediaan obat	3	4.23%
3	Perilaku perawat	6	8.45%
4	Sarana prasarana	18	25.35%
5	Sistem pelayanan	16	22.54%
6	Perilaku petugas	5	7.04%
7	Konfirmasi dana deposit naik kelas rawat inap	2	2.82%
8	Perilaku dokter	2	2.82%
9	Konfirmasi status kepesertaan BPJS	2	2.82%
10	Konfirmasi surat keterangan sakit	1	1.41%
11	Pasien kehilangan tas	1	1.41%
TOTAL		71	100%

Dari perspektif Pelanggan, keberhasilan ini menunjukkan bahwa organisasi memiliki kapasitas yang memadai dalam mengelola umpan balik pengguna serta menjadikan keluhan sebagai sumber informasi penting untuk perbaikan mutu layanan. Secara konseptual, capaian ini sejalan dengan prinsip pelayanan publik bahwa layanan yang responsif dan berorientasi pada pengguna akan meningkatkan kepuasan serta kepercayaan masyarakat terhadap institusi pemerintah.

Sasaran Kinerja Program II: Meningkatnya Kualitas Pelayanan Rumah Sakit dengan indikator kinerja Persentase Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) RS dengan target 89% dengan realisasi 87% atau dengan capaian 98%.

Sasaran kinerja Program II diukur melalui indikator Persentase Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit, dengan target sebesar 89% dan realisasi sebesar 87%, sehingga diperoleh capaian kinerja sebesar 98%. Hasil ini menunjukkan bahwa kinerja pelayanan rumah sakit berada pada kategori memuaskan, meskipun masih terdapat selisih (gap) sebesar 2% dari target yang ditetapkan.

Berdasarkan hasil rekapitulasi capaian SPM Tahun 2025 terhadap 47 jenis pelayanan, diperoleh nilai rata-rata capaian sebesar 87,34%, yang berada pada predikat A (Memuaskan) sesuai klasifikasi penilaian (rentang 80–90).

Sebagian besar unit pelayanan telah menunjukkan capaian tinggi, bahkan beberapa layanan mencapai kategori sangat memuaskan (AA) dan melampaui 100%, antara lain: Pelayanan Farmasi (114,36%), Pelayanan Gizi (102,68%), Komite Keperawatan (114,83%), Pelayanan Pemulasaraan Jenazah (100%), Pelayanan Keamanan (100%), Pelayanan Kedokteran Nuklir (99,83%)

Di sisi lain, masih terdapat beberapa layanan dengan capaian relatif rendah, seperti: Pelayanan Rekam Medik (67,63%), Pelayanan Komite PPRA (65,33%), Bidang Keperawatan (65,84%), Pelayanan Medis (74,25%), Pelayanan Anestesi (75,75%), Pelayanan CSSD (77,45%), Pelayanan K3RS (77,95%). Kondisi ini memengaruhi capaian rata-rata SPM rumah sakit secara keseluruhan

Untuk memperoleh gambaran yang lebih komprehensif mengenai faktor-faktor yang memengaruhi capaian tersebut, evaluasi tidak hanya dilihat dari hasil akhir (output),

tetapi dianalisis secara menyeluruh melalui pendekatan tahapan kinerja yang meliputi **input, proses, output, dan outcome**. Pendekatan ini memberikan pemahaman yang lebih sistematis mengenai akar permasalahan sekaligus menjadi dasar dalam merumuskan strategi peningkatan mutu pelayanan secara berkelanjutan.

a. Tahap Input

Kendala utama meliputi keterbatasan jumlah dan kompetensi SDM kesehatan (dokter spesialis, perawat terlatih, dan tenaga pendukung), serta keterbatasan alat kesehatan baik dari sisi jumlah, teknologi, maupun kondisi alat yang sudah usang. Selain itu, sebagian rencana pengadaan alat kesehatan dan pelatihan SDM belum terealisasi optimal.

b. Tahap Proses

Implementasi Standar Operasional Prosedur (SOP) di seluruh unit pelayanan belum sepenuhnya konsisten. Koordinasi antarunit pelayanan utama, administrasi, dan unit pendukung masih perlu diperkuat agar alur pelayanan berjalan lebih efektif.

c. Tahap Output

Beberapa layanan belum sepenuhnya memenuhi standar waktu respons dan kualitas pelayanan sebagaimana ditetapkan dalam SPM, sehingga memengaruhi capaian indikator pada unit terkait.

d. Tahap Outcome

Secara umum tingkat kepuasan pengguna layanan berada pada kategori baik, namun masih terdapat keluhan terkait keterlambatan layanan dan variasi kualitas pelayanan. Hal ini menunjukkan bahwa dampak layanan terhadap peningkatan kepuasan dan derajat kesehatan masyarakat belum optimal sepenuhnya.

Berikut tabel Standart Pelayanan Minimal (SPM) RS, capaian Tahun 2025

Tabel 30
Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) RS Tahun 2025

NO	PELAYANAN	INDIKATOR SPM	CAPAIAN TW IV
1	2	3	4
1	Pelayanan IGD	11	97,40%
2	Pelayanan Ambulans Gawat Darurat (AGD)	9	87,00%
3	Pelayanan Hemodialisa	8	80,25%
4	Pelayanan Rawat Jalan	10	96,34%
5	Pelayanan Rawat Jalan Executive Sakura	10	99,00%
6	Pelayanan Rawat Inap	16	98,78%

NO	PELAYANAN	INDIKATOR SPM	CAPAIAN TW IV
7	Pelayanan Rawat Inap Sakura	14	96,29%
8	Pelayanan Persalinan dan perinatologi	12	92,05%
9	Pelayanan Bedah Sentral	12	91,67%
10	Pelayanan Anestesi	7	75,75%
11	Pelayanan Intensif	7	91,74%
12	Pelayanan Radiologi	7	83,43%
13	Pelayanan Radioterapi	7	79,31%
14	Pelayanan Kedokteran Nuklir	7	99,83%
15	Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik	10	88,90%
16	Pelayanan Laboratorium Patologi Anatomi	11	82,62%
17	Pelayanan Lab. Tranfusi darah	5	93,80%
18	Pelayanan Rehabilitasi Medik	5	89,22%
19	Pelayanan Farmasi	8	114,36%
20	Pelayanan Gizi	12	102,68%
21	Pelayanan Rekam Medik	6	67,63%
22	Pelayanan Kesling Pengelolaan Limbah	5	98,60%
23	Pelayanan Kesling Pengelolaan kebersihan Gedung dan Taman	5	97,00%
24	Pelayanan Ambulan Jenazah (Mobil Jenazah)	7	97,43%
25	Pelayanan Pemulasaraan Jenazah	7	100,00%
26	Pelayanan Laundry	9	89,00%
27	Pelayanan CSSD	11	77,45%
28	Pelayanan Pemeliharaan sarana RS & Elektromedik	6	76,97%
29	Pelayanan Humas	5	86,48%
30	Pelayanan Pengelolaan Air Bersih	4	83,33%
31	Pelayanan Pencegahan dan pengendalian Infeksi	6	93,83%
32	Pelayanan Keamanan	6	100,00%
33	Pelayanan Administrasi Manajemen	16	91,49%
34	Pelayanan Satuan Audit Internal	8	87,34%
35	Pelayanan PKRS	10	86,80%
36	Pelayanan Mutu profesionalisme (Komite Medik)	7	83,33%
37	Komite Keperawatan	6	114,83%
38	Komite Mut	3	99,30%
39	Pelayanan komite koordinasi pendidikan (komkordik)	11	87,18%
40	Pelayanan K3RS	16	77,95%
41	Pelayanan Komite etik & hukum	8	0,00%
42	Komite Etik dan Penelitian Kesehatan	5	0,00%
43	Komite PPRA	6	65,33%
44	Pelayanan Medical Check UP	8	95,50%
45	Bidang Keperawatan	7	65,84%
46	Pelayanan Medis	7	74,25%
47	Pelayanan Fertilitas	26	80,98%
		409	87,34%

Sumber Data : Laporan SPM bagian/bidang/Instalasi/komite/unit tahun 2025

Hasil Evaluasi dituangkan dalam bentuk nilai dengan kisaran mulai dari 0 s.d. 100 dengan predikat D, C, CC, B, BB, A, AA dengan rincian sebagai berikut:

- a. Nilai 0 s.d. 30, Predikat penilaian "D" (Sangat Kurang)
- b. Nilai > 30 s.d. 50, Predikat penilaian "C" (Kurang)
- c. Nilai > 50 s.d. 60, Predikat penilaian "CC" (Cukup/Memadai)
- d. Nilai > 60 s.d. 70, Predikat penilaian "B" (Baik)
- e. Nilai 70 s.d. 80, Predikat penilaian "BB" (Sangat Baik)
- f. Nilai 80 s.d. 90, Predikat penilaian "A" (Memuaskan)
- g. Nilai 90 s.d. 100, Predikat penilaian "AA" (Sangat Memuaskan)

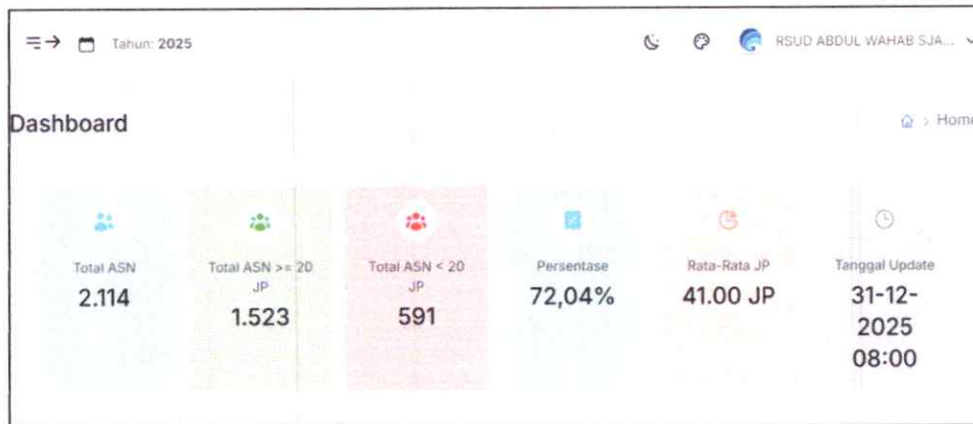
Sasaran Kinerja Program III: Tercapainya Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan dengan target 68% dan realisasi 76% atau capaian 112%.

Capaian ini menunjukkan bahwa program peningkatan kapasitas SDM tidak hanya memenuhi target, tetapi **melampaui target yang telah ditetapkan**, yang mencerminkan efektivitas kebijakan dan implementasi pengembangan kompetensi pegawai di RSUD AWS.

Keberhasilan tersebut mengindikasikan bahwa perencanaan kebutuhan pengembangan kompetensi, pemilihan jenis pelatihan, serta mekanisme pelaksanaan dan monitoring telah berjalan dengan baik. Dengan demikian, peningkatan kapasitas SDM telah memberikan kontribusi nyata terhadap penguatan mutu layanan rumah sakit secara keseluruhan.

Capaian Program III didukung oleh data SIMONBANGKOM RSUD AWS Tahun 2025 yang menunjukkan total ASN sebanyak 2.114 pegawai, dengan tingkat partisipasi pengembangan kompetensi sebesar 72,04% dan rata-rata 41 Jam Pelajaran (JP) per pegawai. Angka ini menggambarkan bahwa sebagian besar pegawai telah terfasilitasi dalam kegiatan peningkatan kompetensi, meskipun upaya pemerataan masih perlu terus ditingkatkan.

Tabel 31
Data Simonbangkom RSUD AWS tahun 2025



Berdasarkan tampilan dashboard, total ASN tercatat sebanyak 2.114 orang, dengan mayoritas memiliki JP \geq 20 yaitu 1.523 orang, sedangkan ASN dengan JP $<$ 20 berjumlah 591 orang. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar pegawai telah memenuhi atau melampaui standar jam pelatihan yang ditetapkan. Persentase capaian secara keseluruhan berada pada angka 72,04% dari target 68%, yang mengindikasikan tingkat pemenuhan kompetensi yang cukup baik. Dengan rata-rata JP sebesar 41,00, dapat disimpulkan bahwa distribusi jam pelatihan relatif tinggi pada kelompok tertentu.

Di sisi lain, masih terdapat kesenjangan yang perlu diperhatikan, khususnya pada 591 ASN yang belum mencapai 20 JP. Kelompok ini berpotensi mempengaruhi capaian persentase secara keseluruhan jika tidak segera ditingkatkan. Perlu adanya strategi pembinaan, monitoring, dan pemerataan akses pelatihan agar seluruh ASN dapat memenuhi standar minimal. Tanggal update terakhir menunjukkan data cukup mutakhir, sehingga dapat dijadikan dasar pengambilan keputusan. Secara umum, kinerja sudah baik, namun peningkatan tetap diperlukan untuk mencapai target maksimal.

Selain itu, penguatan kapasitas SDM juga tercermin dari tingginya intensitas kegiatan **pelatihan internal, pelatihan eksternal, seminar/workshop, serta bimbingan teknis**, dengan total akumulasi Jam Pelajaran secara keseluruhan baik 20 JPL maupun kurang 20 JPL mencapai : **86.045 JPL**. Kegiatan-kegiatan tersebut diarahkan untuk meningkatkan kompetensi teknis, manajerial, maupun sosial-kultural sesuai kebutuhan layanan. Dan bisa terlihat pada tabel berikut :

Tabel 32
Pelatihan Internal dan Eksternal RSUD AWS Tahun 2025

No	Jenis Pelatihan	Jlm Pegawai	TW 1	TW 2	TW 3	TW 4	TOTAL	BUKTI DUKUNG
1	PELATIHAN EKSTERNAL	2.114	6	51	350	63	470	https://docs.google.com/spreadsheets/d/153vmeBO723a9xN9wPofuYVWkoNgOz3nO/edit?usp=sharing&ouid=100871219079579430627&rtopof=true&sd=true
2	PELATIHAN INTERNAL	2.114	11	179	99	449	738	https://docs.google.com/spreadsheets/d/1JCQz1rfrnq39-3QfnxVCyest13TtBH/edit?usp=sharing&ouid=100871219079579430627&rtopof=true&sd=true
3	SEMINAR / WORKSHOP / SIMPOSIUM / BIMBINGAN TEKNIS	2.114			45	687	732	https://docs.google.com/spreadsheets/d/1y1MeauverstzdeuVeJ5v00MeuPmZqZ/edit?usp=sharing&ouid=100871219079579430627&rtopof=true&sd=true
4	PELATIHAN 20 JPL	2.114	TOTAL PEGAWAI 20 JPL = 1.521				72%	https://docs.google.com/spreadsheets/d/153y9QBe6zAG_ZGmfieeCRa_DsYPRm/edit?usp=sharing&ouid=100871219079579430627&rtopof=true&sd=true
5	SDMK Kompetensi dan Kualifikasi Meningkatkan	2.114						
6	Melaksanakan kegiatan peningkatan SDM (Diklat)	2.114	TOTAL PEGAWAI DENGAN JPL = 1.615				86.045 JAM	https://docs.google.com/spreadsheets/d/1ZiaaXu1cY3PJf9xeS-mwhqct4/MeMz0ID/edit?usp=sharing&ouid=100871219079579430627&rtopof=true&sd=true

Dari sisi pengembangan keilmuan, RSUD AWS juga membentuk **7 (tujuh) tim penelitian** berdasarkan bidang layanan, yang berperan dalam mendorong budaya ilmiah dan penerapan praktik berbasis bukti (evidence-based practice). Sinergi antara pelatihan dan penelitian ini menjadi fondasi penting dalam menciptakan SDM kesehatan yang kompeten, adaptif, dan berorientasi pada mutu.

Pada tahun 2025, kegiatan penelitian di RSUD AWS dilaksanakan oleh 7 (tujuh) Tim Penelitian, yang dibentuk berdasarkan bidang layanan dan focus keilmuan sebagai berikut :

- 1) Tim Keperawatan Anak
- 2) Tim Neonatus, Bayi dan Balita
- 3) Tim Jantung dan Pembuluh Darah
- 4) Tim Keselamatan Pasien
- 5) Tim Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3)
- 6) Tim Radioterapi
- 7) Tim Kesehatan Lingkungan

2. **Membandingkan Antara Realisasi Kinerja Program Serta Capaian Kinerja Program Tahun Ini Dengan Tahun Lalu dan Beberapa Tahun Terakhir.**

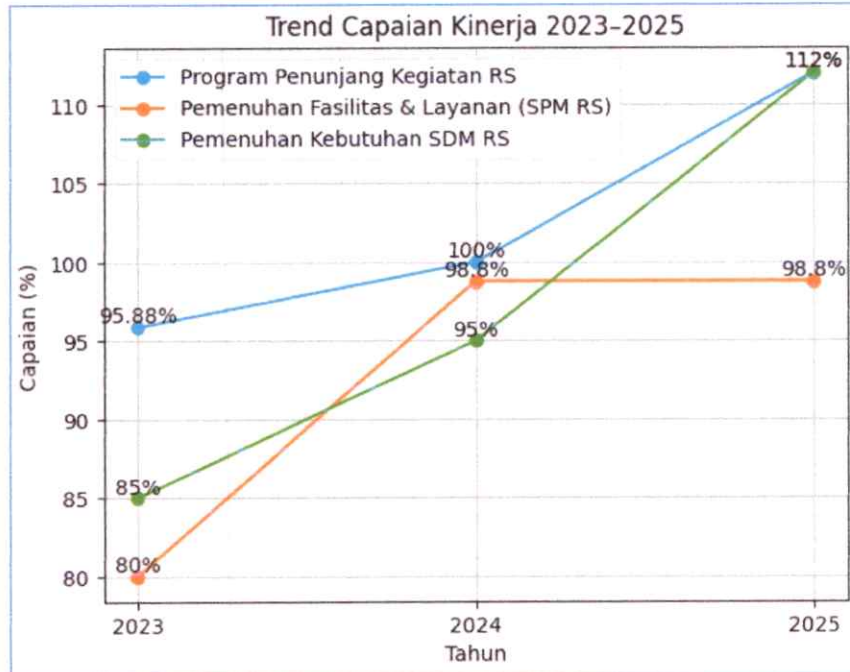
Perbandingan realisasi kinerja program dari tahun ke tahun merupakan instrumen penting untuk menilai konsistensi, arah, serta efektivitas pelaksanaan program rumah

sakit. Analisis tren capaian indikator program tidak hanya menggambarkan tingkat keberhasilan pencapaian target, tetapi juga memberikan gambaran mengenai keberlanjutan upaya perbaikan yang telah dilakukan serta area yang masih memerlukan penguatan. Oleh karena itu, perbandingan capaian tahun 2023, 2024, dan 2025 digunakan sebagai dasar untuk mengevaluasi kinerja program secara komprehensif dan rasional.

Tabel 33
Perbandingan Antara Target dan Realisasi Kinerja
Beberapa Tahun Terakhir

No	Indikator Kinerja Program	Satuan	Capaian Kinerja (%)		Indikator Kinerja Program	Satuan	Capaian Kinerja (%) 2025	% Peningkatan / Penurunan
			2023	2024				
1	2	3	4	5	6	7	8	9 = $[(8/5)-1]*100$
01	Capaian Program Penunjang Kegiatan Rumah Sakit yang terukur secara baik	%	95,88%	100%	Indeks Kualitas Layanan Kesekretariatan	Indeks	112%	12
					Persentase Keluhan Pengguna Yang ditindaklanjuti	%	100 %	0
02	Capaian pemenuhan Fasilitas dan Layanan Kesehatan RS sesuai standar kelas Rumah Sakit	%	80%	98,8%	Persentase Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) RS	%	98.8%	0
03	Capaian Kebutuhan SDM baik secara Kualitatif dan kuantitatif sesuai standar Kelas Rumah Sakit RS	%	85%	95%	Persentase Sumber Daya Manuasi Kesehatan (SDMK) yang dilatih dan ditingkatkan kompetensinya	%	112%	17
04	Capaian Program Pemberdayaan Masyarakat dengan RS melalui kerjasama /kemitraan yang baik kesehatan	%	85%	-	-	-	-	-

Sumber data : LKIP tahun 2024 dan Laporan Monev TW IV Tahun 2025



Grafik 2
Trend PCapaian Indikator Program Tahun 2023-2025

Berdasarkan Tabel 33 dan Grafik 2, secara umum capaian indikator program menunjukkan tren peningkatan positif pada sebagian besar program strategis. Hal ini mengindikasikan adanya perbaikan berkelanjutan dalam tata kelola, kualitas pelayanan, serta penguatan sumber daya rumah sakit. Adapun uraian tren capaian masing-masing indikator adalah sebagai berikut:

1. Capaian Program Penunjang Kegiatan Rumah Sakit yang terukur secara baik
Meningkat dari 95,88% pada tahun 2023 menjadi 100% pada tahun 2024, dan kembali meningkat signifikan menjadi 112% pada tahun 2025. Tren ini mencerminkan adanya perbaikan berkelanjutan pada kualitas layanan kesekretariatan serta efektivitas pengelolaan administrasi dan tindak lanjut keluhan pengguna. Capaian yang melampaui 100% pada tahun 2025 menunjukkan bahwa kinerja program tidak hanya memenuhi target, tetapi telah melampaui standar yang ditetapkan, sehingga dapat dijadikan sebagai praktik baik (best practice) dalam penyelenggaraan layanan internal.

2. Capaian pemenuhan Fasilitas dan Layanan Kesehatan RS sesuai standar kelas Rumah Sakit

Mengalami peningkatan yang sangat signifikan dari 80% pada tahun 2023 menjadi 98,8% pada tahun 2024, dan selanjutnya stabil pada 98,8% di tahun 2025. Pola ini menunjukkan bahwa rumah sakit berhasil melakukan akselerasi pemenuhan standar pelayanan minimal pada tahun 2024 dan mampu mempertahankan tingkat kinerja yang tinggi pada tahun berikutnya. Stabilitas capaian pada level tinggi menandakan bahwa sistem pelayanan telah berjalan relatif konsisten dan terkendali.

