



PEMERINTAH
KOTA PEMATANGSIANTAR



**LAPORAN
AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI
PEMERINTAH (LAKIP)
RSUD dr. DJASAMEN SARAGIH KOTA PEMATANGSIANTAR
TAHUN 2024**

Jalan Sutomo No.250 Kota Pematangsiantar
Telp : (0622) - 23823-23824-22959
Website : <https://rsud.pematangsiantar.go.id>

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji dan syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Kuasa, atas rahmat dan karunia-Nya, kami dapat menyelesaikan penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) RSUD dr. Djasamen Saragih Tahun 2024 sesuai dengan amanah Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah yang ditindaklanjuti dengan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Review atas Laporan Kinerja Pemerintah.

Penyusunan LAKIP ini pada hakikatnya merupakan suatu kewajiban dan upaya RSUD dr. Djasamen Saragih dalam memberikan informasi dan penjelasan mengenai apa yang telah direncanakan, dilaksanakan dan yang telah dicapai selama tahun 2024 secara transparan dan akuntabel.

LAKIP disusun sebagai sarana pertanggungjawaban kepada masyarakat serta pengendalian dan penilaian kinerja RSUD dr. Djasamen Saragih atas pelaksanaan program/kegiatan sesuai dengan tugas dan fungsi yang diamanahkan selama kurun waktu 1 (satu) tahun yang memuat tentang pencapaian kinerja, pelaksanaan program/kegiatan serta menguraikan keberhasilan maupun kegagalan serta hal-hal yang perlu mendapatkan perhatian untuk perbaikan kinerja pada masa mendatang melalui evaluasi yang obyektif atas perkembangan rumah sakit.

Demikian LAKIP RSUD dr. Djasamen Saragih Tahun 2024 ini disusun untuk dapat dipergunakan sebagai bahan evaluasi, monitoring dan penetapan kebijakan bagi pihak-pihak terkait, khususnya dalam upaya peningkatan kinerja di masa yang akan datang.

Pematangsiantar, 10 Februari 2025

DIREKTUR RSUD dr. DJASAMEN SARAGIH
KOTA PEMATANGSIANTAR



dr. AULIA SUKRI SAMBAS, MKM
NIP 19690814 200604 1 004

DAFTAR ISI

Kata Pengantar.....	i
Daftar Isi.....	ii
Daftar Tabel.....	iv
Daftar Gambar dan Grafik	vi
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Penjelasan Umum Organisasi.....	1
1.1.1. Sejarah Rumah Sakit.....	1
1.1.2. Landasan Hukum.....	3
1.2. Aspek Strategis Organisasi.....	3
1.2.1. Organisasi	3
1.2.2. Sumber Daya Manusia	20
1.2.3. Sarana dan Prasarana.....	26
1.2.4. Jenis Layanan.....	27
1.2.5. Layanan Unggulan.....	28
1.2.6. Akreditasi.....	28
1.3. Permasalahan Utama (<i>Strategis Issue</i>).....	28
BAB II PERENCANAAN KINERJA.....	30
2.1. Ikhtiar Perjanjian Kinerja	30
2.2. Indikator Kinerja Utama.....	30
2.3. Strategi dan Arahannya	31
2.3.1. Strategi	31
2.3.2. Arah Kebijakan.....	32
BAB III AKUNTABILITAS KINERJA.....	33
3.1. Capaian Kinerja Organisasi	33
3.1.1. Perbandingan antara Target dan Realisasi Kinerja Tahun 2024.....	33
3.1.2. Perbandingan antara Realisasi Kinerja serta Capaian Kinerja Tahun 2024 dengan Tahun 2023 dan Beberapa Tahun Terakhir.....	40
3.1.3. Perbandingan Realisasi Kinerja sampai dengan Tahun 2024 dengan Target Jangka Menengah yang terdapat di dalam Dokumen Perencanaan Strategis Nasional.....	40

3.1.4. Perbandingan Realisasi Kinerja Tahun 2024 dengan Standar Nasional.....	41
3.1.5. Ananlisi Penyebab Keberhasilan/Kegagalan Kinerja serta Alternatif solusi yang akan dilaksanakan	42
3.1.6. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya	44
3.1.7. Analisis Program/Kegiatan yang Menunjang Keberhasilan Atau Kegagalan Pencapaian Pernyataan Kinerja	46
3.2. Realisasi Anggaran	47
BAB IV PENUTUP	49