3. Capaian Kebutuhan SDM baik secara Kualitatif dan kuantitatif sesuai standar Kelas Rumah Sakit RS

Capaian pemenuhan kebutuhan SDM meningkat bertahap dari 85% pada tahun 2023 menjadi 95% pada tahun 2024, kemudian melonjak menjadi 112% pada tahun 2025. Tren ini menunjukkan keberhasilan strategi peningkatan kapasitas SDM melalui pelatihan, pendidikan, serta pengembangan kompetensi yang lebih terarah. Capaian di atas 100% pada tahun 2025 mengindikasikan bahwa upaya pengembangan SDM telah melampaui target yang ditetapkan dan memberikan dampak positif terhadap kesiapan tenaga kesehatan dalam mendukung layanan.

4. Capaian Program Pemberdayaan Masyarakat dengan RS melalui kerjasama /kemitraan yang baik kesehatan

Untuk indikator ini, data capaian baru tersedia pada tahun 2023 sebesar 85%, sementara data tahun 2024 dan 2025 belum tersedia. Oleh karena itu, tren peningkatan belum dapat dianalisis secara komparatif.

3. Membandingkan Realisasi Kinerja Sampai Dengan Tahun Ini Dengan Target Jangka Menengah Yang Terdapat Dalam Dokumen Perencanaan Strategis Organisasi

Tabel 34
Realisasi Kinerja dengan Target Capaian Kinerja Organisasi Jangka Menengah
RSUD A.Wahab Sjahranie

No	Indikator Kinerja	Satuan	Target Akhir Tahun (2026)	Realisasi Tahun 2025	Tingkat Kemajuan
1	2	3	4	5	$6=5/4*100\%$
01	Indeks Kualitas Layanan Kesekretariatan	Indeks	85	92	108%
02	Persentase Keluhan Pengguna Yang ditindaklanjuti	Persentase	100	100	100%
03	Persentase Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) RS	Persentase	90	87	97%
04	Persentase Sumber Daya Manuasi Kesehatan (SDMK) yang dilatih dan ditingkatkan kompetensinya	Persentase	68	76	76%

Sumber : Data Renstra Perubahan dan Monev Kinerja Tahun 2025

Dari tabel 34, dapat memberikan gambaran tentang realisasi kinerja RSUD A. Wahab Sjahranie pada tahun 2025 dibandingkan dengan target akhir tahun 2026. Tingkat kemajuan yang dicapai menunjukkan potensi besar dan optimisme rumah sakit untuk menyelesaikan target pada tahun 2026. Berikut adalah interpretasi mendalam berdasarkan setiap indikator:

1. Indeks Kualitas Layanan Kesekretariatan. Target 2026: 85, realisasi 2025: 92 dan tingkat kemajuan: 108% . Pada indikator ini, realisasi tahun 2025 mencapai 92 dari target 85, yang berarti sudah tercapai 108% dari target akhir 2026. Hal ini mencerminkan peningkatan signifikan dalam kualitas layanan kesekretariatan, termasuk efisiensi administrasi dan pengelolaan dokumen. Dengan capaian ini, RSUD A. Wahab Sjahranie memiliki peluang besar untuk mencapai target akhir pada tahun 2026. Optimalisasi manajemen internal, pelatihan staf administrasi, dan evaluasi berkala dapat mempercepat pencapaian penuh indikator ini.

2. Persentase Keluhan Pengguna yang Ditindaklanjuti. Target 2026: 100%, realisasi 2025: 100% dan tingkat kemajuan: 100%. Indikator ini telah mencapai 100% pada tahun 2025, menunjukkan bahwa semua keluhan pengguna rumah sakit telah ditindaklanjuti dengan baik dan tepat waktu. Hal ini mencerminkan komitmen yang kuat terhadap responsivitas dan peningkatan kepuasan pasien. Dengan capaian maksimal ini, fokus ke depan adalah menjaga konsistensi kinerja dan memastikan bahwa tidak ada keluhan yang terlewatkan.
3. Persentase Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit. Target 2026: 90%, realisasi 2025: 87% dan tingkat kemajuan: 97%. Capaian SPM rumah sakit pada tahun 2025 sudah mencapai 87%, atau 97% dari target 2026. Hal ini mencerminkan progres yang sangat baik dalam memenuhi standar pelayanan yang ditetapkan, termasuk kualitas layanan medis, pemenuhan fasilitas, dan operasional rumah sakit. Dengan sisa waktu satu tahun, peningkatan kecil sebesar 3% sangat memungkinkan melalui penguatan fasilitas kesehatan, optimalisasi sumber daya manusia, dan implementasi SOP yang lebih konsisten.
4. Persentase Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) yang Dilatih dan Ditingkatkan Kompetensinya. Target 2026: 100%, realisasi 2025: 76% dan tingkat kemajuan: 76%. Indikator ini menunjukkan realisasi sebesar 112%, atau 76% dari target 2026. Meskipun tingkat kemajuannya relatif lebih rendah dibandingkan indikator lain, ini tetap menjadi dasar optimisme karena terdapat dua tahun ke depan untuk mempercepat pelatihan dan peningkatan kompetensi SDM. Dengan perencanaan strategis, seperti pelatihan berbasis teknologi, program pelatihan intensif, dan pendanaan yang terarah, target 100% pada tahun 2026 dapat dicapai.

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa Tingkat kemajuan rata-rata menunjukkan bahwa target 2026 sangat realistis untuk dicapai. Tiga dari empat indikator telah menunjukkan kemajuan di atas 90%, sementara indikator SDMK memerlukan perhatian lebih untuk percepatan pencapaian. Peningkatan pelatihan dan kompetensi SDM harus menjadi prioritas untuk mengejar target 100% pada tahun 2026.

4. Membandingkan Realisasi Kinerja Tahun Ini Dengan Standar Nasional (Jika Ada)

Perbandingan realisasi kinerja RSUD AWS dengan standar nasional dan Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur merupakan langkah penting untuk menilai posisi kinerja rumah sakit dalam konteks kebijakan yang lebih luas. Perbandingan ini memberikan gambaran apakah capaian yang diperoleh telah sejalan, melampaui, atau masih berada di bawah standar yang ditetapkan oleh pemerintah pusat maupun daerah. Selain itu, hasil perbandingan ini menjadi dasar dalam merumuskan strategi peningkatan kinerja yang lebih terarah dan berkelanjutan.

Berdasarkan Tabel 32, pembandingan indikator diambil dari dokumen **RPJMN 2020–2024**, **RPD Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur 2024–2026**, **LKJIP Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur**, serta **Renstra Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur**.

Tabel 35
Realisasi Kinerja dengan Realisasi Nasional dan Provinsi Kalimantan Timur
RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2025

No	Indikator Kinerja Pemprov/ Nasional	Target	Realisasi	Capaian (%)	Indikator Kinerja Program RS	Target	Realisasi	Capaian (%)	Ket (+/-)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
01	Indeks Kualitas Layanan Kesekretariatan (LKJIP PEMPROV KALTIM TAHUN 2023)	Indeks (77.80)	84.26	108.30%	Indeks Kualitas Layanan Kesekretariatan	82	92	112%	(-)
02	Persentase Keluhan Pengguna Yang ditindaklanjuti (RPD PEMPROP 2024-2026)	%	100	100	Persentase Keluhan Pengguna Yang ditindaklanjuti	100	100	100%	Sama
02	Persentase Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) RS (RPJMN 2020-2024)	%	100	N/A	Persentase Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) RS	89	87	98%	Tidak ada
03	Persentase Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) yang dilatih dan	%	35%	40.57%	Persentase Sumber Daya Manuasi Kesehatan	68	76	112%	(+)

ditingkatkan kompetensinya (DINKES PROV KALTIM)				(SDMK) yang dilatih dan ditingkatkan kompetensinya				
---	--	--	--	--	--	--	--	--

Sumber Data : LKJIP Pemprov, RPD Pemprop, RPJMN, Renstra Dinkes

Dari tabel 35, di paparkan perbandingan capaian tingkat nasional dan Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur . Perbandingan dia ambil dari berdasarkan RPJMN 2020-2024, RPD 2024-2026 , LKJIP Pemprov Kaltim Tahun 2024 , dan Renstra Dinkes Prov Kaltim

1. Indeks Kualitas Layanan Kesekretariatan

Berdasarkan data LKJIP Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur Tahun 2024, Indeks Kualitas Layanan Kesekretariatan memiliki target indeks 77,80 dengan realisasi 84,26, atau setara dengan capaian 108,30%. Sementara itu, RSUD AWS menetapkan target internal indeks 82 dan mencapai realisasi 92, sehingga memperoleh capaian 112%. Hasil ini menunjukkan bahwa kinerja layanan kesekretariatan RSUD AWS melampaui target internal dan berada pada level yang sejalan bahkan lebih tinggi dibandingkan capaian Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur. Kondisi ini mencerminkan bahwa kualitas layanan administrasi dan kesekretariatan RSUD AWS sudah baik serta mendukung terwujudnya tata kelola organisasi yang efektif.

2. Persentase Keluhan Pengguna yang Ditindaklanjuti..

Berdasarkan RPD Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur Tahun 2024–2026, target indikator ini adalah 100% dengan realisasi 100%.

RSUD AWS juga menetapkan target 100% dan mencapai realisasi 100%. Kesetaraan antara target dan realisasi, baik pada tingkat provinsi maupun rumah sakit, menunjukkan bahwa RSUD AWS telah memenuhi standar yang ditetapkan dalam pengelolaan pengaduan masyarakat. Hal ini mencerminkan sistem penanganan keluhan yang responsif, konsisten, dan akuntabel.

3. Persentase Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) RS

Berdasarkan RPJMN 2020–2024, standar nasional SPM RS ditetapkan sebesar 100%. Namun, data realisasi nasional tidak tersedia secara spesifik, karena standar tersebut berlaku sebagai ketentuan normatif bagi seluruh rumah sakit.

RSUD AWS menetapkan target internal 89% dengan realisasi 87%, sehingga capaian sebesar 98% dari target internal. Meskipun capaian tersebut berada pada kategori memuaskan, jika dibandingkan dengan standar nasional 100%, RSUD AWS masih memiliki ruang perbaikan untuk meningkatkan pemenuhan SPM secara bertahap menuju standar nasional.

4. Persentase SDM Kesehatan yang Dilatih dan Ditingkatkan Kompetensinya

Berdasarkan Renstra Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur, target indikator ini sebesar 35% dengan realisasi 40,57%.

RSUD AWS menetapkan target internal yang lebih tinggi, yaitu 68%, dengan realisasi 76%, sehingga capaian sebesar 112%. Hal ini menunjukkan bahwa RSUD AWS memiliki komitmen yang kuat dan lebih progresif dalam peningkatan kapasitas SDM kesehatan dibandingkan standar provinsi. Meskipun demikian, upaya peningkatan kompetensi perlu terus dipertahankan agar selaras dengan kebutuhan layanan dan perkembangan teknologi kesehatan.

Secara umum, realisasi kinerja RSUD AWS pada beberapa indikator strategis telah sejalan bahkan melampaui standar pemerintah provinsi dan nasional, khususnya pada indikator layanan kesekretariatan, pengelolaan keluhan, serta peningkatan kompetensi SDM kesehatan. Namun, pada indikator pemenuhan SPM RS, masih terdapat gap terhadap standar nasional, sehingga diperlukan penguatan berkelanjutan pada aspek fasilitas, SDM, dan proses pelayanan.

Dengan menetapkan target internal yang relatif lebih ambisius dibandingkan standar eksternal, RSUD AWS menunjukkan komitmen kuat terhadap peningkatan mutu layanan. Ke depan, fokus perlu diarahkan pada penyelarasan capaian dengan standar nasional serta optimalisasi pencapaian target internal secara konsisten dan berkelanjutan.

5. Analisis Atas Efisiensi Penggunaan Sumber Dana

Analisis efisiensi penggunaan sumber dana dilakukan untuk menilai sejauh mana anggaran yang dialokasikan mampu menghasilkan capaian kinerja yang optimal. Perbandingan antara tingkat capaian kinerja dengan persentase penyerapan anggaran memberikan gambaran mengenai efektivitas pengelolaan keuangan serta kualitas perencanaan dan pelaksanaan program.

Tabel 36
Efisiensi Penggunaan Sumber Dana
RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2025

NO	SASARAN KINERJA PROGRAM	INDIKAOTR KINERJA	SATUAN	TARGET 2025	REALISASI [%]	CAPAIAN [%]	% PENYERAPAN ANGGARAN	TINGKAT EFISIENSI
1	2	3	4	5	7	8	9	10
01	Tercapainya Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah	Indeks Kualitas Layanan Kesekretariatan	Indeks	82	92	112	95	11%
		Persentase Keluhan Pengguna Yang ditindaklanjuti	Persentase	100	100	100		
02	Capaian pemenuhan Fasilitas dan Layanan Kesehatan RS sesuai standar kelas Rumah Sakit	Persentase Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) RS	Persentase	89	87	98	93	5%
03	Tercapainya Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan	Persentase Sumber Daya Manuasi Kesehatan (SDMK) yang dilatih dan ditingkatkan kompetensinya	Persentase	68	76	112	93	19%

Sumber Data : Data Primer LKJIP tahun 2024

Berdasarkan Tabel 36, secara umum menunjukkan bahwa mayoritas program strategis RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2025 telah dikelola secara efisien, ditandai dengan capaian

kinerja yang tinggi disertai tingkat penyerapan anggaran yang relatif lebih rendah dibandingkan capaian outputnya.

1. Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah Program ini diukur melalui indikator Indeks Kualitas Layanan Kesekretariatan dan Persentase Keluhan Pengguna yang Ditindaklanjuti.

Capaian kinerja mencapai 112% dan 100%, dengan tingkat penyerapan anggaran sebesar 95%. Hasil perhitungan menunjukkan tingkat efisiensi sebesar 11%, yang mengindikasikan bahwa program mampu menghasilkan kinerja melampaui target dengan penggunaan anggaran yang lebih hemat. Kondisi ini mencerminkan pengelolaan anggaran yang efektif, didukung oleh perencanaan yang matang dan mekanisme pelaksanaan yang baik.

2. Program Pemenuhan Fasilitas dan Layanan Kesehatan sesuai Standar Kelas Rumah Sakit, Indikator Persentase Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) RS mencapai 98% dengan penyerapan anggaran sebesar 93%, sehingga menunjukkan tingkat efisiensi sebesar 5%.

Capaian ini menggambarkan bahwa sebagian besar target pelayanan dapat dicapai meskipun anggaran tidak terserap secara penuh. Hal tersebut menunjukkan adanya efisiensi dalam penggunaan sumber daya serta kemampuan unit pelaksana dalam mengoptimalkan anggaran yang tersedia.

3. Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan Indikator Persentase SDM yang dilatih dan ditingkatkan kompetensinya mencapai 112% dengan penyerapan anggaran sebesar 93%, sehingga menghasilkan tingkat efisiensi sebesar 19%. Angka ini menunjukkan bahwa program mampu memberikan hasil yang melampaui target dengan penggunaan anggaran yang relatif lebih rendah, yang menandakan efektivitas strategi pelatihan dan pengembangan SDM.

Berdasarkan ketiga program yang dianalisis, dapat disimpulkan bahwa **penggunaan anggaran RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2025 telah dikelola secara efisien**. Capaian kinerja yang tinggi dengan penyerapan anggaran yang tidak mencapai 100% bukan menunjukkan kekurangan, melainkan mencerminkan adanya penghematan dan optimalisasi penggunaan sumber daya. Ke depan, praktik pengelolaan anggaran yang efisien ini perlu

dipertahankan dan ditingkatkan, disertai penguatan perencanaan dan monitoring agar efisiensi tetap sejalan dengan peningkatan mutu pelayanan.

6. Analisis Kegiatan yang Menunjang Keberhasilan ataupun Kegagalan Pencapaian Kinerja Program

Untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang memengaruhi keberhasilan maupun kendala dalam pencapaian kinerja program Tahun 2025, dilakukan analisis terhadap program, kegiatan, dan sub kegiatan yang secara langsung mendukung target Perjanjian Kinerja. Analisis ini bertujuan untuk memberikan gambaran keterkaitan antara pelaksanaan kegiatan dengan capaian indikator, sehingga dapat diketahui kontribusi nyata masing-masing program terhadap hasil kinerja yang diperoleh.

Tabel 37
Program/Kegiatan yang Menunjang Keberhasilan Pencapaian Perjanjian Kinerja RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2025

Program, Kegiatan Dan Sub Kegiatan	Indikator Program, Kegiatan / Sub Kegiatan	Satuan Target	Kinerja		
			Target	Realisasi	Capaian
1	2	3	4	5	6
PROGRAM PENUNJANG URUSAN PEMERINTAHAN DAERAH PROVINSI	Indeks Kualitas Layanan Kesekretariatan	Indeks	82	92	112
	Persentase Keluhan Pengguna yang ditindaklanjuti	%	100	100	100
Perencanaan, Penganggaran, dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah	Jumlah Dokumen Perencanaan, Penganggaran dan Evaluasi Kinerja Rumah Sakit	Dokumen	51	51	100
Penyusunan Dokumen Perencanaan Perangkat Daerah	Jumlah Dokumen Perencanaan Perangkat Daerah	Dokumen	13	13	100
Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah	Jumlah Laporan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah	Laporan	38	38	100
Administrasi Keuangan Perangkat Daerah	Persentase Realisasi Anggaran Rumah Sakit	%	88	94	107
Penyediaan Gaji dan Tunjangan ASN	Jumlah Orang yang Menerima Gaji dan Tunjangan ASN	Orang/Bulan	2.116	2.104	99
Penyediaan Administrasi Pelaksanaan Tugas ASN	Jumlah Dokumen Hasil Penyediaan Administrasi Pelaksanaan Tugas ASN	Dokumen	4	4	100
Koordinasi dan Penyusunan Laporan Keuangan Akhir Tahun	Jumlah Laporan Keuangan Akhir Tahun SKPD dan Laporan Hasil Koordinasi Penyusunan Laporan	Laporan	1	1	100

Program, Kegiatan Dan Sub Kegiatan	Indikator Program, Kegiatan / Sub Kegiatan	Satuan Target	Kinerja		
			Target	Realisasi	Capaian
1	2	3	4	5	6
SKPD	Keuangan Akhir Tahun SKPD				
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	Laporan	12	12	100
Administrasi Barang Milik Daerah pada Perangkat Daerah	Jumlah Dokumen Administrasi Barang Milik Rumah Sakit	Dokumen	20	20	100
Pembinaan, Pengawasan, dan Pengendalian Barang Milik Daerah pada SKPD	Jumlah Laporan Hasil Pembinaan, Pengawasan, dan Pengendalian Barang Milik Daerah pada SKPD	Laporan	2	2	100
Administrasi Kepegawaian Perangkat Daerah	Jumlah Kegiatan Penunjang Administrasi Kepegawaian yang di penuh Rumah Sakit	Kegiatan	45	45	100
Pendataan dan Pengolahan Administrasi Kepegawaian	Jumlah Dokumen Pendataan dan Pengolahan Administrasi Kepegawaian	Dokumen	10	10	100
Monitoring, Evaluasi, dan Penilaian Kinerja Pegawai	Jumlah Dokumen Monitoring, Evaluasi, dan Penilaian Kinerja Pegawai	Dokumen	1	1	100
Sosialisasi Peraturan Perundang-Undangan	Jumlah Orang yang Mengikuti Sosialisasi Peraturan Perundang-Undangan	Orang	250	345	138
Bimbingan Teknis Implementasi Peraturan Perundang-Undangan	Jumlah Orang yang Mengikuti Bimbingan Teknis Implementasi Peraturan Perundang-Undangan	Orang	0	0	0
Administrasi Umum Perangkat Daerah	Jumlah Ketersediaan Penunjang Kegiatan Administrasi Umum yang di fasilitasi	Paket	90	90	100
Penyediaan Peralatan dan Perlengkapan Kantor	Jumlah Paket Peralatan dan Perlengkapan Kantor yang Disediakan	Paket	117	117	100
Penyediaan Peralatan Rumah Tangga	Jumlah Paket Peralatan Rumah Tangga yang Disediakan	Paket	3	3	100
Penyediaan Barang Cetak dan Penggandaan	Jumlah Paket Barang Cetak dan Penggandaan yang Disediakan	Paket	4	4	100
Penyelenggaraan Rapat Koordinasi dan Konsultasi SKPD	Jumlah Laporan Penyelenggaraan Rapat Koordinasi dan Konsultasi SKPD	Laporan	112	564	504
Pengadaan Barang Milik Daerah Penunjang Urusan Pemerintah Daerah	Jumlah Ketersediaan dari pengadaan barang dan penunjang milik RS	Unit	286	255	89
Pengadaan Mebel	Jumlah Paket Mebel yang	Paket	18	18	100

Program, Kegiatan Dan Sub Kegiatan	Indikator Program, Kegiatan / Sub Kegiatan	Satuan Target	Kinerja		
			Target	Realisasi	Capaian
1	2	3	4	5	6
	Disediakan				
Pengadaan Peralatan dan Mesin Lainnya	Jumlah Unit Peralatan dan Mesin Lainnya yang Disediakan	Unit	209	172	82
Pengadaan Sarana dan Prasarana Pendukung Gedung Kantor atau Bangunan Lainnya	Jumlah Unit Sarana dan Prasarana Pendukung Gedung Kantor atau Bangunan Lainnya yang Disediakan	Unit	65	65	100
Pemeliharaan Barang Milik Daerah Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah	Jumlah Unit Barang Penunjang Milik Rumah Sakit yang dilakukan pemeliharaan	Unit	34	34	100
Penyediaan Jasa Pemeliharaan, Biaya Pemeliharaan dan Pajak Kendaraan Perorangan Dinas atau Kendaraan Dinas Jabatan	Jumlah Kendaraan Perorangan Dinas atau Kendaraan Dinas Jabatan yang Dipelihara dan Dibayarkan Pajaknya	Unit	26	26	100
Pemeliharaan Peralatan dan Mesin Lainnya	Jumlah Peralatan dan Mesin Lainnya yang Dipelihara	Unit	4	4	100
Pemeliharaan/Rehabilitasi Gedung Kantor dan Bangunan Lainnya	Jumlah Gedung Kantor dan Bangunan Lainnya yang Dipelihara/Direhabilitasi	Unit	4	4	100
Peningkatan Pelayanan BLUD	Persentase Realisasi Target Anggaran Pendapatan dari layanan BLUD	%	89	107	120
Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	Jumlah BLUD yang Menyediakan Pelayanan dan Penunjang Pelayanan	UnitKerja	1	1	100
PROGRAM PEMENUHAN UPAYA KESEHATAN PERORANGAN DAN UPAYA KESEHATAN MASYARAKAT					
	Persentase capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) RS	%	89	87	98
Penyediaan Fasilitas Pelayanan, Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi	Nilai ASPAK/Tingkat Kelengkapan Data Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan (SPA)	Nilai	90	96	106
Pengadaan Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Layanan Kesehatan	Jumlah Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Layanan Kesehatan yang Disediakan	Unit	59	59	100
Pemeliharaan Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas	Jumlah Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Layanan Kesehatan yang Terpelihara Sesuai	Unit	2.260	2.050	91

Program, Kegiatan Dan Sub Kegiatan	Indikator Program, Kegiatan / Sub Kegiatan	Satuan Target	Kinerja		
			Target	Realisasi	Capaian
1	2	3	4	5	6
Layanan Kesehatan	Standar				
Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi	Persentase Angka Kunjungan Rawat Jalan yang terlayani	Persen	100	100	100
Pengelolaan Pelayanan Kesehatan Lingkungan	Jumlah Dokumen Hasil Pengelolaan Pelayanan Kesehatan Lingkungan	Dokumen	4	4	100
Operasional Pelayanan Rumah Sakit	Jumlah Dokumen Operasional Pelayanan Rumah Sakit	Dokumen	16	16	100
Penyelenggaraan Sistem Informasi Kesehatan Secara Terintegrasi	Persentase layanan RS terintegrasi secara sistem	%	60	60	100
Pengelolaan Sistem Informasi Kesehatan	Jumlah Dokumen Hasil Pengelolaan Sistem Informasi Kesehatan	Dokumen	26	26	100
PROGRAM PENINGKATAN KAPASITAS SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN	Persentase Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) yang dilatih dan ditingkatkan kompetensinya	%	68	76	112
Pengembangan Mutu dan Peningkatan Kompetensi Teknis Sumber Daya Manusia Kesehatan Tingkat Daerah Provinsi	Persentase peningkatan kompetensi karyawan melalui pelatihan 20 JPL/Thn di RS	%	66	72	109
Peningkatan Kompetensi dan Kualifikasi Sumber Daya Manusia Kesehatan	Jumlah Sumber Daya Manusia Kesehatan Kompetensi dan Kualifikasi Meningkat	Orang	850	1.615	190

Dari tabel 37, diatas dapat di gambarkan bahwa dalam pencapaian suatu program tentunya berasal dari capaian kinerja kegiatannya , akan ada beberapa kegiatan yang menunjang pencapaian suatu kinerja dan ada juga yang belum mencapai target program yang di buat , secara rinci dapat dijelaskan bahwa untuk :

1. Analisis Terhadap Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah

Dari data pada tabel 28 di atas, dapat disimpulkan bahwa capaian kinerja kegiatan dalam Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah sangat baik secara keseluruhan. Beberapa kegiatan mencapai 100%, dan ada beberapa kegiatan yang hampir mencapai target. Secara rinci, analisis dapat dijelaskan sebagai berikut:

a. Kegiatan yang Sangat Mendukung dengan Capaian Kinerja 100%:

Terdapat 6 kegiatan yang capaian kinerjanya mencapai 100%, menunjukkan bahwa pelaksanaan kegiatan berjalan dengan sangat baik dan sesuai dengan target yang ditetapkan. Beberapa kegiatan tersebut meliputi:

1. Perencanaan, Penganggaran, dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah:
 - a) Penyusunan Dokumen Perencanaan Perangkat Daerah (13 dokumen)
 - b) Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah (38 Laporan)
2. Administrasi Keuangan Perangkat Daerah:
 - a) Penyediaan gaji dan tunjangan ASN untuk 2116 orang.
 - b) Penyediaan administrasi pelaksanaan tugas ASN (4 dokumen).
 - c) Koordinasi penyusunan laporan keuangan akhir tahun SKPD (1 laporan).
 - d) Koordinasi dan Penyusunan Laporan Keuangan Bulanan/Triwulanan/Semesteran SKPD (12 Laporan).
3. Administrasi Barang Milik Daerah Pada Perangkat Daerah
 - a) Pembinaan, pengawasan dan pengendalian barang milik daerah pada SKPD (2 laporan)
4. Administrasi Kepegawaian Daerah :
 - a) Pendataan dan Pengolahan Administrasi Kepegawaian (10 dokumen).
 - b) Monitoring, Evaluasi, dan Penilaian Kinerja Pegawai (1 dokumen)
 - c) Sosialisasi Peraturan Perundang-Undangan (250 Orang)
5. Administrasi Umum Perangkat Daerah:
 - a) Penyediaan Peralatan dan Perlengkapan Kantor Penyediaan barang cetakan dan penggandaan (117 paket).
 - b) Penyediaan Peralatan Rumah Tangga (3 paket)
 - c) Penyediaan Peralatan Rumah Tangga Penyediaan Barang Cetak dan Penggandaan (4 paket)
 - d) Penyelenggaraan rapat koordinasi dan konsultasi SKPD (112 laporan).
6. Pengadaan Barang Milik Daerah Penunjang Urusan Pemerintah Daerah:
 - a) Pengadaan Mebel (18 paket)
 - b) Pengadaan Sarana dan Prasarana Pendukung Gedung Kantor atau Bangunan Lainnya (65 Unit)

7. Pemeliharaan Barang Milik Daerah Penunjang Urusan Pemerintah Daerah:
 - a) Penyediaan Jasa Pemeliharaan, Biaya Pemeliharaan dan Pajak Kendaraan Perorangan Dinas atau Kendaraan Dinas Jabatan (26 Unit)
 - b) Pemeliharaan Peralatan dan Mesin Lainnya (4 Unit)
 - c) Pemeliharaan/Rehabilitasi Gedung Kantor dan Bangunan Lainnya (4 Unit)

8. Peningkatan Pelayanan BLUD:

- a) *Pelayanan dan penunjang pelayanan BLUD (1 unit kerja).*

Dari ke delapan (8) kegiatan ini menunjukkan efektivitas dan efisiensi sistem manajemen serta pelaksanaan yang sangat baik. Hal ini mencerminkan bahwa target yang telah ditetapkan berhasil dicapai dengan optimal.

- b. Kegiatan yang Hampir Mencapai Target:**

Terdapat 1 kegiatan yang mendekati target dengan capaian antara 80%-97%, di antaranya:

1. Pengadaan Barang Milik Daerah Penunjang Urusan Pemerintah Daerah:

- a) Pengadaan Peralatan dan Mesin Lainnya (209unit)

Dari satu (1) Kegiatan ini menunjukkan bahwa meskipun target belum sepenuhnya tercapai, realisasi kinerjanya masih cukup tinggi dan mendekati target yang diharapkan.

Dari analisis ini, dapat disimpulkan bahwa sementara sebagian besar kegiatan mencapai target kinerja dengan baik, masih ada ruang untuk perbaikan dalam mencapai target yang telah ditetapkan untuk kegiatan tertentu. Evaluasi mendalam terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja dalam kedua kegiatan yang belum mencapai target dapat membantu untuk menentukan langkah-langkah perbaikan yang diperlukan untuk meningkatkan kinerja ke depannya.

- 2. Analisis Terhadap Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) Dan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM)**

Dari data pada tabel di atas, dapat disimpulkan bahwa capaian kinerja kegiatan dalam Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat cukup baik secara keseluruhan. Beberapa kegiatan mencapai 98%, dan

ada beberapa kegiatan yang hampir mencapai target. Secara rinci, analisis dapat dijelaskan sebagai berikut:

b. Kegiatan yang Sangat Mendukung dengan Capaian Kinerja 100%

Terdapat 3 kegiatan yang capaian kinerjanya mencapai **100%**, menunjukkan bahwa pelaksanaan kegiatan berjalan dengan sangat baik dan sesuai dengan target yang telah ditetapkan. Beberapa kegiatan tersebut meliputi:

1. **Penyediaan Fasilitas Pelayanan, Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM, dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi.** Nilai ASPAK/Tingkat Kelengkapan Data Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan (SPA) (capaian 100%)
2. **Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM, dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi.** Persentase angka kunjungan rawat jalan yang terlayani (100%)
3. **Penyelenggaraan Sistem Informasi Kesehatan Secara Terintegrasi.** Persentase layanan RS yang terintegrasi secara sistem (capaian 100%)

Ke tiga (3) kegiatan ini menunjukkan efektivitas dan efisiensi dalam pelaksanaan program. Hal ini mencerminkan bahwa sistem manajemen dan sumber daya yang ada berhasil mendukung pelaksanaan kegiatan secara optimal.

c. Kegiatan yang Hampir Mencapai Target

Terdapat 1 kegiatan yang mendekati target dengan capaian antara 80%-99%, yaitu: Pemeliharaan Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Layanan Kesehatan dengan Jumlah alat kesehatan/alat penunjang medik fasilitas layanan kesehatan yang disediakan. Capaian: 91% (2.050 unit dari target 2.260 unit) alat yang dikalibrasi

kegiatan ini terdapat sedikit gap dengan target yang telah ditetapkan. Realisasi yang hampir mencapai target ini menunjukkan bahwa pelaksanaan kegiatan berjalan secara efektif, namun masih membutuhkan sedikit penyesuaian untuk mencapai target penuh.

Seluruh kegiatan dalam Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat telah mencapai target dengan sangat baik. Terdapat 3 **kegiatan** yang mencapai capaian kinerja **100%**, Secara keseluruhan,

program ini menunjukkan performa yang baik dalam mendukung tujuan strategis RSUD untuk memberikan pelayanan kesehatan yang optimal kepada Masyarakat.

3. Analisis Terhadap Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan

Dari data pada tabel di atas, dapat disimpulkan bahwa capaian kinerja kegiatan dalam Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan cukup baik secara keseluruhan telah mencapai 100%.

7. Analisis Penyebab Keberhasilan/Kegagalan Atau Peningkatan/Penurunan Kinerja Serta Alternatif Solusi Yang Telah Dan Akan Dilakukan

Sebagai tindak lanjut dari uraian capaian kinerja pada masing-masing sasaran strategis, diperlukan gambaran yang lebih rinci mengenai capaian kinerja pada tingkat program, kegiatan, dan subkegiatan yang dilaksanakan oleh rumah sakit. Penyajian capaian ini bertujuan untuk menunjukkan sejauh mana setiap program dan kegiatan yang tertuang dalam Rencana Strategis (Renstra) telah diimplementasikan serta memberikan kontribusi nyata terhadap pencapaian tujuan dan sasaran rumah sakit.

Data capaian kinerja per kegiatan diperoleh dari hasil monitoring dan evaluasi pelaksanaan program pada Triwulan IV Tahun 2025, yang selanjutnya diolah menjadi persentase capaian dengan membandingkan antara target dan realisasi masing-masing indikator kinerja. Melalui penyajian ini, diharapkan dapat terlihat secara lebih jelas tingkat keberhasilan pelaksanaan program, sekaligus menjadi dasar dalam mengidentifikasi area yang perlu dipertahankan maupun ditingkatkan pada periode selanjutnya.

Capaian yang menggambarkan bahwa subkegiatan dalam Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Provinsi secara umum telah mendukung terwujudnya layanan publik yang responsif serta tata kelola administrasi yang semakin baik. Namun demikian, masih terdapat subkegiatan yang belum mencapai target kinerja dan serapan anggaran secara optimal, yaitu Pengadaan Peralatan dan Mesin Lainnya, dengan target 209 unit terealisasi 172 unit dan realisasi anggaran sebesar 82%. Subkegiatan ini memiliki peran penting dalam mendukung kelancaran operasional dan mutu pelayanan, sehingga keterbatasan realisasi berpotensi memengaruhi efektivitas pelaksanaan layanan.

Jenis alat yang tidak dapat terpenuhi hingga akhir tahun meliputi:

- 1) Pompa Mixed Flow
- 2) mesin pompa celup phase

Tidak bisa terpenuhi karena :

- a. Merupakan paket pekerjaan Pengadaan Barang,
 - b. Belum berkontrak dan
 - c. Dibutuhkan penyesuaian terhadap jenis, spesifikasi dan kelengkapan lainnya yang merupakan satu kesatuan sehingga diperlukan penyusunan perencanaan kebutuhan yang sesuai dengan kondisi terkini,
- 3) Fire Alarm
 - 4) Optical Time Domain Reflectometer. Batal dilaksanakan karena terjadi kenaikan harga barang dan merupakan produk import

Rencana Tindak Lanjut :

- 1) Melakukan identifikasi spesifikasi barang secara lebih detail, terutama untuk barang dengan penyedia terbatas.
- 2) Melakukan sharing informasi dengan rumah sakit lain yang telah menggunakan alat sejenis.
- 3) Memperhitungkan dampak inflasi dan kondisi ekonomi global dalam penyusunan anggaran.
- 4) Menetapkan estimasi harga yang lebih realistis dengan menyediakan buffer anggaran.

Capaian yang menunjukkan bahwa subkegiatan dalam Program Pemenuhan UKP dan UKM secara umum telah berkontribusi terhadap peningkatan standar dan mutu pelayanan rumah sakit.

Beberapa subkegiatan yang memengaruhi capaian antara lain:

- 1) Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Layanan Kesehatan yang Terpelihara Sesuai Standar (Kalibrasi alat), dengan target 2.260 namun terealisasi 2.050 alat dengan alasan:

- a. Karena ada beberapa alat yang dikalibrasi oleh vendor yang bersangkutan contoh Bio Septic Cabinet (BSC) dari ESCO
 - b. Ada beberapa alat yang baru dikalibrasi (waktunya belum mencapai 1 tahun)
- 2) Pada sub kegiatan Pengelolaan Pelayanan Kesehatan Lingkungan :
- a. Dukumen DLH tidak terlaksana karena masih menunggu penetapan regulasi baru dari DLH Provinsi
 - b. Pengadaan Pompa yang dibutuhkan spesifikasi pompa tidak sesuai dengan yang dibutuhkan.
- Semua kegiatan telah dilaksanakan namun penyerapan anggaran terserap 58%
- 3) Pada Sub Kegiatan sistem informasi kesehatan Pengadaan barang import (microtic) dan harganya melebihi pagu anggaran, sehingga kegiatan tidak bisa dilaksanakan dan anggran terserap 70%

Rencana Tindak Lanjut :

- 1) Menentukan rekanan kalibrasi yang mampu menangani berbagai jenis dan merek alat.
- 2) Menyusun jadwal kalibrasi lebih awal pada awal tahun anggaran.
- 3) Mengajukan dokumen DLH sejak trimester pertama.
- 4) Melakukan survei dan studi banding spesifikasi teknis pompa.
- 5) Memilih penyedia barang/jasa sistem informasi yang sesuai kebutuhan dan kompeten.

Capaian yang menunjukkan bahwa subkegiatan dalam Program peningkatan Kapasitas SDM RS. Hal ini menunjukkan bahwa secara output indikator telah tercapai sangat baik. Namun demikian, dari sisi proses pelaksanaan masih terdapat beberapa tantangan yang memengaruhi optimalisasi program peningkatan kapasitas SDM serta pengembangan penelitian di rumah sakit.

- 1) **Tahun 2025 ini** Rumah sakit memprioritaskan pelatihan yang bersifat **mandatori** padatnya pelatihan dengan spektrum luas di bidang medis yang diikuti oleh peserta dari berbagai rumah sakit bahkan Internasional. Kondisi ini, ditambah dengan keterbatasan jumlah SDM yang memiliki tugas pokok dan fungsi di bidang pengelolaan pelatihan, menyebabkan beberapa pelatihan lain harus **bergeser**

jadwalnya, sehingga terjadi **akumulasi pelatihan di akhir tahun**, bahkan sebagian dapat melampaui tahun anggaran berjalan.

- 2) Adanya **perubahan regulasi** terkait penerbitan sertifikat pelatihan yang hanya dapat dilakukan melalui **satu kanal dari Kementerian Kesehatan** dan seluruh pelatihan harus **terkoneksi dengan platform Plataran Sehat**, sehingga memerlukan penyesuaian proses perencanaan, pelaksanaan, dan pelaporan.
- 3) **Minat sebagian pegawai untuk mengikuti seminar, workshop, dan sharing session masih relatif rendah**, serta pada sisi lain banyak kegiatan tersebut dilaksanakan pada **jam-jam sibuk pelayanan**, sehingga pegawai mengalami kesulitan untuk meninggalkan tugas layanan.
- 4) **Jumlah penelitian yang dilakukan di rumah sakit masih terbatas**, dan hingga saat ini **publikasi hasil penelitian belum optimal**. Keberadaan **Clinical Research Unit (CRU)** di rumah sakit sudah ada, namun masih berada pada tahap awal pengembangan program dan penguatan fungsi.

Rencana Tindak Lanjut :

- 1) Menyusun **roadmap dan kalender pelatihan tahunan** yang terintegrasi, dengan pemetaan pelatihan mandatori, pengembangan kompetensi, serta kegiatan ilmiah sejak awal tahun.
- 2) Mengatur penjadwalan pelatihan dan kegiatan ilmiah secara lebih fleksibel (misalnya di luar jam puncak pelayanan atau melalui metode daring/blended learning).
- 3) Mengusulkan **penambahan atau penugasan khusus SDM** pada fungsi diklat serta meningkatkan kapasitas pengelola pelatihan melalui bimbingan teknis.
- 4) Menyesuaikan seluruh perencanaan pelatihan dengan regulasi terbaru dan memastikan keterhubungan dengan **Plataran Sehat** sejak tahap perencanaan.
- 5) Memberikan **insentif non finansial** (hasil kinerja, angka kredit, atau penghargaan) bagi pegawai yang aktif mengikuti dan menyelenggarakan kegiatan peningkatan kompetensi.
- 6) Menguatkan peran **CRU** melalui penyusunan pedoman penelitian internal, pendampingan proposal penelitian, serta fasilitasi kolaborasi dengan institusi pendidikan dan jejaring penelitian.

- 7) Mendorong dan memfasilitasi **publikasi hasil penelitian**, baik pada jurnal nasional maupun forum ilmiah, sebagai bagian dari pengembangan budaya riset di rumah sakit.

D. ANALISIS CAPAIAN INDIKATOR KINERJA BLUD RS

Analisis Capaian Kinerja Non Keuangan dan Keuangan BLUD RS dari Perspektif Balance Score Card (BSC) Tahun 2025.

Berdasarkan Peraturan Menteri Dalam Negeri (Permendagri) No. 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (BLUD), tujuan utama pendirian BLUD adalah untuk meningkatkan efisiensi, efektivitas, dan pelayanan publik di sektor kesehatan melalui pengelolaan keuangan yang lebih transparan dan akuntabel. Dalam hal ini, rumah sakit yang berstatus BLUD diharapkan dapat memberikan pelayanan kesehatan yang optimal kepada masyarakat, serta mencapai target kinerja non-keuangan dan keuangan yang seimbang. Salah satu metode yang dapat digunakan untuk mengevaluasi kinerja tersebut adalah melalui perspektif Balance Score Card (BSC), yang mencakup empat aspek utama: keuangan, pelanggan, proses internal, dan pembelajaran serta pertumbuhan. Analisis capaian kinerja BLUD RS dari perspektif BSC tahun 2024 ini bertujuan untuk mengukur sejauh mana kinerja rumah sakit tersebut dalam memenuhi pencapaian kegiatan Badan Layanan Usaha Daerah (BLUD) yang tertuang dalam Program Kegiatan di dalam Perjanjian Kinerja Pimpinan RS sesuai regulasi tujuan yang telah ditetapkan

Dalam Rencana Startegi Bisnis RSUD Abdoel Wahab Sjahranie Tahun 2025-2030 tertuang Program Kerja BLUD secara rinci dengan mengelompokkan kedalam 4 perspektif yaitu : Evaluasi Kinerja Dari Perspektif Pembelajaran Dan Pertumbuhan (30%), Evaluasi Kinerja Dari Perspektif Proses Layanan Internal (20%), Evaluasi Kinerja Dari Perspektif Pelanggan (30%), Evaluasi Kinerja Dari Perspektif Keuangan (20%), dan akan dirinci pada penjelasan dibawah ini.

Evaluasi Kinerja BLUD RSUD A. Wahab Sjahranie Tahun 2025 diselenggarakan dengan pendekatan yang berbeda dibandingkan dengan evaluasi pada lima tahun sebelumnya. Perbedaan utama terletak pada **jumlah dan cakupan indikator yang dinilai**, di mana pada Tahun 2025 dilakukan penilaian terhadap **90 indikator kinerja**, sedangkan

pada periode sebelumnya penilaian hanya mencakup sekitar **20 indikator**. Perluasan indikator ini bertujuan untuk memperoleh gambaran kinerja yang lebih komprehensif, objektif, dan merepresentasikan seluruh aspek pengelolaan BLUD secara lebih utuh.

Pelaksanaan penilaian kinerja Tahun 2025 mengacu pada **Buku Modul Penyusunan dan Penilaian Laporan Kinerja BLUD Bidang Kesehatan** yang diterbitkan oleh **Direktorat Jenderal Bina Keuangan Daerah Tahun 2023**. Modul tersebut menjadi pedoman resmi dalam menetapkan metodologi, indikator, serta mekanisme penilaian kinerja BLUD di bidang kesehatan.

RSUD A. Wahab Sjahranie telah melaksanakan pengukuran kinerja sesuai dengan pedoman dimaksud, dan berdasarkan hasil pengukuran tersebut diperoleh capaian kinerja BLUD Tahun 2025 sebagaimana disajikan pada bagian berikut.