LAMPIRAN



DAFTAR TABEL

Tabel 1	Jumlah SDM RSUD dr. Djasamen Saragih Tahun 2021 – 2024.....	20
Tabel 2	SDM RSUD dr. Djasamen Saragih berdasarkan Jenis Pendidikan dan Status Ketenagaan Tahun 2024.....	21
Tabel 3	SDM RSUD dr. Djasamen Saragih berdasarkan Strata Pendidikan Tahun 2024.....	23
Tabel 4	Kekurangan SDM RSUD dr. Djasamen Saragih Sesuai dengan Peta Jabatan Tahun 2024.....	24
Tabel 5	Ketersediaan Sarana dan Prasarana RSUD dr. Djasamen Saragih Tahun 2024	26
Tabel 6	Jenis Layanan RSUD dr. Djasamen Saragih Tahun 2024.....	27
Tabel 7	Tingkat Akreditasi RSUD dr. Djasamen Saragih Tahun 2017 – 2022	28
Tabel 8	Perjanjian Kinerja RSUD dr. Djasamen Saragih Tahun 2024.....	30
Tabel 9	Indikator Kinerja Utama (IKU) RSUD dr. Djasamen Saragih Tahun 2024.....	30
Tabel 10	Kinerja RSUD dr. Djasamen Saragih berdasarkan Indikator Kinerja Tahun 2024.....	33
Tabel 11	Rekapitulasi Nilai SPM berdasarkan Jenis Layanan RSUD dr. Djasamen Saragih Tahun 2024	34
Tabel 12	Capaian BOR RSUD dr. Djasamen Saragih Kota Pematangsiantar berdasarkan Triwulan Tahun 2024	36
Tabel 13	Hasil Survey Kepuasan Masyarakat (SKM) RSUD dr. Djasamen Saragih berdasarkan SIKEMAS Tahun 2024.....	38
Tabel 14	Capaian Kinerja RSUD dr. Djasamen Saragih berdasarkan Indikator Kinerja Tahun 2024.....	40
Tabel 15	Perbandingan antara Realisasi Kinerja serta Capaian Kinerja Tahun 2024 dengan Tahun 2023 dan beberapa Tahun Terakhir.....	40

Tabel 16	Perbandingan Realisasi Kinerja Tahun 2024 dengan Standar Nasional	41
Tabel 17	Capaian BOR RSUD dr. Djasamen Saragih Kota Pematangsiantar Tahun 2021 - 2024.....	41
Tabel 18	Realisasi Program Per Indikator Kinerja RSUD dr. Djasamen Saragih Tahun 2024	42
Tabel 19	Perbandingan Capaian Kinerja dan Anggaran RSUD dr. Djasamen Saragih Tahun 2024	43
Tabel 20	Efisien Per Indikator Kinerja RSUD dr. Djasamen Saragih Tahun 2024	44
Tabel 21	Realisasi Anggaran Sesuai Program Tahun 2024 RSUD dr. Djasamen Saragih Tahun 2024	47

DAFTAR GAMBAR DAN GRAFIK

Gambar 1	Struktur Organisasi RSUD dr. Djasamen Saragih Kota Pematangsiantar berdasarkan Peraturan Wali Kota Pematangsiantar Noor 28 Tahun 2022.....	4
Grafik 1	Pegawai RSUD dr. Djasamen Saragih berdasarkan Jenjang Pendidikan Tahun 2024.....	23
Grafik 2	Gambaran Kinerja Pelayanan RSUD dr. Djasamen Saragih Berdasarkan SPM Tahun 2023.....	35
Grafik 3	Gambaran Capaian BOR RSUD dr. Djasamen Saragih Berdasarkan Triwulan Tahun 2024.....	36
Grafik 4	Gambaran Hasil Survei Kepuasan Masyarakat (SKM) RSUD dr. Djasamen Saragih berdasarkan SIKEMAS Tahun 2024.....	38
Grafik 5	Grafik Perkembangan BOR BLUD RSUD dr. Djasamen Saragih Tahun 2020 – 2024.....	42

1.1. Penjelasan Umum Organisasi

1.1.1. Sejarah Rumah Sakit

RSUD dr. Djasamen Saragih Kota Pematangsiantar didirikan oleh pemerintah Kolonial Belanda pada tahun 1911 dan dinamakan dengan “SIANTAR DOKTER FOND.S”. Pada tahun 1942, Jepang menduduki Indonesia dan pengelolaan rumah sakit diambil alih oleh pemerintah Jepang sampai dengan kekalahan Jepang pada perang dunia ke – 2. Kekalahan Jepang tersebut memaksa Jepang keluar dari Indonesia dan rumah sakit ini dikelola kembali oleh pemerintah Belanda sampai dengan tahun 1958. Pada tahun 1958, pemerintah Belanda melaksanakan penyerahan pengelolaan rumah sakit secara penuh kepada Negara Republik Indonesia, yaitu kepada Pemerintahan Provinsi Sumatera Utara dan nama rumah sakit diubah menjadi Rumah Sakit Umum Daerah Pematangsiantar.

Pada tahun 1992, Rumah Sakit Umum Daerah Pematangsiantar ditetapkan menjadi rumah sakit Kelas B berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1070/Menkes/SK/XI/1992 yang ditetapkan di Jakarta, pada tanggal 28 Nopember 1992 dan Surat Keputusan Gubernur Kepala Daerah Tingkat I Sumatera Utara Nomor 445/3155/K/Tahun 1992 tanggal 31 Desember 1992.