Tabel 38
Capaian Kinerja BLUD Berdasarkan 4 Perspektif Balance Score Card (BSC) Tahun 2025

No	Perspektif/ Aspek/ Subaspek/ Program/ Kegiatan/ Sub Kegiatan/ Aktivitas Lain	Skor Maks	Realisasi Skor Semester I	Realisasi Skor Semester II	Gap Realisasi Skor (3-5)
1	2	3	4	5	6
1	KINERJA DARI PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN	20,00	13,50	18,50	1,60
1.1	KINERJA ASPEK PELAYANAN				
1.1.1	SubAspek Pertumbuhan Pembelajaran	20,00	13,50	18,50	1,60
	Kecukupan Sumber Daya Manusia	2,00	1,60	1,60	0,40
	Rasio Ketersediaan Dokter Spesialis Dasar dan Penunjang	1,00	1,00	1,00	
	Rata-rata jam pelatihan Pegawai BLUD	2,00	0,50	2,00	
	Pelatihan 20 Jam Per Pegawai	2,00	0,50	2,00	
	Petugas Layanan Gawat Darurat Bersertifikat (PGD)	1,00	1,00	1,00	
	Program Reward and Punishment	1,00	1,00	1,00	
	Persentase Dokter Pendidikan Klinis Yang Mendapat TOT	1,00	0,25	0,75	0,25
	Kecukupan Sarana Medis	2,00	2,00	2,00	
	Pelayanan Pemeliharaan Saranan Rumah Sakit				
	i.1. Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat	1,00	0,75	0,75	0,25
	i.2 Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat	0,50	0,40	0,40	0,10

No	Perspektif/ Aspek/ Subaspek/ Program/ Kegiatan/ Sub Kegiatan/ Aktivitas Lain	Skor Maks	Realisasi Skor Semester I	Realisasi Skor Semester II	Gap Realisasi Skor (3-5)
1	2	3	4	5	6
	i.3 Peralatan Laboratorium dan Alat ukur yang Digunakan Dalam Pelayanan Terkalibrasi Tepat Waktu Sesuai dengan Ketentuan Kalibrasi	0,50	0,40	0,50	
	Pengembangan SIM RS	1,00	1,00	1,00	
	Pelayanan Administrasi Manajemen				
	k.1. Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Direksi	0,50	0,50	0,25	0,25
	k.2. Kelengkapan Laporan Kinerja BLUD	0,50	0,50	0,50	
	k.3. Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat	0,50	0,25	0,50	
	k.4. Ketepatan Waktu Pengurusan Gaji Berkala	0,50	0,10	0,25	0,25
	k.5. Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan	0,50	0,25	0,50	
	k.6. Ketepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap	0,50	0,50	0,50	
	k.7. Ketepatan Waktu Pemberian Imbalan (Insentif) Sesuai Kesepakatan Waktu Kenaikan Pendapatan RSD Per Pegawai	1,50	0,50	1,50	
2	KINERJA DARI PERSPEKTIF PROSES LAYANAN INTERNAL	30,00	21,25	22,05	7,95
2.1	KINERJA ASPEK PELAYANAN				
2.1.1	SubAspek Pertumbuhan Produktivitas	12,00	7,00	6,80	5,20
	Pertumbuhan Kunjungan Rawat Jalan	2,00	2,00	1,60	0,40
	Pertumbuhan Rata-Rata Kunjungan Gawat Darurat	1,00	0,60	0,60	0,40
	Pertumbuhan Kunjungan Rawat Inap	1,00	0,60	0,40	0,60
	Pertumbuhan Pemeriksaan Radiologi	1,00	0,60	0,80	0,20
	Pertumbuhan Pemeriksaan Laboratorium	1,00	0,00	0,00	1,00
	Pertumbuhan Operasi	1,00	0,40	0,60	0,40
	Pertumbuhan Rehab Medik	1,00	0,80	0,80	0,20
	Pertumbuhan peserta Didik Pendidikan Kedokteran	2,00	2,00	2,00	
	Pertumbuhan Penelitian yang dipublikasikan	2,00	0,00	0,00	2,00
2.1.2	SubAspek Efektivitas Pelayanan	18,00	14,25	15,25	2,75
	Kelengkapan Rekam Medik 24 Jam Selesai Pelayanan	2,00	2,00	2,00	
	Pengembalian Rekam medik	2,00	2,00	2,00	

No	Perspektif/ Aspek/ Subaspek/ Program/ Kegiatan/ Sub Kegiatan/ Aktivitas Lain	Skor Maks	Realisasi Skor Semester I	Realisasi Skor Semester II	Gap Realisasi Skor (3-5)
1	2	3	4	5	6
	Angka Pembatalan Operasi	2,00	2,00	2,00	
	Angka Kegagalan Hasil Radiologi	2,00	2,00	2,00	
	Penulisan Resep Sesuai Formularium/ Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	2,00	2,00	2,00	
	Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium	1,00	0,25	0,25	0,75
	Bed Occupancy Rate (BOR)	2,00	0,50	0,50	1,50
	Waktu Tunggu Hasil Laboratorium Kritis/ Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	1,00	1,00	1,00	
	Waktu Tunggu di Rawat Jalan	1,00	0,50	0,50	0,50
	Waktu Tanggap Darurat di IGD	1,00	0,25	1,00	
	Net Death Rate	1,00	0,75	1,00	
	Jumlah Pasien Penyakit Reproduksi yang sembuh/Tuntas	0,50	0,50	0,50	
	Keberadaan Layanan Geriatri	0,50	0,50	0,50	
3	KINERJA DARI PERSPEKTIF PELANGGAN	30,00	26,27	26,34	3,66
3.1	KINERJA MUTU DAN MANFAAT BAGI MASYARAKAT				
3.1.1	SubAspek Mutu Layanan	16,00	14,15	13,75	2,25
	a. Emergency Response Time Rate	1,00	0,80	0,40	0,60
	b. Waktu Tunggu Rawat Jalan	1,00	0,75	0,75	0,25
	Length Of Stay	1,00	1,00	1,00	
	Kecepatan Pelayanan Resep Obat Jadi	1,00	0,60	0,60	0,40
	Waktu Tunggu Sebelum Operasi/ Penundaan Operasi Elektif	1,00	1,00	1,00	
	Waktu Tunggu Hasil Laboratorium	1,00	1,00	1,00	
	Waktu Tunggu Hasil radiologi	1,00	1,00	1,00	
	Rujukan Keluar Rawat Inap	1,00	1,00	1,00	
	Retensi Pelanggan Rawat Jalan	1,00	1,00	1,00	
	Pasien Pulang Paksa (Pulang atas permintaan sendiri)	1,00	1,00	1,00	
	Kepatuhan Kebersihan Tangan	1,00	1,00	1,00	
	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri	1,00	0,80	0,80	0,20
	Kepatuhan Identifikasi Pasien	1,00	0,80	0,80	0,20
	Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergency	1,00	0,40	0,40	0,60
	Kepatuhan Waktu Visite Dokter	1,00	1,00	1,00	
	Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (Clinical Pathway)	1,00	1,00	1,00	

No	Perspektif/ Aspek/ Subaspek/ Program/ Kegiatan/ Sub Kegiatan/ Aktivitas Lain	Skor Maks	Realisasi Skor Semester I	Realisasi Skor Semester II	Gap Realisasi Skor (3-5)
1	2	3	4	5	6
3.1.2	SubAspek Mutu Klinik	6,00	5,40	5,10	0,90
	Angka Kematian di Gawat darurat	1,00	1,00	1,00	
	Angka Kematian/Kebutaan > 48 Jam	0,50	0,40	0,50	
	Post Operative Death Rate	0,50	0,50	0,50	
	Angka Infeksi Nosokomial Dekubitus	0,50	0,50	0,50	
	Angka Infeksi Nosokomial Phlebitis	0,50	0,50	0,50	
	Angka Infeksi Nosokomial Saluran kemih (ISK)	0,50	0,50	0,50	
	Angka Infeksi Nosokomial Luka Operasi (ILO)	0,50	0,50	0,50	
	Rasio Insidensi TB	0,50	0,40	0,40	0,10
	Angka Prevalensi Kusta	0,50	0,50	0,50	
	Angka Kematian Ibu di Rumah Sakit	0,50	0,10	0,10	0,40
	Angka Kematian Bayi	0,50	0,50	0,10	0,40
3.1.3	SubAspek Kepedulian Pada Masyarakat dan Pelanggan	6,00	4,72	5,49	0,51
	a. Rasio Tempat tidur Kelas III (RTT)	1,00	1,00	1,00	
	Kecepatan Waktu Tanggap Komplain	1,00	1,00	1,00	
	Kepuasan Pasien				
	c.1. Kepuasan Pasien dihitung dengan Rumus	0,50	0,20	0,50	
	c.2. Kepuasan Pasien diukur dengan Menggunakan Indeks Kepuasan Pelanggan	0,50	0,22	0,22	0,33
	Pembinaan Kepada Pusat Kesehatan Masyarakat dan Sarana Kesehatan Lainnya	1,00	0,50	1,00	
	Penyuluhan Kesehatan	1,00	1,00	0,75	0,25
	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	1,00	0,80	0,80	0,20
3.1.4	Sub Aspek Kepedulian Terhadap Lingkungan	1,00	1,00	1,00	
	Pengolahan Baku Mutu Limbah Air	1,00	1,00	1,00	
3.1.5	SubAspek Akreditasi	1,00	1,00	1,00	
	Akreditasi Rumah Sakit	1,00	1,00	1,00	
	SKOR KINERJA NONKEUANGAN	80,00	61,02	66,89	13,11
4	KINERJA DARI PERSPEKTIF KEUANGAN	20,00	10,95	10,95	9,05
4.1.1	KINERJA MEMPEROLEH HASIL USAHA ATAU HASIL KERJA DARI LAYANAN YANG DIBERIKAN	8,00	2,95	2,95	5,05
	Periode Penagihan Piutang (Collection Period)	2,00	1,20	1,20	0,80

No	Perspektif/ Aspek/ Subaspek/ Program/ Kegiatan/ Sub Kegiatan/ Aktivitas Lain	Skor Maks	Realisasi Skor Semester I	Realisasi Skor Semester II	Gap Realisasi Skor (3-5)
1	2	3	4	5	6
	Perputaran Aset Tetap (Fixed Aset Turnover)	2,00	0,25	0,25	1,75
	Perputaran Persediaan (Inventory Turnover)	2,00	1,50	1,50	0,50
	Imbalan atas Aset Tetap (Retrun on Fixed Aset)	1,00	0,00	0,00	1,00
	Imbalan atas Ekuitas (Retrun on Equity)	1,00	0,00	0,00	1,00
4.1.2	KINERJA MEMENUHI SELURUH KEWAJIBAN JANGKA PENDEKNYA	4,00	3,00	3,00	1,00
	Rasio Kas (Cash Rasio)	2,00	2,00	2,00	
	Rasio Lancar (Current Rasio)	2,00	1,00	1,00	1,00
4.1.3	KINERJA MEMENUHI SELURUH KEWAJIBAN	4,00	2,00	2,00	2,00
	a. Rasio Kewajiban terhadap Aset	2,00	0,00	0,00	2,00
	b. Rasio Kewajiban terhadap Ekuitas	2,00	2,00	2,00	
4.1.4	KINERJA KEMAMPUAN PENERIMAAN DARI JASA LAYANAN UNTUK MEMBIAYAI PENGELUARAN	4,00	3,00	3,00	1,00
	a. Rasio Pendapatan BLUD non APBD - LO terhadap Biaya Operasional / Cost Recorvery Rate	2,00	2,00	2,00	
	b. Rasio Kemandirian	2,00	1,00	1,00	1,00
	SKOR KINERJA KEUANGAN	20	10,95	10,95	9,05
	TOTAL SKOR	100	71,97	77,84	5,55

Berdasarkan tabel 38 tersebut diatas dijelaskan bahwa

1. Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran

Peningkatan skor dari 13,50 menjadi 18,50 (gap 5,00) menunjukkan adanya perbaikan pada beberapa indikator, namun **kenaikan ini belum sepenuhnya mencerminkan penguatan fondasi SDM secara struktural**. Indikator merah pada **kecukupan SDM (gap 0,40)** secara jelas bersumber dari masih adanya kesenjangan antara kebutuhan SDM ideal berdasarkan Analisis Beban Kerja (ABK) dengan SDM yang tersedia. Permasalahan ini diperberat oleh **belum adanya rekrutmen tenaga baru**, yang secara eksplisit dipengaruhi oleh implementasi **UU ASN Nomor 20 Tahun 2023 Pasal 66 ayat (3)** yang membatasi penggunaan pegawai non-ASN setelah November 2025. Kondisi

ini menempatkan RSUD AWS dalam posisi sulit: kebutuhan layanan meningkat, sementara kapasitas penambahan SDM sangat terbatas.

Dampak dari kondisi tersebut tidak berdiri sendiri, tetapi tercermin pada indikator di perspektif lain, khususnya **waktu tunggu rawat jalan, waktu tanggap IGD, serta keterbatasan layanan penunjang**. Dengan SDM yang terbatas, rumah sakit terpaksa mengandalkan redistribusi internal yang berpotensi menurunkan konsistensi mutu pelayanan.

Indikator **persentase dokter pendidik klinis yang mendapat TOT (gap 0,25)** bukan disebabkan oleh ketidakpatuhan, melainkan oleh **ketiadaan kewajiban sertifikat TOT secara regulasi** serta belum terhimpunnya data pelatihan yang diselenggarakan oleh Universitas Mulawarman secara terintegrasi. Hal ini menunjukkan bahwa persoalan utama berada pada **manajemen data kompetensi**, bukan pada kualitas individu dokter pendidik klinis itu sendiri.

Pada subkegiatan **pemeliharaan sarana dan prasarana**, indikator **kecepatan respon kerusakan alat (gap 0,25)** dan **ketepatan waktu pemeliharaan alat (gap 0,10)** disebabkan oleh keterlambatan respon teknis, komunikasi yang belum efektif antara user dan tim teknis, keterbatasan sumber daya, serta kesulitan identifikasi kerusakan. Kondisi ini konsisten dengan fakta banyaknya alat kesehatan yang sudah tua, sering rusak, dan membutuhkan penanganan khusus. Dampak langsungnya terlihat pada perspektif proses layanan internal, terutama **pemeriksaan laboratorium dan radiologi** yang tidak dapat berjalan optimal.

Pada aspek administrasi, gap pada **tindak lanjut hasil pertemuan direksi** serta **ketepatan waktu pengurusan gaji berkala** disebabkan oleh hambatan birokrasi lintas level (terutama penandatanganan di tingkat provinsi), arsip kepegawaian yang belum terdigitalisasi, serta keterbatasan integrasi data di SIM ASN. Hambatan administratif ini berimplikasi pada lambatnya pengambilan keputusan strategis dan berkontribusi tidak langsung terhadap lemahnya kinerja keuangan.

2. Perspektif Proses Layanan Internal

Kenaikan skor yang sangat terbatas dari 21,25 menjadi 22,05 dengan gap besar 7,95 menunjukkan bahwa **kapasitas yang ada belum mampu dikonversi menjadi peningkatan produktivitas layanan**.

Pada **Subaspek Pertumbuhan Produktivitas, pemeriksaan laboratorium (gap 1,00)**. Berdasarkan data, stagnasi ini disebabkan oleh banyaknya alat laboratorium yang sudah lama dan discontinued, keterbatasan reagen, serta dihentikannya beberapa jenis pemeriksaan yang sebelumnya merupakan program pemerintah. Kondisi ini menyebabkan sebagian layanan laboratorium yang sebelumnya tersedia tidak dapat lagi diberikan, sehingga volume pemeriksaan menurun secara signifikan.

Masalah serupa terjadi pada **pertumbuhan pemeriksaan radiologi (gap 0,20)** yang dipengaruhi oleh seringnya error dan kerusakan alat seperti MRI dan CT-Scan, serta faktor eksternal berupa kerusakan fisik bangunan (penurunan lantai ruang MRI) yang mengganggu operasional alat. Dengan demikian, rendahnya pertumbuhan radiologi bukan disebabkan oleh kurangnya permintaan pasien, tetapi oleh keterbatasan kesiapan sarana.

Pertumbuhan kunjungan rawat inap (gap 0,60) dan BOR rendah (gap 0,50) dipengaruhi oleh beberapa faktor yang saling berkaitan menurunnya kunjungan IGD, perubahan kebijakan BPJS yang mengalihkan banyak tindakan ke rawat jalan, serta perubahan pola penyakit. Kondisi ini menunjukkan bahwa rendahnya BOR lebih disebabkan oleh **perubahan sistem layanan kesehatan**, bukan semata oleh penurunan minat masyarakat.

Pada indikator **pertumbuhan operasi (gap 0,40)**, penyebab utama adalah **kurangnya tenaga penata anestesi**, yang membatasi kemampuan rumah sakit untuk menambah jumlah tindakan operasi.

Tidak adanya **penelitian yang dipublikasikan (gap 2,00)** meskipun terdapat 7 penelitian yang telah selesai menunjukkan bahwa hambatan utama berada pada **proses publikasi dan koordinasi dengan institusi penerbit**, bukan pada aktivitas penelitian itu sendiri. Ini mengindikasikan lemahnya sistem pendukung akademik, yang berpotensi memengaruhi peran RSUD AWS sebagai rumah sakit pendidikan.

3. Perspektif Pelanggan

Meskipun skor perspektif pelanggan relatif tinggi (26,34), gap 3,66 menunjukkan adanya **area sensitif yang langsung dirasakan oleh pasien**.

Indikator **Emergency Response Time Rate (gap 0,60)** secara langsung disebabkan oleh **keterbatasan petugas triase** dimana saat ini petugas triase diisi oleh perawat

sehingga pasien tidak tertangani langsung oleh dokter jaga. Permasalahan ini konsisten dengan isu kecukupan SDM di perspektif pertumbuhan dan pembelajaran.

Masalah **waktu tunggu rawat jalan (gap 0,25)** tidak terlepas dari belum adanya kebijakan jam praktik DPJP yang baku, sehingga pasien melakukan registrasi sejak pagi meskipun pelayanan belum dimulai. Kondisi ini memperpanjang waktu tunggu tanpa meningkatkan kapasitas layanan.

Pada **kecepatan pelayanan resep obat jadi (gap 0,40)**, permasalahan bersumber dari dominasi resep manual, tulisan yang sulit dibaca, serta penumpukan resep pada jam sibuk. Ini menunjukkan bahwa bottleneck lebih bersifat sistemik (alur dan teknologi), bukan kinerja individu petugas farmasi.

Indikator **waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi (gap 0,60)** mencerminkan keterbatasan kesiapsiagaan tim dan koordinasi lintas unit. Data menunjukkan adanya beberapa kasus SC emergensi kategori 1 yang mengalami keterlambatan, yang beririsan dengan keterbatasan tenaga anestesi dan kesiapan kamar operasi.

Pada mutu klinik, **angka kematian ibu dan bayi** terjadi pada pasien rujukan dengan kondisi berat dan komorbid. Hal ini menegaskan posisi RSUD AWS sebagai rumah sakit rujukan kasus kompleks, namun tetap menunjukkan perlunya penguatan sistem rujukan.

Dengan target **indeks kepuasan pasien** sebesar 0,50 dan realisasi 0,44 terdapat gap 0,06 yang menunjukkan bahwa capaian sudah mendekati standar yang ditetapkan. Selisih yang kecil ini mengindikasikan bahwa mutu pelayanan secara umum telah berjalan baik, namun masih terdapat beberapa aspek pengalaman pasien yang perlu disempurnakan, seperti **waktu tunggu pelayanan, kenyamanan sarana dan prasarana pelayanan, serta kapasitas lahan parkir**. Gap tersebut menjadi ruang perbaikan yang realistis untuk memastikan kualitas layanan semakin stabil dan mampu memenuhi target kinerja pada periode berikutnya.

4. Perspektif Keuangan

Skor keuangan yang stagnan di 10,95 dengan gap 9,05 menunjukkan bahwa masalah keuangan merupakan konsekuensi langsung dari keterbatasan operasional.

Rendahnya fixed asset turnover (gap 1,75), return on fixed asset (gap 1,00), dan return on equity (gap 1,00) secara konsisten disebabkan oleh banyaknya alat kesehatan dan sarana penunjang yang tidak berfungsi optimal akibat usia tua dan kerusakan berulang. Aset bernilai tinggi tidak mampu menghasilkan pendapatan maksimal karena kapasitas layanan tidak dapat dimanfaatkan penuh.

Tingginya piutang BPJS (79% dari total piutang tahun 2025) menjelaskan gap pada collection period dan berkontribusi pada current ratio yang belum optimal. Ketergantungan terhadap APBD untuk menutup biaya operasional menunjukkan bahwa kemandirian finansial RSUD AWS belum tercapai.

Tabel 39
Hasil Rekapitulasi Evaluasi Hasil Kinerja BLUD
RSUD Abdoel Wahab Sjahranie, Tahun 2025

No	Perspektif BSC	Nilai Audit BPKP		Nilai Asesment RS	Naik/Turun Dari Tahun Sebelumnya
		Bobot	Tahun 2024	Tahun 2025	
1	2	3	4		5
1	Pertumbuhan dan Pembelajaran	20	13,95	18,50	4,45
2	Proses Pelayanan Internal	30	23,25	22,05	-1,20
3	Pelanggan	30	27,00	26,34	-0,66
4	Keuangan	20	7,55	10,95	3,40
	Total Nilai	100	71,75	77,84	6,09
	Klasifikasi		Baik (BB)	Baik (BB)	

Catatan :

Total nilai menjadi dasar untuk mengklasifikasikan capaian:

Skor >90 dikategorikan AA.

80 ≤ Skor < 90 dikategorikan A.

70 ≤ Skor < 80 dikategorikan BB.

60 ≤ Skor < 70 dikategorikan B.

Skor < 60 dikategorikan C.

- AA = Memuaskan
- A = Sangat Baik
- BB = Baik
- B = Cukup
- C = Kurang

Berdasarkan Tabel 39, hasil rekapitulasi evaluasi kinerja BLUD RSUD Abdoel Wahab Sjahranie menunjukkan adanya peningkatan kinerja secara keseluruhan pada Tahun 2025 dibandingkan Tahun 2024. Total nilai kinerja meningkat dari 71,97 pada Tahun 2024 menjadi 77,84 pada Tahun 2025, atau mengalami kenaikan sebesar 6,09 poin. Pencapaian tersebut menempatkan kinerja BLUD RSUD Abdoel Wahab Sjahranie tetap berada pada klasifikasi Baik (BB), sesuai dengan kriteria penilaian yang menetapkan skor $70 \leq \text{Skor} < 80$ sebagai kategori Baik.

Peningkatan paling signifikan terjadi pada perspektif **Pertumbuhan dan Pembelajaran**, dengan kenaikan nilai dari 13,95 menjadi 18,50. Hal ini mencerminkan adanya perbaikan pada aspek pengembangan sumber daya manusia, penguatan sistem pendukung organisasi, serta upaya peningkatan kapasitas institusi dalam mendukung pencapaian kinerja berkelanjutan. Selain itu, perspektif **Proses Pelayanan Internal** juga mengalami penurunan dari 23,25 menjadi 22,05.

Pada perspektif **Pelanggan**, mengalami penurunan dari 27,00 menjadi 26,34. Penurunan ini menunjukkan bahwa secara umum tingkat kepuasan dan persepsi pelanggan masih berada pada kategori baik, namun tetap memerlukan perhatian dan penguatan strategi peningkatan mutu pelayanan agar kinerjanya dapat terus ditingkatkan. Sementara itu, perspektif **Keuangan** menunjukkan kenaikan dari 7,55 naik menjadi 10,95 masih terdapat ruang untuk optimalisasi dalam aspek efisiensi, efektivitas, dan kemandirian keuangan.

Pada dasarnya, penilaian yang dilakukan oleh BPKP maupun asesmen internal rumah sakit menggunakan instrumen dan panduan yang sama, yaitu **Modul Penyusunan dan Penilaian Laporan Kinerja BLUD Bidang Kesehatan Tahun 2023** yang diterbitkan oleh Direktorat Jenderal Bina Keuangan Daerah. Adanya perbedaan hasil antara evaluasi BPKP Tahun 2024 dan asesmen internal RS Tahun 2025 lebih disebabkan oleh perbedaan periode penilaian, ketersediaan dan kelengkapan data pendukung, serta dinamika perbaikan kinerja yang telah dilakukan rumah sakit sepanjang Tahun 2025. Dengan demikian, hasil asesmen Tahun 2025 dapat dipandang sebagai gambaran terkini atas capaian kinerja BLUD, sekaligus menjadi

dasar dalam merumuskan langkah-langkah perbaikan berkelanjutan pada setiap perspektif Balanced Scorecard.

Tabel 40
Rekapitulasi Kinerja Umum Operasional Non Keuangan dan Keuangan
RSUD Abdoel Wahab Sjahranie, Tahun 2025

Perspektif / Aspek / Subaspek / Program / Kegiatan / Subkegiatan / Aktivitas Lain	Skor RSUD AWS Semester II	Skor Maks Rs Daerah Pendidikan
1	2	3
Skor Kinerja Non Keuangan	66,89	80
Skor Kinerja Keuangan	10,95	20
Total Skor	77,84	100

Berdasarkan Tabel 40, total skor kinerja RSUD Abdoel Wahab Sjahranie pada Tahun 2025 mencapai 77,84 dari skor maksimal 100, yang menempatkan kinerja rumah sakit dalam kategori Baik (BB). Capaian tersebut merupakan akumulasi dari skor kinerja non keuangan sebesar 66,89 dari skor maksimal 80, serta skor kinerja keuangan sebesar 10,95 dari skor maksimal 20.

Skor kinerja non keuangan yang mencapai lebih dari delapan puluh persen dari skor maksimal mencerminkan bahwa sebagian besar aspek operasional rumah sakit, termasuk mutu pelayanan, proses internal, kepuasan pelanggan, serta pengembangan sumber daya manusia, telah berjalan dengan baik dan menunjukkan kecenderungan perbaikan. Namun demikian, masih terdapat ruang peningkatan pada beberapa subaspek, terutama yang berkaitan dengan penguatan sistem, konsistensi implementasi standar, serta optimalisasi kinerja lintas unit.

Sementara itu, skor kinerja keuangan sebesar 10,95 dari skor maksimal 20 menunjukkan bahwa kinerja keuangan RSUD Abdoel Wahab Sjahranie berada padatingkat cukup stabil, namun belum sepenuhnya optimal. Kondisi ini mengindikasikan perlunya penguatan strategi dalam meningkatkan efisiensi belanja, efektivitas pemanfaatan anggaran, peningkatan pendapatan BLUD, serta pengelolaan kas dan piutang secara lebih akuntabel.

Secara keseluruhan, kombinasi antara capaian kinerja non keuangan dan keuangan menghasilkan total skor 77,84, yang mengonfirmasi bahwa kinerja umum operasional RSUD Abdoel Wahab Sjahranie pada Tahun 2025 berada pada kategori Baik. Hasil ini menjadi dasar bagi manajemen untuk terus mendorong perbaikan berkelanjutan, baik pada aspek pelayanan maupun tata kelola keuangan, guna meningkatkan kualitas kinerja rumah sakit pada periode berikutnya.

E. ANALISIS CAPAIAN KINERJA MUTU RS (HOSPITAL QUALITY PERFORMANCE)

1. Analisis Perbandingan Capaian Kinerja Pelayanan

a. Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM)

Tabel 41
Capaian Kinerja Standar Pelayanan Minimal (SPM)
dari Beberapa Tahun Sebelumnya

No	Pelayanan/Target Indikator	Target	Capaian	Target	Capaian
		2024		2025	
		88,00%	86,96%	89,00%	87,34%
		Target Indikator	Capaian	Target Indikator	Capaian
1	Pelayanan IGD	11	77,12%	11	97,40%
2	Pelayanan Ambulans Gawat Darurat (AGD)	9	88,00%	9	87,00%
3	Pelayanan Hemodialisa	8	85,92%	8	80,25%
4	Pelayanan Rawat Jalan	10	94,13%	10	96,34%
5	Pelayanan Rawat Jalan Executive Sakura	10	85,72%	10	99,00%
6	Pelayanan Rawat Inap	14	85,90%	14	98,78%
7	Pelayanan Rawat Inap Sakura	14	91,76%	14	96,29%
8	Pelayanan Persalinan dan perinatologi	12	92,27%	12	92,05%
9	Pelayanan Bedah Sentral	12	99,99%	12	91,67%
10	Pelayanan Anestesi	7	82,16%	7	75,75%
11	Pelayanan Intensif	7	86,94%	7	91,74%
12	Pelayanan Radiologi	7	98,90%	7	83,43%
13	Pelayanan Radioterapi	7	81,12%	7	79,31%
14	Pelayanan Kedokteran Nuklir	7	99,12%	7	99,83%
15	Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik	10	97,39%	10	88,90%
16	Pelayanan Laboratorium Patologi Anatomi	11	84,13%	11	82,62%
17	Pelayanan Lab. Tranfusi darah	5	93,40%	5	93,80%
18	Pelayanan Rehabilitasi Medik	5	80,04%	5	89,22%
19	Pelayanan Farmasi	8	108,51%	8	114,36%
20	Pelayanan Gizi	12	97,75%	12	102,68%
21	Pelayanan Rekam Medik	6	62,72%	6	67,63%

No	Pelayanan/Target Indikator	Target	Capaian	Target	Capaian
		2024		2025	
		88,00%	86,96%	89,00%	87,34%
		Target Indikator	Capaian	Target Indikator	Capaian
22	Pelayanan Kesling Pengelolaan Limbah	5	94,60%	5	98,60%
23	Pelayanan Kesling Pengelolaan kebersihan Gedung dan Taman	5	100,00%	5	97,00%
24	Pelayanan Ambulan Jenazah (Mobil Jenazah)	7	93,23%	7	97,43%
25	Pelayanan Pemulasaraan Jenazah	7	95,29%	7	100,00%
26	Pelayanan Laundry	9	100,00%	9	89,00%
27	Pelayanan CSSD	11	78,78%	11	77,45%
28	Pelayanan Pemeliharaan sarana RS & Elektromedik	6	80,37%	6	76,97%
29	Pelayanan Humas	5	89,50%	5	86,48%
30	Pelayanan Pengelolaan Air Bersih	4	87,50%	4	83,33%
31	Pelayanan Pencegahan dan pengendalian Infeksi	6	92,00%	6	93,83%
32	Pelayanan Keamanan	6	83,33%	6	100,00%
33	Pelayanan Administrasi Manajemen	16	93,26%	16	91,49%
34	Pelayanan Satuan Audit Internal	8	94,81%	8	87,34%
35	Pelayanan PKRS	10	82,65%	10	86,80%
36	Pelayanan Mutu profesionalisme (Komite Medik)	7	96,57%	7	83,33%
37	Komite Keperawatan	6	99,40%	6	114,83%
38	Komite PMKP(KOMITE MUTU)	3	92,91%	3	99,30%
39	Pelayanan komite koordinasi pendidikan (komkordik)	9	85,89%	9	87,18%
40	Pelayanan K3RS	16	75,13%	16	77,95%
41	Pelayanan Komite etik & hukum	8	100,00%	8	0,00%
42	Komite Etik dan Penelitian Kesehatan	5	62,80%	5	0,00%
43	Komite PPRA	6	75,73%	6	58,39%
44	Pelayanan Medical Check UP	8	99,23%	8	95,50%
45	Bidang Keperawatan	7	68,34%	7	65,84%
46	Pelayanan Medis	7	98,75%	7	74,25%
47	Pelayanan Fertilitas	26	81,13%	26	80,98%
		405	86,96	405	87,34

Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) merupakan ukuran yang ditetapkan oleh pemerintah untuk memastikan setiap fasilitas pelayanan kesehatan mampu memberikan layanan yang aman, berkualitas, dan terjangkau sesuai dengan standar yang berlaku. Landasan hukum terkait SPM diatur dalam **Permenkes Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan**, yang mengarahkan fasilitas kesehatan untuk mencapai target kinerja sesuai kebutuhan pelayanan dasar masyarakat.

Berdasarkan data yang ada dalam tabel 36, sebagian besar indikator pelayanan di rumah sakit menunjukkan hasil yang baik dengan capaian di atas 80%. Beberapa pelayanan, seperti Pelayanan Bedah Sentral (91,67%), Pelayanan Kedokteran Nuklir (99,83%), dan Pelayanan farmasi(100%), menunjukkan capaian yang sangat baik, melampaui target yang ditetapkan. Sebagian besar unit lainnya, seperti Pelayanan Rawat Jalan, Pelayanan IGD, dan Pelayanan Gizi, juga mencatatkan hasil yang sangat memuaskan dengan capaian lebih dari 90%.

Namun, beberapa indikator mengalami penurunan capaian dibandingkan dengan target, seperti Pelayanan Pemeliharaan SARpras yang hanya mencapai 76,97% dibandingkan dengan capaian tahun sebelumnya yaitu 80,37. Selain itu, Pelayanan Komite PPRA dan Bidang Keperawatan memiliki capaian yang lebih rendah (di bawah 80%), yakni 58,39% dan 65,84%, yang menunjukkan adanya masalah yang perlu diatasi dalam proses pelayanan.

Beberapa layanan juga tercatat dengan capaian di bawah 60%, seperti Komite PPRA(58,39%) dan beberapa lainnya yang mungkin memerlukan perhatian khusus dalam pelaksanaannya. Beberapa nilai 0 pada laporan seperti pada Komite Etik & Hukum, Komite etik dan penelitian Kesehatan menunjukkan bahwa laporan untuk tahun tersebut belum disampaikan, yang sebaiknya ditindaklanjuti segera

Secara keseluruhan, capaian kinerja pada tahun ini menunjukkan kenaikan sebesar **1%** dibandingkan dengan tahun sebelumnya. Realisasi capaian SPM mencapai **87%** dari target tahun 2024 yang telah ditetapkan dalam Rencana Strategis (Renstra) Rumah Sakit yaitu **89%**. Meskipun belum mencapai target yang diharapkan, capaian ini menunjukkan adanya perbaikan dalam berbagai aspek pelayanan.

Beberapa yang menjadi permasalahan yang menjadi alasan dalam pencapaian SPM RS . Sebagian besar permasalahan yang telah diidentifikasi telah ditindaklanjuti secara bertahap melalui berbagai langkah strategis. Upaya perbaikan terus dilakukan, baik dalam hal peningkatan sumber daya manusia, pemenuhan sarana dan prasarana, serta optimalisasi sistem pelayanan. Beberapa program pengembangan telah berjalan sesuai rencana, termasuk pelatihan tenaga medis, perbaikan infrastruktur, serta pengadaan alat kesehatan yang diperlukan.

Rekomendasi dari manajemen rumah sakit adalah untuk meningkatkan kinerja pada unit-unit dengan capaian rendah, terutama Pelayanan Rekam Medik dan Keperawatan, dengan memberikan pelatihan tambahan, meningkatkan koordinasi antar unit, dan memantau lebih ketat pelaksanaan prosedur pelayanan. Untuk unit yang mencatatkan capaian lebih dari target, perlu dipertahankan dan didorong untuk tetap menjaga kualitas pelayanan. Selanjutnya, laporan yang belum disampaikan harus segera diklarifikasi dan diperbaiki agar data lebih akurat dan dapat digunakan untuk perbaikan selanjutnya.

2. Analisis Capaian Kinerja Mutu

a. Indikator Nasional Mutu (INM)

Tabel 42
Capaian Kinerja Indikator Nasional Mutu (INM), Tahun 2025

No	Indikator Mutu	Satuan	Tahun 2024			Tahun 2025			Turun/ Naik
			Target	Realisasi	%	Target	Realisasi	%	
1	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100%	99%	99%	100%	99%	99%	0%
2	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)	100%	100%	96%	96%	100%	98%	98%	2%
3	Emergensi Response Time < 5 Menit	100%	80%	39%	100%	80%	0%	100%	0%
4	Waktu Tunggu Rawat Jalan <60 Menit	< 60 menit	80%	27%	100%	80%	44%	100%	0%
5	Penundaan Operasi Elektif	<5%	5%	1%	100%	5%	1%	100%	0%
6	Kepatuhan Jam Visite Dokter	>80%	85%	85%	100%	85%	85%	100%	0%
7	Waktu Lapor Hasil Tes Laboratorium Kritis	100%(30 menit)	100%	99%	99%	100%	100%	100%	1%
8	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	>80%	100%	100%	100%	100%	99%	99%	-1%
9	Kepatuhan Cuci Tangan	>80%	85%	81%	95%	85%	87%	102%	7%
10	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh	100%	100%	100%	100%	100%	99%	99%	-1%
11	Kepatuhan Clinical Pathway	>80%	89%	89%	100%	89%	99%	112%	12%
12	Kepuasan Pasien dan Keluarga	>80%	76,61	79,86	100%	76,61	79,36	104%	4%
13	Kecepatan Respons Terhadap komplain	>75%	100%	100%	100%	100%	97%	97%	-3%

Indikator Nasional Mutu adalah tolok ukur yang ditetapkan secara regulasi untuk memastikan kualitas pelayanan RS sesuai standar nasional. Penetapan ini bertujuan untuk mendorong akuntabilitas dan transparansi layanan RS di Indonesia. Berdasarkan data INM RSUDAWS mencakup indikator aspek pelayanan, seperti kepatuhan terhadap prosedur klinis, efisiensi waktu pelayanan, kepuasan pasien, dan pengelolaan risiko.

Dalam implementasinya, Indikator Nasional Mutu diatur oleh Kementerian Kesehatan melalui Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2022, yang relevan dengan pelayanan rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya. Peraturan ini menekankan pada kepatuhan terhadap standar mutu dan keselamatan pasien sebagai elemen sentral dalam penilaian kinerja.

Evaluasi Indikator Nasional Mutu (INM) RSUD A.W. Sjahrane tahun 2024-2025 menunjukkan adanya peningkatan dalam beberapa aspek pelayanan, sementara beberapa indikator lainnya tetap stabil, dan beberapa mengalami penurunan yang memerlukan perhatian lebih lanjut. Selain itu, terdapat beberapa indikator yang mengalami perubahan target, sehingga perlu dianalisis secara terpisah.

Beberapa indikator menunjukkan peningkatan kinerja yang mencerminkan perbaikan dalam mutu pelayanan rumah sakit. Kepatuhan identifikasi pasien tetap 99% pada tahun 2024 dan 2025, yang menunjukkan bahwa upaya dalam memastikan pasien diidentifikasi dengan benar semakin baik, sehingga berkontribusi terhadap keselamatan pasien. Kepatuhan dalam mencuci tangan mengalami peningkatan dari 81% menjadi 87%, yang mengindikasikan adanya perbaikan dalam kepatuhan petugas terhadap kebersihan tangan, yang merupakan faktor penting dalam mencegah infeksi nosokomial. Selain itu, kepatuhan dalam upaya pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh mengalami penurunan dari 100% menjadi 99%, yang menandakan bahwa rumah sakit belum menerapkan kepatuhan penuh dalam mencegah pasien mengalami cedera akibat jatuh. Kepatuhan terhadap Clinical Pathway juga mengalami peningkatan signifikan dari 89% menjadi 99%, yang menunjukkan bahwa penerapan standar prosedur klinis semakin terstruktur,

sehingga efektivitas dan efisiensi layanan kesehatan meningkat. Sementara itu, kecepatan respons terhadap keluhan mengalami penurunan dari 100% tahun 2024 menjadi 97% pada tahun 2025, yang mencerminkan bahwa rumah sakit masih perlu konsistensi dalam menangani keluhan pasien dengan cepat dan efektif.

Beberapa indikator tetap menunjukkan performa yang stabil dan berada di level yang sangat baik. *Emergency Response Time* tetap pada angka 100%, menunjukkan bahwa sistem tanggap darurat rumah sakit telah berjalan secara optimal. Waktu tunggu rawat jalan juga tetap berada di angka 100%, yang menunjukkan konsistensi dalam manajemen waktu tunggu pasien. Penundaan operasi elektif tidak mengalami perubahan dan tetap berada pada tingkat kepatuhan 100%, menandakan efektivitas perencanaan operasi yang tetap berjalan baik.

Waktu lapor hasil tes laboratorium kritis mengalami peningkatan dari angka 99% menjadi 100% pada tahun 2025, yang menunjukkan bahwa pelayanan laboratorium tetap konsisten dalam memberikan hasil tes dengan cepat.

Penggunaan *Formularium Nasional* juga tetap mencapai 100%, menunjukkan kepatuhan terhadap standar penggunaan daftar obat yang telah ditetapkan.

Namun, beberapa indikator mengalami penurunan yang memerlukan perhatian lebih lanjut. Kepatuhan terhadap penggunaan alat pelindung diri (APD) mengalami penurunan dari 98% menjadi 96%. Meskipun penurunannya tidak terlalu besar, penggunaan APD yang kurang optimal dapat meningkatkan risiko bagi keselamatan bagi petugas maupun pasien, sehingga perlu ditingkatkan kembali dengan pemantauan yang lebih ketat.

Kepuasan pasien dan keluarga juga mengalami penurunan dari 81,66% menjadi 79,86%, yang kemungkinan disebabkan oleh pengalaman pasien dalam hal waktu tunggu, kenyamanan fasilitas, atau interaksi dengan petugas. Peningkatan kualitas layanan dan komunikasi dengan pasien dapat membantu mengatasi permasalahan ini.

Secara keseluruhan, evaluasi Indikator Nasional Mutu RSUD A.W. Sjahranie menunjukkan bahwa beberapa aspek pelayanan mengalami peningkatan yang signifikan, terutama dalam kepatuhan terhadap *Clinical Pathway*, penurunan angka penundaan operasi elektif, serta peningkatan upaya pencegahan risiko cedera akibat

pasien jatuh. Namun, beberapa tantangan masih perlu mendapat perhatian, terutama dalam meningkatkan kepuasan pasien dan kepatuhan terhadap penggunaan APD. Untuk mengatasi penurunan kinerja pada indikator tertentu, rumah sakit perlu memperketat pemantauan penggunaan APD di seluruh unit serta mensosialisasikan kembali pentingnya APD kepada tenaga medis. Selain itu, survei kepuasan pasien perlu dilakukan untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi pasien terhadap layanan rumah sakit, serta meningkatkan kenyamanan fasilitas dan kualitas komunikasi tenaga medis dengan pasien. Meskipun indikator kecepatan respons terhadap keluhan dan penggunaan formulir nasional tetap optimal, perlu dilakukan evaluasi lebih lanjut untuk memastikan apakah ada perubahan dalam standar pelayanan yang dapat mempengaruhi pencapaiannya.

D. REALISASI ANGGARAN

Tabel berikut dibawah ini menguraikan realisasi anggaran yang telah digunakan untuk mewujudkan kinerja organisasi sesuai dengan dokumen Perjanjian Kinerja.

1. Realisasi Anggaran Sesuai Dengan Perjanjian Kinerja

Tabel 43
Realisasi Anggaran Sesuai Dengan Perjanjian Kinerja
RSUD A.Wahab Sjahranie Tahun 2025

NO	SASARAN STRATEGSI	INDIKATOR KINERJA	SATUAN	KINERJA			ANGGARAN			
				TARGE T	REALISASI	CAPAIA N	TARGET (M)	TARGET (P)	REALISASI	CAPAIA N
1	2	3		4	5	6	7	8	9	10
1	Meningkatnya Kualitas Layanan Publik dan Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah	Nilai Kepuasan Masyarakat Perangkat Daerah	Indeks	80	88,13	110,16%	838.411.471.718	901.066.029.922	854.526.995.136	95%
		Nilai Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah	Persentase	80	76,75	95,94%				

NO	SASARAN STRATEGISI	INDIKATOR KINERJA	SATUAN	KINERJA			ANGGARAN			
				TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET (M)	TARGET (P)	REALISASI	CAPAIAN
2	Meningkatnya standarisasi dan mutu pelayanan Rumah Sakit	Persentase Capaian Indikator Nasional Mutu (INM) RS	Persentase	78	82,59	105,88%	19.882.662.671	20.717.301.471	19.347.114.151	93%
3	Meningkatnya mutu pendidikan, pelatihan dan penelitian kesehatan	Nilai Akreditasi Diklit RS (A)	Persentase	A	A	100,00%	1.791.406.350	1.064.569.650	986.561.052	93%
Total							860.085.540.739	922.847.901.043	874.860.670.339	95%

Dari tabel 43, di atas dapat dijelaskan bahwa

1. Meningkatnya Kualitas Layanan Publik dan Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah

Indikator Kinerja: Nilai Kepuasan Masyarakat Perangkat Daerah

Pada indikator ini, target yang ditetapkan adalah 80 dengan realisasi 87,29, yang menghasilkan capaian sebesar 109,11%. Artinya, kepuasan masyarakat terhadap layanan perangkat daerah yang diberikan oleh RSUD A. Wahab Sjahranie jauh melebihi target yang telah ditetapkan. Hal ini menunjukkan bahwa RSUD telah berhasil menyediakan layanan yang sesuai dengan harapan masyarakat, bahkan melampaui ekspektasi yang ada.