Sejak penerapan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah yang mengatur tentang otonomi daerah dan desentralisasi bidang kesehatan, maka Rumah Sakit Umum Daerah Pematangsiantar selanjutnya diserahkan oleh Pemerintah Provinsi Sumatera Utara kepada Pemerintah Kota Pematangsiantar pada tanggal 27 Desember 2001. Sejak penyerahan tersebut Rumah Sakit Umum Daerah Pematangsiantar menjadi milik dan dikelola oleh Pemerintah Kota Pematangsiantar.

Pada Tahun 2007, nama Rumah Sakit Umum Pematangsiantar diubah menjadi Rumah Sakit Umum Daerah dr. Djasamen Saragih berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 515/MENKES/SK/IV/2007 yang ditetapkan pada tanggal 23 April 2007 di Jakarta.

Tahun 2012, Rumah Sakit Umum Daerah Pematang Siantar ditetapkan sebagai Rumah Sakit Kelas B Pendidikan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.03.05/1/1735/2012. Sebagai rumah sakit pendidikan, kerjasama awal di bidang pendidikan dilaksanakan dengan Fakultas Kedokteran Universitas Methodist Indonesia (UMI) sebagai Fakultas Kedokteran Utama dan beberapa tahun selanjutnya secara bertahap melaksanakan mengembangkan kerja sama dengan Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sumatera Utara (UISU) dan Fakultas Kedokteran Universitas HKBP Nomensen (UHN).

Pada beberapa tahun belakangan ini, terjadi penurunan kinerja rumah sakit yang salah satunya berdampak terhadap tidak terlaksananya kerja sama pendidikan dengan Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sumatera Utara (UISU) dan Universitas HKBP

Nomensen (UHN), sehingga saat ini, rumah sakit hanya melaksanakan kerjasama pendidikan dengan Fakultas Kedokteran Universitas Methodist Indonesia (UMI).

Sehubungan dengan terbitnya Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum serta Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, maka sejak tanggal 1 Januari 2014, RSUD dr. Djasamen Saragih Kota Pematangsiantar melaksanakan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) berdasarkan Surat Keputusan Wali Kota Pematang Siantar Nomor 445/632/VIII/WK-2013, tanggal 16 Agustus 2013 tentang Penetapan Status Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK – BLUD) RSUD dr. Djasamen Saragih.

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/Menkes/391/2014 tentang Pedoman Penetapan Rumah Sakit Rujukan Regional, maka pada Tahun 2014, RSUD dr. Djasamen Saragih ditetapkan menjadi Rumah Sakit Rujukan Regional Propinsi Sumatera Utara sesuai dengan terbitnya Peraturan Gubernur Provinsi Sumatera Utara Nomor 35 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Sistem Rujukan Pelayanan dengan jejaring RSUD Tarutung (Kabupaten Tapanuli Utara), RSUD Porsea (Kabupaten Toba Samosir), RSUD Parapat (Kabupaten Simalungun), RSUD Tuan Rondahaim (Kabupaten Simalungun) dan RSUD Perdagangan (Kabupaten Simalungun). Kebijakan penetapan RSUD dr. Djasamen Saragih menjadi rumah sakit rujukan regional dipertegas dengan terbitnya Keputusan Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan Nomor HK.02.03/1/0363/2015 tentang pedoman Penetapan Rumah Sakit Rujukan Regional.

Sesuai dengan amanat Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah yang ditindaklanjuti dengan Peraturan Wali Kota Pematangsiantar Nomor 15 Tahun 2017 tentang Pembentukan Unit Pelaksana Teknis Daerah RSUD dr. Djasamen Saragih Kota Pematangsiantar pada Dinas Kesehatan Kota Pematangsiantar, maka RSUD dr. Djasamen Saragih yang sebelumnya merupakan Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) ditetapkan menjadi Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kota Pematangsiantar. Perubahan ini berdampak kepada hilangnya eselonisasi direktur menjadi pejabat fungsional yang diberikan tugas tambahan untuk memimpin rumah sakit, yang berakibat terhadap semakin sempitnya peran direktur rumah sakit dalam melaksanakan pengelolaan rumah sakit yang berdampak terhadap penurunan kinerja.

Berdasarkan amanat Peraturan Pemerintah Nomor 72 tahun 2019 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 18 tahun 2016 tentang Perangkat Daerah, maka sejak tanggal 30 Desember 2022 RSUD dr. Djasamen Saragih tidak lagi merupakan Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kota Pematangsiantar tetapi menjadi Unit Organisasi Bersifat Khusus (UOBK) yang ditetapkan berdasarkan Peraturan Wali Kota Pematangsiantar Nomor 28 Tahun 2022 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah dr. Djasamen Saragih Kota Pematangsiantar.

1.1.2. Landasan Hukum

Landasan hukum organisasi RSUD dr. Djasamen Saragih Kota Pematangsiantar adalah sebagai berikut:

- 1) Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
- 2) Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
- 3) Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
- 4) Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2024 tentang Kota Pematangsiantar di Provinsi Sumatera Utara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 123, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6945);
- 5) Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2019 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 187, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6402);
- 6) Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659);
- 7) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 Tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
- 8) Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah;
- 9) Keputusan Wali Kota Pematangsiantar Nomor 445/632/VIII/Wk-Thn 2013 tentang Penetapan Status Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah dr. Djasamen Saragih;
- 10) Peraturan Wali Kota Pematangsiantar Nomor 28 Tahun 2022 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah dr. Djasamen Saragih Kota Pematangsiantar (Berita Daerah Kota Pematangsiantar Tahun 2022 Nomor 28).

1.2. Aspek Strategis Organisasi

1.2.1. Organisasi

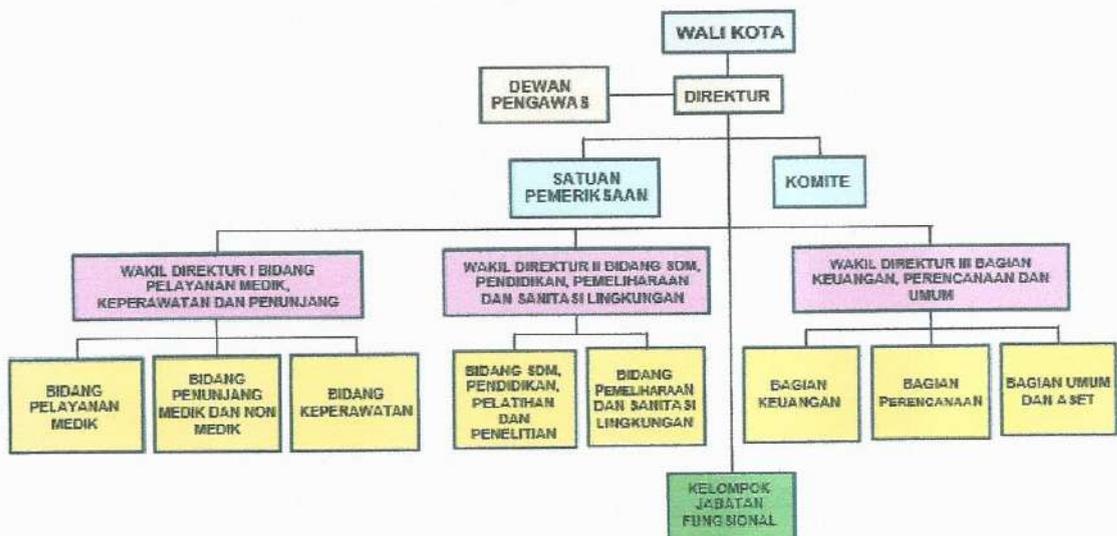
RSUD dr. Djasamen Saragih Kota Pematangsiantar mempunyai tugas melaksanakan upaya penyembuhan dan pemulihan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan pelayanan kepada masyarakat, meliputi memberi pelayanan medis, pelayanan penunjang medis dan non

medis, pelayanan dan asuhan keperawatan, pelayanan rujukan, pengelolaan administrasi umum dan keuangan, penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan di bidang kesehatan serta melaksanakan tugas lain yang diberikan walikota sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Berdasarkan Peraturan Wali Kota Pematangsiantar Nomor 28 Tahun 2022 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah dr. Djasamen Saragih Kota Pematangsiantar BAB IV Susunan Organisasi, Pasal 8 dinyatakan bahwa susunan organisasi RSUD dr. Djasamen Saragih terdiri dari :

- 1) Direktur
- 2) Wakil Direktur I Bidang Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang, terdiri dari :
 - a. Bidang Pelayanan Medik;
 - b. Bidang Penunjang Medik dan Non Medik; dan
 - c. Bidang Keperawatan
- 3) Wakil Direktur II Bidang SDM, Pendidikan, Pemeliharaan dan Sanitasi Lingkungan, terdiri dari :
 - a. Bidang SDM, Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian; dan
 - b. Bidang Pemeliharaan dan Sanitasi Lingkungan
- 4) Wakil Direktur III Bidang Keuangan, Perencanaan dan Umum, terdiri dari :
 - a. Bagian Keuangan;
 - b. Bagian Perencanaan; dan
 - c. Bagian Umum dan Aset.
- 5) Satuan Pemeriksa Internal
- 6) Komite Medis
- 7) Jabatan Fungsional.

Gambar 1
Struktur Organisasi RSUD dr. Djasamen Saragih Kota Pematangsiantar berdasarkan Peraturan Wali Kota Pematangsiantar Nomor 28 Tahun 2022



Adapun tugas dan fungsi masing-masing pejabat struktural sebagaimana diatur dalam Peraturan Walikota Pematangsiantar Nomor 28 Tahun 2022 adalah sebagai berikut:

1) Direktur

Mempunyai tugas merencanakan, mengkoordinasikan, menggerakkan, mengawasi dan mengendalikan pelaksanaan tugas rumah sakit, dengan fungsi sebagai berikut:

- a. Penyelenggaraan kesekretariatan, keuangan, pelayanan medis dan keperawatan;
- b. Penyelenggaraan rehabilitasi, pencegahan dan pengobatan penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan;
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan latihan untuk tenaga medis, paramedis dan tenaga lainnya;
- d. Pengorganisasian penyelenggaraan penelitian dan pengembangan;
- e. Penyelenggaraan pelayanan penunjang medis dan non medis;
- f. Penyelenggaraan pelayanan dan asuhan keperawatan;
- g. Penyelenggaraan pelayanan rujukan (*sistem referral*);
- h. Penyelenggaraan manajemen sumber daya manusia;
- i. Penyelenggaraan tata usaha dan kerumahtanggaan; dan
- j. Melaksanakan tugas lain yang diberikan Wali Kota terkait tugas dan fungsinya.