Indikator Kinerja: Nilai Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah

Untuk indikator ini, target yang ditetapkan adalah 80, dengan capaian sebesar 76,75 yang berarti realisasi mencapai 95,94%. Ini menunjukkan bahwa tingkat akuntabilitas dalam pengelolaan kinerja perangkat daerah di RSUD A. Wahab Sjahranie juga berada dalam kategori yang sangat baik, dengan pencapaian yang lebih tinggi dari target. Artinya, proses administrasi dan pelaporan kinerja organisasi berjalan dengan baik dan menuju transparansi

2. Meningkatnya Standarisasi dan Mutu Pelayanan Rumah Sakit

Indikator Kinerja: Persentase Capaian Indikator Nasional Mutu (INM) RS

Untuk indikator ini, target yang ditetapkan adalah 78 dengan realisasi mencapai 82,59%, sehingga capaian yang diperoleh adalah 105,88%. Ini menunjukkan bahwa rumah sakit berhasil meningkatkan standarisasi dan mutu pelayanannya di atas target yang ditetapkan. Pencapaian ini menunjukkan bahwa upaya rumah sakit untuk memenuhi standar nasional mutu pelayanan rumah sakit telah membuahkan hasil yang baik, dengan realisasi yang lebih tinggi dari target yang ditentukan.

3. Meningkatnya Mutu Pendidikan, Pelatihan, dan Penelitian Kesehatan

Indikator Kinerja: Nilai Akreditasi Diklit RS (A)

Pada indikator ini, nilai akreditasi rumah sakit untuk pendidikan, pelatihan, dan penelitian kesehatan adalah "A," yang mencapai 100% dari target yang telah ditetapkan. Hal ini menunjukkan bahwa RSUD A. Wahab Sjahranie berhasil memenuhi standar yang ditetapkan untuk pendidikan, pelatihan, dan penelitian, sehingga dapat

dikatakan bahwa rumah sakit ini berhasil menjaga dan meningkatkan mutu di bidang ini. Dengan capaian yang sempurna, ini menunjukkan konsistensi dan kualitas yang sangat baik dalam upaya peningkatan pendidikan dan pelatihan di rumah sakit.

Total Anggaran dan Capaian Kinerja

Secara keseluruhan, anggaran yang dialokasikan untuk ketiga sasaran strategi ini adalah Rp 922.847.901.043-, dengan realisasi anggaran sebesar Rp 874.860.670.339,- Capaian keseluruhan dari semua sasaran menunjukkan persentase sebesar 95%. Ini menunjukkan bahwa RSUD A. Wahab Sjahranie telah berhasil mengelola anggaran dan sumber daya yang ada dengan efisien dan efektif untuk mencapai sasaran kinerja yang telah ditetapkan.

Berdasarkan analisis di atas, dapat disimpulkan bahwa RSUD A. Wahab Sjahranie telah berhasil mencapai atau bahkan melampaui target kinerja yang ditetapkan pada semua sasaran strategi yang telah disusun. Tingginya nilai kepuasan masyarakat, pencapaian akuntabilitas yang baik, serta pencapaian standarisasi dan mutu pelayanan yang lebih tinggi dari target menunjukkan kualitas layanan yang sangat baik. Di sisi lain, pencapaian dalam pendidikan dan pelatihan juga menunjukkan komitmen yang kuat terhadap peningkatan kualitas SDM di rumah sakit. Secara keseluruhan, rumah sakit telah menunjukkan kinerja yang sangat memuaskan, baik dalam aspek pelayanan kepada masyarakat maupun dalam pengelolaan internalnya.

2. Realisasi Anggaran Per Program Sesuai Dengan Program Kegiatan

Tabel 44
Realisasi Anggaran Per Program sesuai program dan kegiatan APBD+BLUD 2025

Program		Anggaran Perubahan			Realisasi			%
		APBD	BLUD	TOTAL	APBD	BLUD	Total	
1		2	3	4	5	6	7	8
1	Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah	304.383.681.433	596.682.348.489	901.066.029.922	295.630.445.125	558.895.190.511	854.525.635.636	95
2	Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan Dan Upaya Kesehatan Masyarakat	20.717.301.471		20.717.301.471	19.347.114.151		19.347.114.151	93
3	Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan	1.064.569.650		1.064.569.650	986.561.052		986.561.052	93
		326.165.552.554	596.682.348.489	922.847.901.043	315.964.120.328	558.895.190.511	874.859.310.839	95

Berdasarkan data tabel 44 diatas , dapat dijelaskan bahwa

1. Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah

Anggaran Perubahan APBD dan BLUD: Anggaran yang dialokasikan untuk program ini adalah Rp 901.066.029.922, dengan realisasi sebesar Rp 854.525.635.636 , prosentase capaian sebesar 95%. Ini menunjukkan bahwa sebagian besar anggaran untuk program ini telah terealisasi dengan baik, meskipun ada sedikit selisih antara target dan realisasi.

- a. Anggaran APBD: Anggaran dari APBD untuk program ini adalah Rp 304.383.681.433, dengan realisasi mencapai Rp 295.630.445.125, menghasilkan capaian sebesar 94%. Angka ini menunjukkan kinerja yang sangat baik, dengan realisasi anggaran yang hampir mencapai target yang ditetapkan.
- b. Anggaran BLUD: Untuk BLUD, anggaran yang dialokasikan adalah Rp 596.682.348.489, dengan realisasi sebesar Rp 558.895.190.511 yang menghasilkan capaian sebesar 94%. Meskipun sedikit lebih rendah dibandingkan dengan capaian dari APBD, realisasi BLUD ini tetap menunjukkan efisiensi dalam penggunaan anggaran yang tinggi.

2. Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan Dan Upaya Kesehatan Masyarakat

- a. Anggaran APBD : Program ini memiliki anggaran sebesar Rp 20.717.301.471, dengan realisasi mencapai Rp 19.347.114.151 , yang menghasilkan capaian sebesar 93%. Capaian ini lebih rendah dibandingkan dengan program lainnya, yang mungkin menunjukkan adanya tantangan dalam pengelolaan dan pemanfaatan anggaran untuk program kesehatan masyarakat ini.
- b. Anggaran APBD: Realisasi anggaran dari APBD untuk program ini juga mencatatkan hasil yang sama, dengan capaian sebesar 93%. Ini mengindikasikan bahwa keterlambatan atau kendala yang ada mempengaruhi kedua sisi pendanaan untuk program ini.

3. Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan

- a. Anggaran APBD: Anggaran untuk program peningkatan kapasitas SDM kesehatan ini adalah Rp 1.064.569.650, dengan realisasi sebesar Rp 986.561.052, dan capaian 93%. Realisasi ini menunjukkan bahwa sebagian besar anggaran yang dialokasikan untuk peningkatan kapasitas SDM sudah digunakan dengan efektif.

- b. Anggaran APBD: Realisasi untuk APBD juga mencapai 93%, yang menunjukkan bahwa alokasi dana untuk pelatihan dan pengembangan kapasitas SDM di sektor kesehatan sudah cukup optimal dan sesuai dengan yang diharapkan.

Total Pagu dan Capaian Kinerja

- a. Total Pagu: Total anggaran untuk seluruh program ini adalah Rp 922.847.901.043 , dengan realisasi anggaran sebesar Rp 874.859.310.839, menghasilkan capaian keseluruhan sebesar 95%. Capaian ini menunjukkan bahwa secara keseluruhan, pengelolaan anggaran dan pencapaian kinerja sudah sangat baik, dengan sedikit deviasi antara target dan realisasi.
- b. Realisasi APBD dan BLUD: Untuk APBD, total anggaran yang dialokasikan adalah Rp 326.165.552.554, dengan capaian realisasi 97%. Sedangkan untuk BLUD, anggaran yang dialokasikan adalah Rp 596.682.348.489, dengan capaian realisasi sebesar 94%. Kinerja keduanya menunjukkan pengelolaan dana yang efisien dan mendekati target yang telah ditentukan.

Secara keseluruhan, RSUD A. Wahab Sjahranie telah berhasil mengelola anggaran dengan cukup efisien, meskipun terdapat sedikit tantangan dalam pencapaian program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Masyarakat. Program lainnya, seperti Penunjang Urusan Pemerintah Daerah dan Peningkatan Kapasitas SDM Kesehatan, menunjukkan kinerja anggaran yang sangat baik dengan pencapaian yang mendekati atau bahkan melebihi target yang ditetapkan. Capaian keseluruhan anggaran ini mencerminkan efisiensi dan keberhasilan dalam penggunaan dana yang cukup optimal untuk mendukung program-program strategis rumah sakit.

BAB IV

PENUTUP

A. KESIMPULAN

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

Berdasarkan analisis terhadap data yang telah disajikan, dapat disimpulkan bahwa RSUD A. Wahab Sjahranie berhasil mencapai atau bahkan melampaui target kinerja yang telah ditetapkan pada seluruh sasaran strategis. Kinerja yang ditunjukkan oleh rumah sakit ini mencerminkan komitmen tinggi dalam meningkatkan kualitas layanan kepada masyarakat dan akuntabilitas kinerja perangkat daerah.

1. Pada sasaran strategis pertama, yaitu "Meningkatnya Kualitas Layanan Publik dan Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah," rumah sakit berhasil mencatatkan nilai kepuasan masyarakat sebesar 88.13, melebihi target yang ditetapkan sebesar 80, dengan capaian 110%. Selain itu, nilai akuntabilitas kinerja perangkat daerah juga menunjukkan pencapaian yang sangat baik dengan nilai 76.75 dan capaian 95.94%. Anggaran yang dialokasikan untuk sasaran ini terealisasi dengan capaian 95%, menunjukkan pengelolaan anggaran yang efisien.
2. Pada sasaran strategis kedua, yang berfokus pada "Meningkatnya Standarisasi dan Mutu Pelayanan Rumah Sakit," rumah sakit mencapai capaian 105.7% untuk Indikator Nasional Mutu (INM), dengan realisasi anggaran mencapai 93% dari target. Hal ini menunjukkan upaya yang sukses dalam meningkatkan kualitas pelayanan dan memastikan bahwa rumah sakit telah memenuhi atau melebihi standar yang ditetapkan.
3. Pada sasaran strategis ketiga, yaitu "Meningkatnya Mutu Pendidikan, Pelatihan, dan Penelitian Kesehatan," rumah sakit berhasil mempertahankan akreditasi "A" untuk pendidikan dan pelatihan, dengan capaian 100%. Realisasi anggaran untuk

program ini mencapai 93%, yang menunjukkan bahwa dana yang dialokasikan telah digunakan secara efektif untuk pengembangan SDM dan kegiatan penelitian.

Secara keseluruhan, **total anggaran yang dialokasikan** adalah sebesar Rp **922.847.901.043**, dengan **realisasi anggaran sebesar Rp 874.859.310.839**, menghasilkan **capaian keseluruhan sebesar 95%**. Ini menunjukkan bahwa pengelolaan anggaran rumah sakit telah dilaksanakan dengan baik, dan rumah sakit ini mampu mencapai hampir seluruh sasaran strategis yang telah ditetapkan.

B. REKOMENDASI

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka disusun rekomendasi sebagai berikut :

- a. **Meningkatnya Kualitas Layanan Publik dan Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah.** Meskipun rumah sakit telah menunjukkan capaian yang sangat baik pada indikator kepuasan masyarakat dan akuntabilitas kinerja perangkat daerah, disarankan untuk terus memperkuat upaya pengukuran dan evaluasi kepuasan masyarakat secara lebih terstruktur dan periodik. Rumah sakit sebaiknya menerapkan survei kepuasan yang lebih mendalam untuk mendapatkan gambaran yang lebih jelas tentang area-area layanan yang perlu perbaikan. Selain itu, penting untuk memperkuat sistem pelaporan dan transparansi dalam pengelolaan kinerja perangkat daerah guna menjaga tingkat akuntabilitas yang tinggi, serta meningkatkan komunikasi dengan masyarakat terkait program-program yang sudah dilaksanakan.
- b. **Meningkatnya Standarisasi dan Mutu Pelayanan Rumah Sakit.** Untuk memastikan bahwa standar pelayanan yang lebih tinggi dapat terus terjaga, rumah sakit perlu terus memperbarui dan menyesuaikan dengan indikator nasional mutu (INM) yang berlaku. Salah satu rekomendasi adalah meningkatkan pemanfaatan teknologi dalam proses pelayanan rumah sakit, misalnya dengan sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) yang lebih terintegrasi. Selain itu, rumah sakit perlu fokus pada pelatihan dan pengembangan staf, serta memastikan mereka memiliki pemahaman yang mendalam mengenai prosedur dan standar pelayanan yang telah ditetapkan.

- c. Meningkatnya Mutu Pendidikan, Pelatihan, dan Penelitian Kesehatan Sebagai rumah sakit yang memiliki fokus pada pendidikan dan pelatihan, rekomendasi untuk sasaran ini adalah memperluas kerja sama dengan lembaga pendidikan dan lembaga penelitian lainnya. Ini dapat meningkatkan peluang untuk mendapatkan sumber daya, serta memperkaya pengalaman bagi staf medis dan non-medis. Selain itu, penguatan metode pelatihan berbasis teknologi dan pembelajaran jarak jauh dapat menjadi solusi yang efektif untuk mencapai pelatihan yang lebih luas dengan sumber daya yang terbatas. Terus memantau dan mengevaluasi akreditasi serta kualitas pendidikan dan pelatihan yang diberikan juga sangat penting agar rumah sakit tetap dapat mempertahankan standar yang tinggi.

Secara komprehensif, rumah sakit telah mencapai pencapaian yang sangat positif dalam setiap sasaran strategis yang telah ditetapkan. Meskipun demikian, untuk terus menjaga dan meningkatkan pencapaian tersebut, rumah sakit perlu melanjutkan upaya perbaikan yang berkelanjutan dalam hal peningkatan kualitas layanan, standarisasi mutu, serta pendidikan dan pelatihan. Implementasi teknologi, evaluasi yang lebih mendalam terhadap kepuasan masyarakat, dan penguatan kolaborasi dengan institusi pendidikan akan menjadi kunci untuk mencapai hasil yang lebih baik di masa depan.

Demikian Laporan Kinerja RSUD A. Wahab Sjahranie tahun 2025, pelaporan tahun 2026 ini kami buat dengan harapan dapat memberikan gambaran yang jelas tentang capaian pelaksanaan Rencana Strategis RS, Perjanjian Kinerja Beserta Serapan Anggarannya


Samarinda, 10 Maret 2026

**Plt. Direktur
RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda**

**dr. Nurliana Adriati Noor, M.Kes. MARS
NIP. 197212132006042007**

LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Permintaan Penyampaian Laporan Rencana Aksi Kegiatan Berdasarkan Perjanjian Kinerja Triwulan IV Tahun 2025

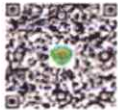
	<p>PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR DINAS KESEHATAN RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ABDOEL WAHAB SJAHRANIE Jalan Palang Merah Indonesia Nomor 1, Sidodadi, Samarinda Ulu, Samarinda 75123 Telepon (0541) 744979, 744978, 738070 (Sistem Lacak) Laman https://rsudaws.co.id, Pos-el kalim@rsudaws.co.id</p>
Samarinda, 22 Desember 2025	
Nomor : 000.3.6/12761/BP/2025	Kepada Yth. Seluruh Pejabat Struktural (Kabag/Kabid/Jabatan Fungsional
Sifat : Biasa/Terbuka	di - Samarinda
Lampiran : -	
Perihal : Penyampaian Laporan Evaluasi Capaian Kinerja Rencana Aksi Kegiatan (RAK) Triwulan IV Tahun 2025.	

Sehubungan dengan kewajiban RSUD Abdoel Wahab Sjahranie Samarinda dalam pelaporan evaluasi kinerja perangkat daerah, khususnya dalam pengisian e-SAKIP dan pelaporan pelaksanaan Perjanjian Kinerja (PK) melalui laporan Rencana Aksi Kegiatan (RAK) Triwulan IV Tahun 2025, maka bersama ini disampaikan hal-hal sebagai berikut:

1. Kepada seluruh Kepala Bidang/Bagian, Instalasi, Unit, dan Komite dalam lingkup kerja RSUD Abdoel Wahab Sjahranie agar menyampaikan:
 - o Laporan Evaluasi Rencana Aksi Kegiatan (RAK) berdasarkan hasil capaian Perjanjian Kinerja (PK) sampai dengan Eselon III, Triwulan IV Tahun 2025;
 - o Laporan pengisian e-SAKIP Triwulan IV Tahun 2025 sesuai dengan format yang telah ditentukan melalui aplikasi e-SAKIP
2. Laporan yang telah disusun dan ditandatangani, dikumpulkan terlebih dahulu di Bidang/Bagian masing-masing untuk kemudian disampaikan kepada **Bagian Perencanaan dan Evaluasi Kinerja RS Cq Perencana Ahli Muda**, dalam bentuk **hardcopy dan softfile**, paling lambat tanggal **29 Desember 2025**.

Demikian disampaikan untuk menjadi perhatian dan dilaksanakan sebagaimana mestinya.

Plt. Direktur,



dr. Indah Puspitasari, MARS
NIP. 196705301998032003

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai Besar Certifikasi Elektronik (B2CE), Badan Siber dan Gandi Negara (BSGDN).

Lampiran 2 Surat Permintaan Penyampaian Laporan Standar Pelayanan Minimal Tri wulan
IV Tahun 2025



PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR
DINAS KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ABDOEL WAHAB SJHRANIE
Jalan Palang Merah Indonesia Nomor 1, Sidodadi, Samarinda Ulu, Samarinda 75123
Telepon (0541) 744979, 744978, 738070 (Sistem Lacak)
Laman <https://rsudaws.co.id>; Pos-el kaltim@rsudaws.co.id

Samarinda, 22 Desember 2025

Kepada

Nomor : 000.3.6/12757/BP/2025
Sifat : Biasa/Terbuka
Lampiran : -
Perihal : Penyampaian Laporan Evaluasi
Standar Pelayanan Minimal (SPM)
Triwulan IV Tahun 2025

Yth. Kepala Bidang/Bagian,
Instalasi, Unit, Komite
di -
Samarinda

Sehubungan dengan kewajiban RSUD Abdoel Wahab Sjahranie Samarinda untuk melaporkan Progres pencapaian **Standar Pelayanan Minimal (SPM) RS Triwulan IV Tahun 2025** kepada Biro Organisasi Provinsi Kalimantan Timur dan Dinas Kesehatan, maka disampaikan sebagai berikut :

1. Kepada seluruh Kepala Bidang/Bagian dan Instalasi, Unit dan Komite yang ada dalam lingkup kerja direktorat terkait agar melakukan input **Realisasi, Evaluasi dan Solusi tindak lanjut** pada link berikut: https://drive.google.com/drive/folders/1OUt_VbuV1dzph8LW8-bxF1UthV4qUvtU?usp=drive_link dengan membuka file excel (Rekap Laporan SPM TW IV 2025).
2. Upload data dukung pada kolom excel yang tersedia diatas.
3. Data dukung yang diupload :
 - a. File excel yang memuat (perhitungan, lampiran, data dukung lainnya).
 - b. File PDF Laporan SPM TW IV yang sudah ditandatangani oleh pimpinan/atasan masing-masing.
4. Batas akhir penginputan pada tanggal **29 Desember 2025**.
5. Jika ada Kendala agar menghubungi nomor (082151865118) an. Sri Wahyuni staf bagian Perencanaan

Demikian disampaikan untuk menjadi perhatian dan dilaksanakan sebagaimana mestinya.


Pt. Direktur,



Dr. HUBERTUS W. PITASARI, MARS
NIP. 196705301988032003

Dokumen ini telah diandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Standar dan Gandi Negara (BSGN).