Dalam penyelenggaraan fungsi tersebut, Direktur mempunyai uraian tugas, yaitu:

- a. Menjalankan operasional rumah sakit dengan berpedoman pada peraturan perundang-undangan;
- b. Menjamin kepatuhan rumah sakit terhadap peraturan perundang-undangan;
- c. Menetapkan regulasi rumah sakit, termasuk tentang pengaturan regulasi dan dokumen rumah sakit;
- d. Menjamin kepatuhan staf rumah sakit dalam implementasi semua regulasi rumah sakit yang ditetapkan dan disepakati bersama;
- e. Menindaklanjuti terhadap semua laporan dari hasil pemeriksaan dari badan audit; dan
- f. Menetapkan proses untuk mengelola dan mengendalikan sumber daya manusia dan keuangan sesuai peraturan perundang-undangan.

2) Wakil Direktur I Bidang Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang.

Dipimpin oleh seorang Wakil Direktur I yang dalam melaksanakan tugasnya berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur dan mempunyai tugas merumuskan kebijakan, mengkoordinasikan, mengendalikan kegiatan peningkatan sumber daya serta mutu pelayanan medik, keperawatan dan penunjang.

Untuk melaksanakan tugas tersebut, Wakil Direktur I mempunyai fungsi, sebagai berikut:

- a. Pelaksanaan kegiatan di bidang pelayanan, meliputi pengelolaan pelayanan medik, pelayanan keperawatan serta pelayanan penunjang;
- b. Pelaksanaan rumusan kebijakan teknis dan operasional, standar dan prosedur kerja dalam pengembangan serta pelaksanaan peningkatan dan pengawasan mutu, pendayagunaan, pembinaan, pengembangan dan pengawasan tenaga dan sumber daya di bidang pelayanan medik, keperawatan dan penunjang;
- c. Pendayagunaan, pembinaan, pengembangan dan pengawasan tenaga dan sumber daya di bidang pelayanan medik, keperawatan dan penunjang rumah sakit;

- d. Penyelenggaraan dan pengkoordinasian kegiatan bidang pelayanan medik, keperawatan dan penunjang rumah sakit;
- e. Pelaksanaan pembinaan, pengawasan dan pengendalian kegiatan di bidang pelayanan medik, keperawatan dan penunjang; dan
- f. Pelaksanaan tugas lainnya yang diberikan oleh Direktur terkait tugas dan fungsinya.

Dalam penyelenggaraan fungsi tersebut, Wakil Direktur I mempunyai uraian tugas, yaitu :

- a. Merencanakan kegiatan bidang pelayanan medik, keperawatan dan penunjang berdasarkan hasil evaluasi tahun lalu sebagai pedoman dan petunjuk pelaksanaan kegiatan yang akan dilaksanakan;
- b. Mendistribusikan tugas-tugas kepada bawahan, memberi petunjuk serta penilaian kinerja untuk meningkatkan profesionalisme dan kelancaran tugas;
- c. Melaksanakan penyusunan kebijakn teknis dan operasional bidang pelayanan medik, keperawatan dan penunjang;
- d. Menyiapkan dan menyusun standar pelayanan dan prosedur kerja dalam pelayanan medik, keperawatan dan penunjang;
- e. Melaksanakan dan menyusun perencanaan semua kebutuhan pelayanan medik, keperawatan dan penunjang;
- f. Melaksanakan perencanaan kebutuhan, pendayagunaan, pembinaan, pengembangan dan pengawasan tenaga dan sumber daya di bidang pelayanan medik, keperawatan dan penunjang;
- g. Mengatur dan mengkoordinasikan pelaksanaan bidang pelayanan medik, keperawatan dan penunjang;
- h. Melaksanakan monitoring dan evaluasi hasil pelaksanaan kegiatan, menyampaikan saran dan pertimbangan sebagai bahan dalam pengambilan keputusan serta menyusun laporan secara periodik baik lisan maupun tulisanguna pertanggungjawaban pelaksanaan tugas bidang pelayanan medik, keperawatan dan penunjang; dan
- i. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Direktur terkait tugas dan fungsinya.

3) Bidang Pelayanan Medik

Dipimpin oleh seorang Kepala Bidang yang dalam melaksanakan tugasnya berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Wakil Direktur I dengan tugas merumuskan kebijakan, mengoordinasikan, mengendalikan kegiatan peningkatan sumber daya serta mutu pelayanan medik.

Untuk menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud, Bidang Pelayanan Medik mempunyai fungsi:

- a. Pelaksanaan kegiatan di bidang pelayanan medik meliputi pengelolaan kegiatan pelayanan medis rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, ICU (*Intensive Care Unit*) dan reanimasi, bedah sentral, Cath Lab, rehabilitasi medik, hemodialisa, Kedokteran Forensik dan Medikolegal serta PKRS (Promosi Kesehatan Rumah Sakit);

- b. Pelaksanaan penyusunan perumusan kebijakan teknis dan operasional, standard dan prosedur kerja dalam pengembangan serta pelaksanaan peningkatan dan pengawasan mutu bidang pelayanan medik; dan
- c. Pendayagunaan, pembinaan, pengembangan pengawasan tenaga dan sumber daya di bidang pelayanan medik;
- d. Penyelenggaraan dan pengoordinasian kegiatan bidang pelayanan medik rumah sakit;
- e. Pelaksanaan pembinaan, pengawasan dan pengendalian kegiatan di bidang pelayanan medik; dan
- f. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Wakil Direktur terkait tugas dan fungsinya.

Dalam penyelenggaraan fungsi tersebut Kepala Bidang Pelayanan Medis mempunyai uraian tugas sebagai berikut :

- a. Merencanakan kegiatan pelayanan medik meliputi pelayanan rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, ICU (*Intensive Care Unit*) dan reanimasi, bedah sentral, Cath Lab, rehabilitasi medik, hemodialisa, kedokteran forensik dan medikolegal serta PKRS (Promosi Kesehatan Rumah Sakit) berdasarkan hasil evaluasi tahun lalu sebagai pedoman dan petunjuk pelaksanaan kegiatan yang akan dilaksanakan;
- b. Merencanakan kebutuhan ketenagaan medik, pengembangan mutu layanan, pengembangan kualitas dan kompetensi tenaga medik, peralatan dan sarana lainnya untuk pelayanan medik;
- c. Menyusun kebijakan teknis dan operasional, standar dan prosedur pelaksanaan pelayanan medik;
- d. Mengatur pelaksanaan pelayanan medik secara paripurna bagi pasien rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, ICU (*Intensive Care Unit*) dan reanimasi, bedah sentral, Cath Lab, rehabilitasi medik, hemodialisa, kedokteran forensik dan medikolegal serta PKRS (Promosi Kesehatan Rumah Sakit);
- e. Mengoordinasikan pelaksanaan pelayanan dengan bagian terkait dalam rangka kelancaran dan keselarasan pengelolaan pelayanan medik;
- f. Menggerakkan dan melaksanakan kegiatan pelayanan medik dalam pelaksanaan diagnosa dan pengobatan pasien;
- g. Melaksanakan pengawasan dan pengendalian pelaksanaan pelayanan medik;
- h. Melaksanakan pembinaan dan pengembangan mutu pelayanan medik;
- i. Mengadakan monitoring dan evaluasi hasil pelaksanaan pelayanan, menyampaikan saran dan pertimbangan sebagai bahan dalam pengambilan keputusan serta menyusun laporan secara periodik baik lisan maupun tertulis guna pertanggungjawaban pelaksanaan tugas bidang pelayanan medik;
- j. Mendistribusikan tugas-tugas kepada bawahan, memberi petunjuk serta penilaian kinerja untuk meningkatkan profesionalisme dan kelancaran tugas; dan
- k. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Wakil Direktur I terkait tugas dan fungsinya.

4) Bidang Penunjang Medik dan Non Medik

Dipimpin oleh seorang Kepala Bidang yang dalam melaksanakan tugasnya berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Wakil Direktur I dengan tugas

merumuskan kebijakan, mengoordinasikan, mengendalikan kegiatan peningkatan sumber daya serta mutu pelayanan. penunjang medik dan non medik.

Untuk menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud, Bidang Penunjang Medik dan Non Medik mempunyai fungsi :

- a. Pelaksanaan kegiatan di bidang penunjang medik dan non medik meliputi pengelolaan kegiatan pelayanan farmasi, radiologi, laboratorium, patologi anatomi, transfusi darah, gizi, rekam medis, laundry dan CSSD (*Central Sterile Supply Departement*), gas medik, serta SIMRS (Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit);
- b. Pelaksanaan penyusunan perumusan kebijakan teknis dan operasional, standard dan prosedur kerja dalam pengembangan serta pelaksanaan peningkatan dan pengawasan mutu bidang penunjang medik dan non medik;
- c. Pendayagunaan, pembinaan, pengembangan dan pengawasan tenaga dan sumber daya di bidang penunjang medik dan non medik;
- d. Penyelenggaraan dan pengordinasian kegiatan bidang penunjang medik dan non medik rumah sakit;
- e. Pelaksanaan pembinaan, pengawasan dan pengendalian kegiatan di bidang penunjang medik dan non medik; dan
- f. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Wakil Direktur terkait tugas dan fungsinya.