Lampiran 3 Bukti Rencana Aksi dari Rekomendasi Inspektorat atas Hasil Evaluasi Capaian SAKIP Tahun 2024/2025



**TINDAK LANJUT REKOMENDASI
ATAS LHE PENERAPAN SAKIP
RSUD ABDOEL WAHAB SJHRANIE
TAHUN 2024-2025**

BerAKHLAK
LAKUKAN YANG BENEK, BERKUALITAS, BERGEMBLANG, BERKORAN, BERKEMAMUHAN, BERKEMAMUHAN, BERKEMAMUHAN

**#bangga
melayani
bangsa**

#rsudaws We Serve You *Safely*

RSUD AW Sjahrani rsudaws rsudaws.co.id

Lampiran 4 Bukti Laporan Kinerja Tahun 2025

- a. Rekapitulasi Capaian Kinerja berdasar Evdoren pemerintah Provinsi Kalimantan Timur
- b. Laporan Evaluasi Capaian Rencana Aksi Kegiatan Berdasarkan Perjanjian Kinerja RSUD A. Wahab Sjahranie Triwulan IV Tahun 2025
- c. Laporan Evaluasi Capaian Perjanjian Kinerja RSUD A. Wahab Sjahranie Triwulan IV Tahun 2025
- d. Laporan Evaluasi Capaian Rencana Strategis RSUD A. Wahab Sjahranie Triwulan IV Tahun 2025
- e. Laporan Evaluasi Capaian Indikator Kinerja Utama RSUD A. Wahab Sjahranie Triwulan IV Tahun 2025
- f. Laporan Evaluasi Capaian Standar Pelayanan Minimal RSUD A. Wahab Sjahranie Triwulan IV Tahun 2025

Lampiran 4.a Rekapitulasi Capaian Kinerja berdasar Evdoren pemerintah Provinsi Kalimantan Timur

Rekapitulasi Capaian Program, Kegiatan dan Sub Kegiatan
Triwulan IV tahun 2025 Berdasarkan Evdoren Pemerintah Prov Kalimantan Timur

Program/Kegiatan/Sub Kegiatan	Indikator	Satuan	Kinerja				Keuangan			
			Target	Realisasi	Persentase	Predikat	Pagu Perubahan	Realisasi Keuangan (Rp)	Persen (%)	Predik
RSUD A. Wahab Sjahranie di Samarinda					110	ST	922.847.901.043	874.859.310.838	95	ST
PROGRAM PENUNJANG URUSAN PEMERINTAHAN DAERAH PROVINSI	Persentase Keluhan Pengguna yang ditindaklanjuti	%	100	100	100	ST	901.066.029.922	854.525.635.635	95	ST
	Indeks Kualitas Layanan Kesekretariatan	Indeks	82	92	112	ST				
Perencanaan, Penganggaran, dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah	Jumlah Dokumen Perencanaan, Penganggaran dan Evaluasi Kinerja Rumah Sakit	Dokumen	51	51	100	ST	75.169.783	58.890.848	78	T
Penyusunan Dokumen Perencanaan Perangkat Daerah	Jumlah Dokumen Perencanaan Perangkat Daerah	Dokumen	13	13	100	ST	28.996.000	20.985.255	72	S
Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah	Jumlah Laporan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah	Laporan	38	38	100	ST	46.173.783	37.905.593	82	T
Administrasi Keuangan Perangkat Daerah	Persentase Realisasi Anggaran Rumah Sakit	%	88	94	107	ST	299.065.622.564	291.330.204.689	97	ST
Penyediaan Gaji dan Tunjangan ASN	Jumlah Orang yang Menerima Gaji dan Tunjangan ASN	Orang/Bulan	2.116	2.104	99	ST	298.620.605.854	290.992.519.149	97	ST
Penyediaan Administrasi Pelaksanaan Tugas ASN	Jumlah Dokumen Hasil Penyediaan Administrasi Pelaksanaan Tugas ASN	Dokumen	4	4	100	ST	309.600.000	218.280.000	71	S

Program/Kegiatan/Sub Kegiatan	Indikator	Satuan	Kinerja				Keuangan			
			Target	Realisasi	Persentase	Predikat	Pagu Perubahan	Realisasi Keuangan (Rp)	Persen (%)	Predik
Koordinasi dan Penyusunan Laporan Keuangan Akhir Tahun SKPD	Jumlah Laporan Keuangan Akhir Tahun SKPD dan Laporan Hasil Koordinasi Penyusunan Laporan Keuangan Akhir Tahun SKPD	Laporan	1	1	100	ST	60.000.000	58.500.000	98	ST
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	Laporan	12	12	100	ST	75.416.710	60.905.540	81	T
Administrasi Barang Milik Daerah pada Perangkat Daerah	Jumlah Dokumen Administrasi Barang Milik Rumah Sakit	Dokumen	20	20	100	ST	5.300.000	5.292.000	100	ST
Pembinaan, Pengawasan, dan Pengendalian Barang Milik Daerah pada SKPD	Jumlah Laporan Hasil Pembinaan, Pengawasan, dan Pengendalian Barang Milik Daerah pada SKPD	Laporan	2	2	100	ST	5.300.000	5.292.000	100	ST
Administrasi Kepegawaian Perangkat Daerah	Jumlah Kegiatan Penunjang Administrasi Kepegawaian yang di penuhi Rumah Sakit	Kegiatan	45	45	100	ST	47.873.820	33.473.100	70	S
Pendataan dan Pengolahan Adminstras Kepegawaian	Jumlah Dokumen Pendataan dan Pengolahan Administrasi Kepegawaian	Dokumen	10	10	100	ST	35.173.820	20.801.100	59	R
Monitoring, Evaluasi, dan Penilaian Kinerja Pegawai	Jumlah Dokumen Monitoring, Evaluasi, dan Penilaian Kinerja	Dokumen	1	1	100	ST	4.400.000	4.392.000	100	ST

Program/Kegiatan/Sub Kegiatan	Indikator	Satuan	Kinerja				Keuangan			
			Target	Realisasi	Persentase	Predikat	Pagu Perubahan	Realisasi Keuangan (Rp)	Persen (%)	Predik
	Pegawai									
Sosialisasi Peraturan Perundang-Undangan	Jumlah Orang yang Mengikuti Sosialisasi Peraturan Perundang-Undangan	Orang	250	345	138	ST	8.300.000	8.280.000	100	ST
Bimbingan Teknis Implementasi Peraturan Perundang-Undangan	Jumlah Orang yang Mengikuti Bimbingan Teknis Implementasi Peraturan Perundang-Undangan	Orang	0	0	0	SR	0	0	0	SR
Administrasi Umum Perangkat Daerah	Jumlah Ketersediaan Penunjang Kegiatan Administrasi Umum yang di fasilitasi	Paket	90	90	100	ST	1.875.351.366	1.441.562.606	77	S
Penyediaan Peralatan dan Perlengkapan Kantor	Jumlah Paket Peralatan dan Perlengkapan Kantor yang Disediakan	Paket	117	117	100	ST	1.256.517.741	886.303.061	71	S
Penyediaan Peralatan Rumah Tangga	Jumlah Paket Peralatan Rumah Tangga yang Disediakan	Paket	3	3	100	ST	337.548.519	303.436.504	90	T
Penyediaan Barang Cetak dan Penggandaan	Jumlah Paket Barang Cetak dan Penggandaan yang Disediakan	Paket	4	4	100	ST	116.285.080	86.825.041	75	S
Penyelenggaraan Rapat Koordinasi dan Konsultasi SKPD	Jumlah Laporan Penyelenggaraan Rapat Koordinasi dan Konsultasi SKPD	Laporan	112	564	504	ST	165.000.026	164.998.000	100	ST
Pengadaan Barang Milik Daerah Penunjang Urusan Pemerintah Daerah	Jumlah Ketersediaan dari Pengadaan Barang dan Penunjang milik Rumah Sakit	Unit	286	255	89	T	2.228.804.200	1.856.924.088	83	T

Program/Kegiatan/Sub Kegiatan	Indikator	Satuan	Kinerja				Keuangan			
			Target	Realisasi	Persentase	Predikat	Pagu Perubahan	Realisasi Keuangan (Rp)	Persen (%)	Predikat
Pengadaan Mebel	Jumlah Paket Mebel yang Disediakan	Paket	18	18	100	ST	288.998.774	243.521.482	84	T
Pengadaan Peralatan dan Mesin Lainnya	Jumlah Unit Peralatan dan Mesin Lainnya yang Disediakan	Unit	209	172	82	T	1.522.067.646	1.253.762.606	82	T
Pengadaan Sarana dan Prasarana Pendukung Gedung Kantor atau Bangunan Lainnya	Jumlah Unit Sarana dan Prasarana Pendukung Gedung Kantor atau Bangunan Lainnya yang Disediakan	Unit	65	65	100	ST	417.737.780	359.640.000	86	T
Pemeliharaan Barang Milik Daerah Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah	Jumlah Unit Barang Penunjang Milik Rumah Sakit yang dilakukan pemeliharaan	Unit	34	34	100	ST	1.085.559.700	904.097.794	83	T
Penyediaan Jasa Pemeliharaan, Biaya Pemeliharaan dan Pajak Kendaraan Perorangan Dinas atau Kendaraan Dinas Jabatan	Jumlah Kendaraan Perorangan Dinas atau Kendaraan Dinas Jabatan yang Dipelihara dan Dibayarkan Pajaknya	Unit	26	26	100	ST	228.906.000	192.268.008	84	T
Pemeliharaan Peralatan dan Mesin Lainnya	Jumlah Peralatan dan Mesin Lainnya yang Dipelihara	Unit	4	4	100	ST	293.506.200	220.960.600	75	S
Pemeliharaan/Rehabilitasi Gedung Kantor dan Bangunan Lainnya	Jumlah Gedung Kantor dan Bangunan Lainnya yang Dipelihara/Direhabilitasi	Unit	4	4	100	ST	563.147.500	490.869.186	87	T
Peningkatan Pelayanan BLUD	Persentase Realisasi Target Anggaran Pendapatan dari layanan BLUD	%	89	107	120	ST	596.682.348.489	558.895.190.510	94	ST

Program/Kegiatan/Sub Kegiatan	Indikator	Satuan	Kinerja				Keuangan			
			Target	Realisasi	Persentase	Predikat	Pagu Perubahan	Realisasi Keuangan (Rp)	Persen (%)	Predik
Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	Jumlah BLUD yang Menyediakan Pelayanan dan Penunjang Pelayanan	UnitKerja	1	1	100	ST	596.682.348.489	558.895.190.510	94	ST
PROGRAM PEMENUHAN UPAYA KESEHATAN PERORANGAN DAN UPAYA KESEHATAN MASYARAKAT	Persentase capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) RS	%	89	87	98	ST	20.713.701.471	19.347.114.151	93	ST
Penyediaan Fasilitas Pelayanan, Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi	Nilai ASPAK/Tingkat Kelengkapan Data Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan (SPA)	Nilai	90	96	106	ST	19.354.700.203	18.524.008.735	96	ST
Pengadaan Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Layanan Kesehatan	Jumlah Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Layanan Kesehatan yang Disediakan	Unit	59	59	100	ST	18.170.400.283	17.485.575.985	96	ST
Pemeliharaan Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Layanan Kesehatan	Jumlah Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Layanan Kesehatan yang Terpelihara Sesuai Standar	Unit	2.260	2.050	91	T	1.184.299.920	1.038.432.750	88	T
Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi	Persentase Angka Kunjungan Rawat Jalan yang terlayani	%	100	100	100	ST	1.119.482.741	654.329.916	58	R

Program/Kegiatan/Sub Kegiatan	Indikator	Satuan	Kinerja				Keuangan			
			Target	Realisasi	Persentase	Predikat	Pagu Perubahan	Realisasi Keuangan (Rp)	Persen (%)	Predil
Pengelolaan Pelayanan Kesehatan Lingkungan	Jumlah Dokumen Hasil Pengelolaan Pelayanan Kesehatan Lingkungan	Dokumen	4	4	100	ST	519.732.741	167.962.911	32	SR
Operasional Pelayanan Rumah Sakit	Jumlah Dokumen Operasional Pelayanan Rumah Sakit	Dokumen	16	16	100	ST	599.750.000	486.367.005	81	T
Penyelenggaraan Sistem Informasi Kesehatan Secara Terintegrasi	Persentase layanan RS terintegrasi secara sistem	%	60	60	100	ST	239.518.527	168.775.500	70	S
Pengelolaan Sistem Informasi Kesehatan	Jumlah Dokumen Hasil Pengelolaan Sistem Informasi Kesehatan	Dokumen	26	26	100	ST	239.518.527	168.775.500	70	S
PROGRAM PENINGKATAN KAPASITAS SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN	Persentase Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) yang dilatih dan ditingkatkan kompetensinya	%	68	76	112	ST	1.068.169.650	986.561.052	93	ST
Pengembangan Mutu dan Peningkatan Kompetensi Teknis Sumber Daya Manusia Kesehatan Tingkat Daerah Provinsi	Persentase peningkatan kompetensi karyawan melalui pelatihan 20 JPL/Thn di RS	%	66	72	109	ST	1.068.169.650	986.561.052	92	ST
Peningkatan Kompetensi dan Kualifikasi Sumber Daya Manusia Kesehatan	Jumlah Sumber Daya Manusia Kesehatan Kompetensi dan Kualifikasi Meningkat	Orang	850	1.615	190	ST	1.068.169.650	986.561.052	92	ST

Program/Kegiatan/Sub Kegiatan	Indikator	Satuan	Target Kinerja	Realisasi Kinerja	Persentase Kinerja	Predikat	Pagu	Realisasi Keuangan (Rp)	Persen (%)	Predikat
RSUD A. Wahab Sjahranie di Samarinda					95,92	ST	928.289.029.414	884.031.817.339.63	95,28	ST
PROGRAM PENUNJANG URUSAN PEMERINTAHAN DAERAH PROVINSI	Presentase Keluhan Pengguna yang Ditindaklanjuti	%	100,00	100,00	100	ST	881.743.182.637	844.491.988.391	95,78	ST
	Indeks Kualitas Layanan Kesekretariatan	Indeks	80,00	80,00	100	ST				
Perencanaan, Penganggaran, dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah	Jumlah Dokumen Perencanaan, Penganggaran dan Evaluasi Kinerja Rumah Sakit	Dokumen	56,00	56,00	100	ST	946.165.500	918.162.160	97,04	ST
Penyusunan Dokumen Perencanaan Perangkat Daerah	Jumlah Dokumen Perencanaan Perangkat Daerah	Dokumen	13,00	13,00	100	ST	597.090.000	575.360.259	96,36	ST
Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah	Jumlah Laporan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah	Laporan	38,00	38,00	100	ST	349.075.500	342.801.901	98,20	ST
Administrasi Keuangan Perangkat Daerah	Persentase Realisasi Anggaran Rumah Sakit	%	85,00	85,00	100	ST	265.475.574.123	261.514.658.115	98,51	ST
Penyediaan Gaji dan Tunjangan ASN	Jumlah Orang yang Menerima Gaji dan Tunjangan ASN	Orang/Bulan	1.100,00	1.100,00	100	ST	264.783.110.523	260.874.549.800	98,52	ST
Penyediaan Administrasi Pelaksanaan Tugas ASN	Jumlah Dokumen Hasil Penyediaan Administrasi Pelaksanaan Tugas ASN	Dokumen	4,00	4,00	100	ST	282.720.000	251.880.000	89,09	T

Program/Kegiatan/Sub Kegiatan	Indikator	Satuan	Target Kinerja	Realisasi Kinerja	Persentase Kinerja	Predikat	Pagu	Realisasi Keuangan (Rp)	Persen (%)	Predikat
Koordinasi dan Penyusunan Laporan Keuangan Akhir Tahun SKPD	Jumlah Laporan Keuangan Akhir Tahun SKPD dan Laporan Hasil Koordinasi Penyusunan Laporan Keuangan Akhir Tahun SKPD	Laporan	21,00	21,00	100	ST	409.743.600	388.228.315	94,75	ST
Administrasi Barang Milik Daerah pada Perangkat Daerah	Jumlah Dokumen Administrasi Barang Milik Rumah Sakit	Dokumen	20,00	20,00	100	ST	6.450.000	2.700.000	41,86	SR
Pembinaan, Pengawasan, dan Pengendalian Barang Milik Daerah pada SKPD	Jumlah Laporan Hasil Pembinaan, Pengawasan, dan Pengendalian Barang Milik Daerah pada SKPD	Laporan	2,00	2,00	100	ST	6.450.000	2.700.000	41,86	SR
Administrasi Kepegawaian Perangkat Daerah	Jumlah Kegiatan Penunjang Administrasi Kepegawaian yang di penuhi Rumah Sakit	Kegiatan	43,00	43,00	100	ST	984.076.000	810.000.000	82,31	T
Pengadaan Pakaian Dinas Beserta Atribut Kelengkapannya	Jumlah Paket Pakaian Dinas Beserta Atribut Kelengkapannya	Paket	1,00	1,00	100	ST	984.076.000	810.000.000	82,31	T
Sosialisasi Peraturan Perundang-Undangan	Jumlah Orang yang Mengikuti Sosialisasi Peraturan Perundang-Undangan	Orang	1.580,00	1.580,00	100	ST	0	-	-	
Administrasi Umum Perangkat Daerah	Jumlah Ketersediaan Penunjang Kegiatan Administrasi Umum yang di fasilitasi	Paket	571,00	571,00	100	ST	3.591.911.321	3.105.606.072	86,46	T
Penyediaan Peralatan dan Perlengkapan Kantor	Jumlah Paket Peralatan dan Perlengkapan	Paket	567,00	567,00	100	ST	1.157.211.630	987.441.100	85,33	S

Program/Kegiatan/Sub Kegiatan	Indikator	Satuan	Target Kinerja	Realisasi Kinerja	Persentase Kinerja	Predikat	Pagu	Realisasi Keuangan (Rp)	Persen (%)	Predikat
	Kantor yang Disediakan									
Penyediaan Barang Cetak dan Penggandaan	Jumlah Paket Barang Cetak dan Penggandaan yang Disediakan	Paket	2,00	2,00	100	ST	463.927.691	258.862.797	55,80	R
Penyelenggaraan Rapat Koordinasi dan Konsultasi SKPD	Jumlah Laporan Penyelenggaraan Rapat Koordinasi dan Konsultasi SKPD	Laporan	288,00	288,00	100	ST	1.970.772.000	1.859.302.175	94,34	ST
Pengadaan Barang Milik Daerah Penunjang Urusan Pemerintah Daerah	Jumlah Ketersediaan dari Pengadaan Barang dan Penunjang milik Rumah Sakit	Unit	93,00	90,00	96,77	ST	5.136.972.151	4.434.976.500	86,33	T
Pengadaan Kendaraan Perorangan Dinas atau Kendaraan Dinas Jabatan	Jumlah Unit Kendaraan Perorangan Dinas atau Kendaraan Dinas Jabatan yang Disediakan	Unit	1,00	0,00	0	SR	0		0,00	-
Pengadaan Kendaraan Dinas Operasional atau Lapangan	Jumlah Unit Kendaraan Dinas Operasional atau Lapangan yang Disediakan	Unit	2,00	2,00	100	ST	516.053.500	465.800.000	90,26	ST
Pengadaan Mebel	Jumlah Paket Mebel yang Disediakan	Paket	29,00	29,00	100	ST	561.248.373	420.064.500	74,84	T
Pengadaan Peralatan dan Mesin Lainnya	Jumlah Unit Peralatan dan Mesin Lainnya yang Disediakan	Unit	219,00	219,00	100	ST	4.059.670.278	3.549.112.000	87,42	T
Pemeliharaan Barang Milik Daerah Penunjang	Jumlah Unit Barang Penunjang Milik Rumah	Unit	75,00	70,00	93,33	ST	1.841.306.860	1.534.525.837	83,34	T

Program/Kegiatan/Sub Kegiatan	Indikator	Satuan	Target Kinerja	Realisasi Kinerja	Persentase Kinerja	Predikat	Pagu	Realisasi Keuangan (Rp)	Persen (%)	Predikat
Urusan Pemerintahan Daerah	Sakit yang dilakukan pemeliharaan									
Penyediaan Jasa Pemeliharaan, Biaya Pemeliharaan dan Pajak Kendaraan Perorangan Dinas atau Kendaraan Dinas Jabatan	Jumlah Kendaraan Perorangan Dinas atau Kendaraan Dinas Jabatan yang Dipelihara dan Dibayarkan Pajaknya	Unit	31,00	26,00	84	T	279.921.000	85.702.671	30,62	SR
Pemeliharaan Peralatan dan Mesin Lainnya	Jumlah Peralatan dan Mesin Lainnya yang Dipelihara	Unit	5,00	5,00	100	ST	514.691.000	420.246.000	81,65	T
Pemeliharaan/Rehabilitasi Gedung Kantor dan Bangunan Lainnya	Jumlah Gedung Kantor dan Bangunan Lainnya yang Dipelihara/Direhabilitasi	Unit	3,00	3,00	100	ST	1.046.694.860	1.028.577.166	98,27	ST
Peningkatan Pelayanan BLUD	Persentase Realisasi Target Anggaran Pendapatan dari layanan BLUD	%	88,00	89,84	102	ST	603.760.726.682	571.785.524.823.63	94,77	ST
Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	Jumlah BLUD yang Menyediakan Pelayanan dan Penunjang Pelayanan	Unit Kerja	1,00	1,00	100	ST	603.760.726.682	572.171.359.707	94,77	ST
PROGRAM PEMENUHAN UPAYA KESEHATAN PERORANGAN DAN UPAYA KESEHATAN MASYARAKAT	Persentase capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) RS	%	88,00	86,90	98,75	ST	43.869.623.177	37.539.995.826	85,57	T

Program/Kegiatan/Sub Kegiatan	Indikator	Satuan	Target Kinerja	Realisasi Kinerja	Persentase Kinerja	Predikat	Pagu	Realisasi Keuangan (Rp)	Persen (%)	Predikat
Penyediaan Fasilitas Pelayanan, Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi	Nilai ASPAK/Tingkat Kelengkapan Data Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan (SPA)	Nilai	90,00	90,00	100	ST	42.598.640.887	36.804.493.960	86,40	T
Pembangunan Rumah Sakit Beserta Sarana dan Prasarana Pendukungnya	Jumlah Rumah Sakit Baru yang Memenuhi Rasio Tempat Tidur Terhadap Jumlah Penduduk Minimal 1:1000	Unit	1,00	1,00	100	ST	0		0,00	-
Pengadaan Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Layanan Kesehatan	Jumlah Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Layanan Kesehatan yang Disediakan	Unit	466,00	439,00	94	ST	41.377.084.087	35.796.449.460	86,51	T
Pemeliharaan Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Layanan Kesehatan	Jumlah Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Layanan Kesehatan yang Terpelihara Sesuai Standar	Unit	4.589,00	4.589,00	100	ST	1.221.556.800	1.008.044.500	82,52	T
Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi	Persentase Angka Kunjungan Rawat Jalan yang terlayani	%	100,00	100,00	100	ST	606.593.600	289.188.000	47,67	SR

Program/Kegiatan/Sub Kegiatan	Indikator	Satuan	Target Kinerja	Realisasi Kinerja	Persentase Kinerja	Predikat	Pagu	Realisasi Keuangan (Rp)	Persen (%)	Predikat
Operasional Pelayanan Rumah Sakit	Jumlah Dokumen Operasional Pelayanan Rumah Sakit	Dokumen	15,00	12,00	80	T	606.593.600	289.188.000	47,67	SR
Penyelenggaraan Sistem Informasi Kesehatan Secara Terintegrasi	Persentase Layanan RS Terintegrasi Secara Sistem	%	50,00	50,00	100	ST	664.388.690	446.313.866	67,18	S
Pengelolaan Sistem Informasi Kesehatan	Jumlah Dokumen Hasil Pengelolaan Sistem Informasi Kesehatan	Dokumen	3,00	3,00	100	ST	664.388.690	446.313.866	67,18	S
PROGRAM PENINGKATAN KAPASITAS SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN	Persentase Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) yang dilatih dan ditingkatkan kompetensinya	%	65,00	62,00	95	ST	2.676.223.600	2.420.289.935	90,44	ST
Pengembangan Mutu dan Peningkatan Kompetensi Teknis Sumber Daya Manusia Kesehatan Tingkat Daerah Provinsi	Persentase peningkatan kompetensi karyawan melalui pelatihan 20 JPL/Thn di RS	%	60,00	59,00	98	ST	2.676.223.600	2.420.289.935	90,44	ST
Peningkatan Kompetensi dan Kualifikasi Sumber Daya Manusia Kesehatan	Jumlah Sumber Daya Manusia Kesehatan Kompetensi dan Kualifikasi Meningkat	Orang	734,00	668,00	91,01	ST	2.676.223.600	2.420.289.935	90,44	ST

Sumber data : Evdoren TW IV Tahun 2025

Lampiran 4.b Laporan Evaluasi Capaian Rencana Aksi Kegiatan Berdasarkan Perjanjian Kinerja RSUD A. Wahab Sjahranie Triwulan IV Tahun 2025



**LAPORAN
CAPAIAN KINERJA
TRIWULAN IV BERDASARKAN
RENCANA AKSI KEGIATAN (RAK)**


**RSUD ABDOEL WAHAB SJAHRANIE
TAHUN LAPORAN 2025**

BerAKHLAK
BerAKHLAK BerAKHLAK BerAKHLAK BerAKHLAK BerAKHLAK BerAKHLAK BerAKHLAK BerAKHLAK BerAKHLAK BerAKHLAK

**#bangga
melayani
bangsa**

#rsudaws We Serve You *Safely*

f RSUD AW Sjahranie @rsudaws rsudaws.co.id



LAPORAN

**EVALUASI CAPAIAN
PERJANJIAN KINERJA (PK)
TRIWULAN IV TAHUN 2025**

**RSUD A.W. SJHRANIE
SAMARINDA**

BerAKHLAK
BerAKHLAK adalah komitmen seluruh jajaran RSUD A.W. Sjahranie untuk memberikan pelayanan yang terbaik kepada masyarakat.