Dalam penyelenggaraan fungsi tersebut Kepala Bidang Penunjang Medik dan Non Medik mempunyai uraian tugas sebagai berikut :

- a. Merencanakan kegiatan penunjang medik dan non medik meliputi kegiatan pelayanan farmasi, radiologi, laboratorium, patologi anatomi, transfusi darah, gizi, rekam medis, laundry dan CSSD (*Central Sterile Supply Departement*), gas medik, serta SIMRS (Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit) berdasarkan hasil evaluasi tahun lalu sebagai pedoman dan petunjuk pelaksanaan kegiatan yang akan dilaksanakan;
- b. Merencanakan kebutuhan ketenagaan, pengembangan mutu layanan, pengembangan kualitas dan kompetensi tenaga, peralatan dan sarana lainnya untuk pelayanan penunjang medik dan non medik;
- c. Menyusun kebijakan teknis dan operasional, standar dan prosedur pelaksanaan pelayanan penunjang medik dan non medik;
- d. Mengoordinasikan pelaksanaan kegiatan dengan bagian terkait dalam dalam rangka rangka kelancaran dan keselarasan pengelolaan penunjang medik dan non medik;
- e. Melaksanakan pengawasan dan pengendalian pelaksanaan kegiatan penunjang medik dan non medik;
- f. Melaksanakan pembinaan dan pengembangan pelayanan penunjang medik dan non medik;
- g. Mengadakan monitoring dan evaluasi hasil pelaksanaan kegiatan, menyampaikan saran dan pertimbangan sebagai bahan dalam pengambilan keputusan serta menyusun laporan secara periodik baik lisan maupun tertulis guna pertanggungjawaban pelaksanaan tugas bidang penunjang medik dan non medik;

5) Bidang Keperawatan

Dipimpin oleh seorang Kepala Bidang yang dalam melaksanakan tugasnya berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Wakil Direktur I dengan tugas merumuskan kebijakan, mengoordinasikan, mengendalikan kegiatan asuhan keperawatan, pembinaan etika dan mutu keperawatan.

Untuk menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud, Bidang Keperawatan mempunyai fungsi:

- a. Pelaksanaan kegiatan di Bidang Keperawatan yang meliputi asuhan keperawatan, pembinaan etika, dan mutu keperawatan;
- b. Pelaksanaan penyusunan perumusan kebijakan teknis dan operasional, standar dan prosedur kerja dalam pengembangan serta pelaksanaan peningkatan dan pengawasan mutu bidang keperawatan; dan
- c. Pendayagunaan, pembinaan, pengembangan pengawasan tenaga dan sumber daya di Bidang Keperawatan;
- d. Penyelenggaraan dan pengoordinasian kegiatan Bidang Keperawatan;
- e. Pelaksanaan pembinaan, pengawasan dan pengendalian kegiatan di Bidang Keperawatan; dan
- f. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Wakil Direktur I terkait tugas dan fungsinya.

Kepala Bidang Keperawatan mempunyai uraian tugas sebagai berikut :

- a. Merencanakan kegiatan pelayanan keperawatan berdasarkan hasil evaluasi tahun sebelumnya, sebagai pedoman dan petunjuk pelaksanaan kegiatan yang akan dilaksanakan;
- b. Merencanakan kebutuhan tenaga keperawatan, pengembangan mutu layanan, pengembangan kualitas dan kompetensi tenaga keperawatan, peralatan, dan sarana lainnya untuk pelayanan keperawatan;
- c. Menyusun kebijakan teknis dan operasional, standar dan prosedur pelaksanaan pelayanan keperawatan;
- d. Mengoordinasikan pelaksanaan kegiatan dengan bagian terkait dalam rangka kelancaran dan keselarasan pengelolaan pelayanan keperawatan;
- e. Melaksanakan pengawasan dan pengendalian pelaksanaan kegiatan pelayanan keperawatan;
- f. Melaksanakan pembinaan dan pengembangan mutu pelayanan keperawatan;
- g. Mengadakan monitoring dan evaluasi hasil pelaksanaan kegiatan, menyampaikan saran dan pertimbangan sebagai bahan dalam pengambilan keputusan serta menyusun laporan secara periodik baik lisan maupun tertulis guna pertanggungjawaban pelaksanaan tugas Bidang Keperawatan;
- h. Mendistribusikan tugas-tugas kepada bawahan, memberi petunjuk serta penilaian kinerja untuk meningkatkan profesionalisme dan kelancaran tugas; dan
- i. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Wakil Direktur I terkait tugas dan fungsinya.

6) Wakil Direktur II Bidang SDM, Pendidikan, Pemeliharaan, dan Sanitasi Lingkungan

Dalam melaksanakan tugasnya berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur dan mempunyai tugas merumuskan kebijakan, mengoordinasikan,

mengendalikan kegiatan peningkatan sumber daya serta mutu bidang SDM, Pendidikan, Pemeliharaan dan Sanitasi Lingkungan.