**#bangga
melayani
bangsa**

#rsudaws We Serve You *Safely*

RSUD A.W. Sjahranie rsudaws rsudaws.co

LAPORAN

EVALUASI CAPAIAN

RENCANA STRATEGIS

TRIWULAN IV TAHUN 2025


RSUD ABDOEL WAHAB SJHRANIE

SAMARINDA

BerAKHLAK #bangga melayani bangsa

#rsudaws We Serve You *Safely*

RSUD AW Sjahranie rsudaws rsudaws.co.id



**LAPORAN EVALUASI
INDIKATOR KINERJA UTAMA [IKU]**

TRIWULAN IV TAHUN 2025

**RSUD A.W. SJHRANIE
SAMARINDA**

BerAKHLAK #bangga
melayani
hambatan

#rsudaws We Serve You *Safely*



**LAPORAN CAPAIAN
STANDAR PELAYANAN MINIMAL
[SPM] TRIWULAN IV 2025**

RSUD ABDOEL WAHAB SJAHRANIE

BerAKHLAK **#bangga
meikayani
bangsa**

#rsudaws We Serve You *Safely*

RSUD A. Wahab Sjahrane rsudaws rsudaws.id

Lampiran 5 Bukti Surat Permintaan Rekomendasi Direktur atas Laporan Hasil Capaian Kinerja Triwulan IV Tahun 2025



PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR
DINAS KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ABDOEL WAHAB SJAHRANIE
Jalan Palang Merah Indonesia Nomor 1, Sidodadi, Samarinda Ulu, Samarinda 75123
Telepon (0541) 744979, 744978, 738070 (Sistem Lacak)
Laman <https://rsudaws.co.id>; Pos-el kaltim@rsudaws.co.id

Samarinda, 10 Januari 2026

Nomor : 000.3.6/3228/BP/2026
Lampiran : 1 (satu) Dokumen
Hal : Permohonan Rekomendasi dari Evaluasi Rencana Aksi Kegiatan TW IV Tahun 2025

Kepada Yth.
Plt.Direktur RSUD A.W. Sjahrnie
di-
Samarinda

Sehubungan telah dilakukannya monitoring dan Evaluasi terhadap Program/Kegiatan melalui Rencana Aksi Kegiatan Bidang /Bagian di Triwulan IV 2025 ini, maka dimohonkan kepada Plt Direktur untuk memberikan Rekomendasi atas Hasil Capaian Kinerja tersebut. Dengan harapan rekomendasi ini sebagai dasar tindak lanjut para kepala Bagian/Bidang dalam melakukan Rencana Aksi selanjutnya

Demikian disampaikan, atas perhatian dan perkenannya diucapkan terimakasih.


Plt Wadir Umum dan Keuangan
dr. Nurliana Adriati Noor, M.Kes., MARS
NIP. 197212132006042007

Lampiran 6Bukti Rekomendasi Direktur atas Laporan Hasil Capaian Kinerja Triwulan IV Tahun 2025

I. Lembar Rekomendasi Pimpinan

LEMBAR REKOMENDASI PIMPINAN ATAS CAPAIAN KINERJA TRIWULAN IV TAHUN 2025

Program/Kegiatan/Sub Kegiatan	Indikator	KINERJA					KEUANGAN				Rekomendasi
		Satuan	Target	Realisasi	Persen	Predikat	Pagu Perubahan	Realisasi Keuangan (Rp)	Persen (%)	Predikat	
ESD.A. Wahab Supriatni di Samarinda					110	ST	922.847.902.043	874.859.310.888	95	ST	
PROGRAM PENUNJANG URUSAN PEMERINTAHAN DAERAH PROVINSI	Pemantauan Kualitas Pelayanan yang Berkelanjutan	%	100	100	100	ST	901.066.020.512	854.525.633.835	95	ST	
	Indeks Kualitas Layanan Masyarakat	Indeks	82	92	112	ST					
Perencanaan, Penganggaran, dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah	Jumlah Dokumen Perencanaan dan Evaluasi Kinerja Rencana Kerja	Dokumen	51	51	100	ST	75.169.783	58.890.948	78	T	untuk tetap dipertahankan
Penyusunan Dokumen Perencanaan Perangkat Daerah	Jumlah Dokumen Perencanaan Perangkat Daerah	Dokumen	13	13	100	ST	28.996.000	20.985.255	72	S	Perencanaan kegiatan, baik target
Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah	Jumlah Laporan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah	Laporan	38	38	100	ST	46.173.783	37.905.593	82	T	
Remediasi Keuangan Perangkat Daerah	Persentase Realisasi Anggaran Rumah Sakit	%	88	94	107	ST	299.061.022.564	291.330.204.483	97	ST	
Penyediaan Gaji dan Tunjangan ASN	Jumlah Orang yang Menerima Gaji dan Tunjangan ASN	Orang/bulan	2.116	2.104	99	ST	298.620.605.854	290.992.519.149	97	ST	dipertahankan sesuai kinerja ST

Program/Kegiatan/Sub Kegiatan	Indikator	KINERJA					KEUANGAN				Rekomendasi
		Satuan	Target	Realisasi	Persen	Predikat	Pagu Perubahan	Realisasi Keuangan (Rp)	Persen (%)	Predikat	
Penyediaan Administrasi Pelaksanaan Tugas ASN	Jumlah Dokumen Hasil Penyediaan Administrasi Pelaksanaan Tugas ASN	Dokumen	4	4	100	ST	309.600.000	218.280.000	71	S	ditutupi dengan Revisi 17
Koordinasi dan Penyusunan Laporan Keuangan Akhir Tahun SKPD	Jumlah Laporan Keuangan Akhir Tahun SKPD dan Laporan Hasil Koordinasi Penyusunan Laporan Keuangan Akhir Tahun SKPD	Laporan	1	1	100	ST	60.000.000	58.500.000	98	ST	melihat progress
Koordinasi dan Penyusunan Laporan Keuangan Bulanan/ Triwulanan/Semesteran SKPD	Jumlah Laporan Keuangan Bulanan/ Triwulanan/Semesteran SKPD dan Laporan Hasil Koordinasi Penyusunan Laporan Keuangan Bulanan/Triwulanan/Semesteran SKPD	Laporan	12	12	100	ST	75.416.710	60.905.540	81	T	
Administrasi Barang Milik Daerah pada Perangkat Daerah	Jumlah Dokumen Administrasi Barang Milik Daerah	Dokumen	20	20	100	ST	5.300.000	5.292.000	100	ST	
Pembinaan, Pengawasan, dan Pengendalian Barang Milik Daerah pada SKPD	Jumlah Laporan Hasil Pembinaan, Pengawasan, dan Pengendalian Barang	Laporan	2	2	100	ST	5.300.000	5.292.000	100	ST	

Lampiran 7Bukti Surat Penyampaian Tentang Reward dan Funisment atas Capaian Kinerja bidang/Bagian Tahun 2025



PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR

DINAS KESEHATAN

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ABDOEL WAHAB SJAHRANIE

Jalan Palang Merah Indonesia Nomor 1, Sidodadi, Samarinda Ulu, Samarinda 75123

Telepon (0541) 744979, 744978, 738070 (Sistem Lacak)

Nomor : 000.5.9.2/3477/BP/2026
Lampiran : 1 (satu) berkas
Hal : Pemberian Penghargaan atas Prestasi Kinerja Tahun 2025

Samarinda, 05 Maret 2026

Kepada Yth.
Seluruh
Kepala Bidang/Bagian/Instalasi/Unit
di-
Samarinda

Sehubungan dengan telah dilakukannya Penilaian Kinerja Tahun 2025 berdasarkan Perjanjian Kinerja yang tertuang dalam Rencana Strategis Rumah Sakit terhadap Kinerja Bidang/Bagian/Instalasi/Unit maka dengan ini kami sampaikan penghargaan atas Prestasi Kinerja yang telah dilaksanakan, adapun Prestasi Kinerja tersebut adalah :

1. Capaian Target Kinerja dari Bidang/Bagian atas Pelaksanaan Rencana Aksi Kegiatan berdasarkan Perjanjian Kinerja Tahun 2025
2. Capaian target Kinerja dari Bidang/Bagian/Instalasi/Unit atas Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Tahun 2025

Demikian disampaikan, atas perhatian dan dilaksanakan sebagaimana mestinya.



dr. Nurliana Adriati Noor, M.Kes., MARS
NIP. 197212132006042007

Lampiran 8Bukti Piagam Penghargaan / Reward atas Pencapaian Kinerja Tahun 2025



Lampiran 9Bukti Survei Kepuasan Masyarakat Semester I Tahun 2025

LAPORAN HASIL

SURVEI INDEKS KEPUASAN MASYARAKAT RSUD ABDOEL WAHAB SJAHRANIE TAHUN 2025 SEMESTER I

DISUSUN OLEH
 UNIT LAYANAN STRATEGIS PUSAT KAJIAN MANAJEMEN DAN KEBIJAKAN PELAYANAN KESEHATAN (PKMKPK) UNIVERSITAS MULAWARMAN

harapan terhadap peningkatan layanan di masa mendatang. Berdasarkan pelaksanaan survei diketahui bahwa

Tabel 2. Nilai Rerata Berdasarkan Unsur Pelayanan

No	Unsur Pelayanan	Nilai Rerata/Nilai
1.	Persyaratan	3,4260
2.	Sistem, Mekanisme Dan Prosedur	3,4466
3.	Waktu Penyelesaian	3,4134
4.	Biaya/ Tarif	3,5534
5.	Prosedur Spesifikasi Jenis Pelayanan	3,4869
6.	Kompetensi Pelaksanaan	3,4221
7.	Perilaku Pelaksana	3,5988
8.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	3,7163
9.	Sarana Dan Prasarana	3,3636
	Total	3,4919

Sumber: Data Primer Tahun 2025

Pada Tabel 2, diketahui bahwa Unsur dengan Nilai Tertinggi adalah Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan dengan nilai (3.7163) menunjukkan bahwa pasien merasa puas terhadap respon rumah sakit dalam menerima dan menindaklanjuti keluhan atau masukan, sedangkan unsur dengan Nilai Terendah adalah Sarana dan Prasarana (3.3636) yang bisa diartikan masih ada ruang perbaikan pada fasilitas pendukung seperti ruang tunggu, kamar mandi, tempat ibadah, atau aksesibilitas layanan.

Tabel 3. Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Unsur yang diteliti

Unsur Pelayanan	Rata-Rata Perataan	Rata-Rata Tertimbang
Persyaratan	3,43	0,381
Sistem, Mekanisme dan Prosedur	3,45	0,383
Waktu Penyelesaian	3,41	0,379
Biaya/Tarif	3,55	0,395
Produk Spesifikasi Jenis Pelayanan	3,49	0,387
Kompetensi Pelaksana	3,42	0,380
Perilaku Pelaksana	3,60	0,400
Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	3,72	0,413
Sarana dan Prasarana	3,36	0,374
Total		3,49
Nilai indeks kepuasan masyarakat (IKM) = $3,49 \times 25$		87,29
Mutu pelayanan		B
Kinerja Unit Pelayanan		BAIK

Sumber: Data Sekunder, 2025

14

Lampiran 10Bukti Survei Kepuasan Masyarakat Semester II Tahun 2025



Unsur Penilaian	Rata-Rata% Penilaian	Rata-Rata Tertimbang
Persyaratan	3,605	0,4005
Sistem, Mekanisme dan Prosedur	3,571	0,3967
Waktu Penyelesaian	3,234	0,3593
Biaya Tarif	3,589	0,3987
Produk Spesifikasi Jenis Layanan	3,425	0,3806
Kompetensi Pelaksana	3,604	0,4005
Perilaku Pelaksana	3,609	0,4010
Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	3,613	0,4015
Sarana dan Prasarana	3,481	0,3867

14

Unsur Penilaian	Rata-Rata% Penilaian	Rata-Rata Tertimbang
Total		3,5255
Nilai Indeks Kepuasan Masyarakat= 3,5255 x 25		88,13
Mutu Pelayanan		B
Kinerja Unit Pelayanan		BAIK

Sumber: Data Primer, 2025

Lampiran 11Bukti Survei Kepuasan Pegawai Tahun 2025

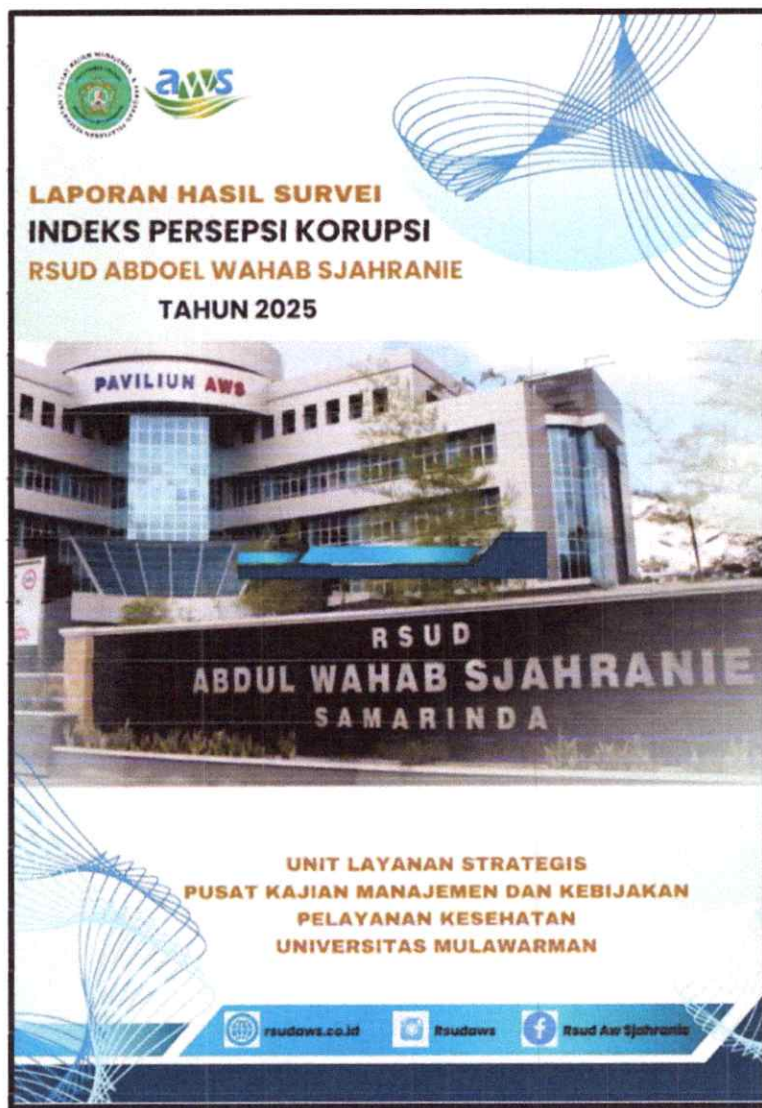


Nilai Indeks Kepuasan Pegawai	Responden
79,32	Jumlah (N) 310 pegawai
	Jenis Kelamin Laki-laki: 194 orang Perempuan: 134 orang
	Status PNS: 132 orang PPPK: 177 orang PWKT: 19 orang
	B Periode September – Oktober Tahun 2025

Hasil SKP pada tahun 2025 meningkat menjadi 79,32 dengan kategori B. Dengan hal ini menunjukkan ada respon yang lebih positif dari pegawai RSUD Abdul Wahab Sjahrani. menunjukkan ada respon yang lebih positif dari pegawai RSUD Abdul Wahab Sjahrani.

Nilai Persepsi	Nilai Interval	Nilai Interval Konversi	Mutu Pelayanan	Kinerja Pelayanan
1	1,00 – 2,10	20,00 – 42,99	E	Tidak Baik
2	2,11 – 2,84	43 – 56,8	D	Kurang Baik
3	2,85 – 3,66	56,9 – 73,2	C	Cukup Baik
4	3,67 – 4,40	73,3 – 88	B	Baik
5	4,41 – 5,00	88,1 – 100	A	Sangat Baik

Lampiran 12Bukti Survei Indeks Persepsi Korupsi (IPK) Tahun 2025



Q1-Q10	Indikator	Nilai Rata-Rata (NRR)	Kinerja
Q1	Manipulasi Peraturan	3,72	Sangat Bersih dari korupsi
Q2	Penyalahgunaan Jabatan	3,72	Sangat Bersih dari korupsi
Q3	Menjual Pengaruh	3,22	Bersih dari korupsi
Q4	Transparansi Biaya	3,69	Sangat Bersih dari korupsi
Q5	Transaksi Rahasia	3,23	Bersih dari korupsi
Q6	Biaya Tambahan	3,7	Sangat Bersih dari korupsi
Q7	Hadiah	3,26	Bersih dari korupsi
Q8	Transparansi Pembayaran	3,6	Sangat Bersih dari korupsi
Q9	Percaloan	3,25	Bersih dari korupsi
Q10	Perbuatan Curang	3,24	Bersih dari korupsi
IPK		3,46	Bersih dari korupsi
Konversi		86,58	B

Nilai Persepsi	Nilai Interval	Nilai Interval Konversi IPK	Mutu	Kinerja
1	1,00-2,5996	25,00-64,99	D	Tidak bersih dari korupsi
2	2,60-3,064	65,00-76,60	C	Kurang bersih dari korupsi
3	3,0644-3,532	76,61-88,30	B	Bersih dari korupsi
4	3,5324-4,00	88,31-100,00	A	Sangat bersih dari korupsi

Lampiran 13Bukti Indeks Kesekretariatan

RSUD ABDOEL WAHAB SJAHRANIE							
INDIKATOR PROGRAM PENUNJANG URUSAN PEMERINTAHAN							
PERHITUNGAN NILAI INDEKS KUALITAS LAYANAN KESEKRETARIATAN TW IV 2025							
No.	Komponen Perhitungan	Keterangan	Ket	Target	Realisasi	Bobot	Nilai Index=(Realisasi/Target x bobot) tw 4
1	Persentase Dokumen Perencanaan, penganggaran evaluasi Kinerja RS	Jumlah Dokumen Perencanaan Perangkat Daerah Laporan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah yang terpenuhi	51	100	100	40	40
		Jumlah Dokumen Perencanaan Perangkat Daerah Laporan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah	51				
2	Persentase Realisasi Anggaran	Realisasi Bulanan Biro ADBANG	100	100	93	30	27,9
3	Presentase SDM Aparatur yang mengikuti pendidikan dan pelatihan	Jumlah Pegawai yang mengikuti BIMTEK/Pelatihan	1.615	100	76	25	19
		Jumlah Seluruh Pegawai (PNS dan PPPK)	2.116				
4	Persentase Sarana dan Prasarana kantor yang berfungsi dengan baik	Data Sarana	97,38	100	95	5	5
		Data Prasarana	92,11				
						100	92

Lampiran 14Bukti Hasil Pengaduan yang di tindak lanjuti

Jumlah Pengaduan Dari Bulan Oktober s/d Desember tahun 2025

No.	Bulan	Jumlah Pengaduan	Penyelesaian		Keterangan
			Selesai	Tidak Selesai	
1	Oktober	12	12	0	
2	November	13	13	0	
3	Desember	8	8	0	
Jumlah pengaduan 33					

Upaya-upaya yang dilaksanakan dalam rangka penanganan pengaduan antara lain :

1. Melakukan pencatatan data dan indentitas pelapor.
2. Melakukan konfirmasi ke bagian terkait dengan pengaduan.
3. Bersurat ke bagian terkait.

4. Memfasilitasi pertemuan.
5. Melakukan klarifikasi kepada pelapor.
6. Membuat laporan

Lampiran 15 Bukti Hasil Survei Akreditasi Diklit (A) / Kategori Hijau


**Hasil Pemantauan dan Evaluasi RSUD Abdoel Wahab Sjahrane Samarinda
Periode Penilaian Triwulan II Tahun 2025**

1. Hasil Penilaian Triwulan II Tahun 2025

Komponen Penilaian	Skor (%)	Hasil Penilaian (%)
A. Kepatuhan Administrasi (bobot 60%)		
1. Media publikasi/ flyer	30%	30,00%
2. Manajemen Pembelajaran/ setting kelas	30%	30,00%
Skor	60%	60,00%
B. Kepuasan Pelanggan (bobot 40%)		
1. Evaluasi Fasilitator	16%	15,84%
2. Evaluasi Materi	14%	13,72%
3. Evaluasi Penyelenggaraan/ Tata Kelola	10%	9,70%
Skor	40%	39,26%
Total Skor Evaluasi (A+B)	100%	99,26 %

2. Kategori Hasil Penilaian Evaluasi Lembaga Pelatihan (Pedoman dan Instrumen Akreditasi Lembaga Pelatihan Tahun 2025)

Total Skor Evaluasi	Sanksi	Keterangan
91% - 100%	Tidak ada sanksi	Hijau
71% - 90,99%	SP1	Kuning
51% - 70,99%	SP2	Jingga
41% - 50,99%	Penurunan level	Merah
31% - 40,99%	Pembekuan akun	Hitam
0 - 30,99%	Pencabutan	Hitam

Direktur Mutu Sumber Daya Manusia Kesehatan,

 dr. Yudhi Pramono, MARS

Lampiran 16 Bukti SIMONBANGKOM BPSDM