Untuk menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud, Wakil Direktur II mempunyai fungsi:

- a. Pelaksanaan kegiatan meliputi pengelolaan SDM, pendidikan, pemeliharaan, dan sanitasi lingkungan;
- b. Pelaksanaan penyusunan perumusan kebijakan teknis dan operasional, standar dan prosedur kerja dalam pengembangan serta pelaksanaan peningkatan dan pengawasan mutu, pendayagunaan, pembinaan, pengembangan dan pengawasan tenaga dan sumber daya di bidang SDM, Pendidikan, Pemeliharaan, dan Sanitasi Lingkungan;
- c. Pendayagunaan, pembinaan, pengembangan dan pengawasan tenaga dan sumber daya di bidang SDM, Pendidikan, Pemeliharaan, dan Sanitasi Lingkungan;
- d. Penyelenggaraan, dan pengoordinasian kegiatan Bidang SDM, Pendidikan, Pemeliharaan, dan Sanitasi Lingkungan;
- e. Pelaksanaan pembinaan, pengawasan dan pengendalian kegiatan di Bidang SDM, Pendidikan, Pemeliharaan, dan Sanitasi Lingkungan; dan pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur II terkait tugas dan fungsinya.

Wakil Direktur II mempunyai uraian tugas sebagai berikut:

- a. Merencanakan kegiatan bidang SDM, Pendidikan, Pemeliharaan, dan Sanitasi Lingkungan berdasarkan hasil evaluasi tahun sebelumnya sebagai pedoman dan petunjuk pelaksanaan kegiatan yang akan dilaksanakan;
- b. Mendistribusikan tugas-tugas kepada bawahan, memberi petunjuk serta penilaian kinerja untuk meningkatkan profesionalisme dan kelancaran tugas;
- c. Melaksanakan penyusunan kebijakan teknis dan operasional bidang SDM, Pendidikan, Pemeliharaan, dan Sanitasi Lingkungan;
- d. Menyiapkan dan menyusun standar pelayanan dan prosedur kerja dalam bidang SDM, Pendidikan, Pemeliharaan, dan Sanitasi Lingkungan;
- e. Melaksanakan dan menyusun perencanaan semua kebutuhan Bidang SDM, pendidikan, Pemeliharaan, dan Sanitasi Lingkungan;
- f. Melaksanakan perencanaan kebutuhan, pendayagunaan, pembinaan, pengembangan dan pengawasan tenaga dan sumberdaya di Bidang SDM, Pendidikan, Pemeliharaan, dan Sanitasi Lingkungan;
- g. Mengatur dan mengoordinasikan pelaksanaan bidang SDM, Pendidikan, Pemeliharaan, dan Sanitasi Lingkungan;
- h. Melaksanakan monitoring dan evaluasi hasil pelaksanaan kegiatan, menyampaikan saran dan pertimbangan sebagai bahan dalam pengambilan keputusan serta menyusun laporan secara periodik baik lisan maupun tertulis guna pertanggungjawaban pelaksanaan tugas Bidang SDM, Pendidikan, Pemeliharaan, dan Sanitasi Lingkungan; dan
- i. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Direktur terkait tugas dan fungsinya.

7) Bidang SDM, Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian

Dipimpin seorang Kepala Bidang yang dalam melaksanakan tugasnya berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Wakil Direktur II dan mempunyai tugas

merumuskan kebijakan, mengoordinasikan, mengendalikan kegiatan peningkatan SDM, Pelatihan, Pendidikan dan Penelitian.

Untuk menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud, Bidang SDM, Pendidikan, Pelatihan, dan Penelitian, mempunyai fungsi:

- a. Pelaksanaan penyusunan perumusan kebijakan teknis dan operasional, standar dan prosedur kerja dalam pengembangan serta pelaksanaan peningkatan dan pengawasan mutu Bidang SDM, Pendidikan, Pelatihan, dan Penelitian;
- b. Pendayagunaan, pembinaan, pengembangan dan pengawasan tenaga dan sumber daya di bidang SDM, Pendidikan, Pelatihan, dan Penelitian;
- c. Penyelenggaraan dan pengoordinasian kegiatan bidang SDM, Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian;
- d. Pelaksanaan pembinaan, pengawasan dan pengendalian kegiatan di Bidang SDM, Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian; dan
- e. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Wakil Direktur II terkait tugas dan fungsinya.

Kepala Bidang SDM, Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian mempunyai uraian tugas sebagai berikut:

- a. Menyusun rencana kegiatan bidang SDM, pendidikan, pelatihan dan penelitian dengan menganalisa data kegiatan tahun sebelumnya;
- b. Menyusun kebijakan pelaksanaan kegiatan bidang SDM, Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian;
- c. Menyusun pola ketenagaan rumah sakit baik pejabat struktural, pejabat fungsional dan pejabat pelaksana di lingkungan rumah sakit;
- d. Merencanakan kebutuhan pegawai, rekrutmen, penempatan, pembinaan dan pengembangan karir pegawai rumah sakit;
- e. Merencanakan pendidikan dan pelatihan serta pengembangan sumber daya manusia berdasarkan kebutuhan pelayanan RSUD dr. Djasamen Saragih;
- f. Menyiapkan penyusunan standar, prosedur dan pengelolaan pendokumentasian terkait SDM, pendidikan, pelatihan dan penelitian;
- g. Melaksanakan, mengatur dan mengoordinasikan kegiatan bidang SDM, pendidikan, pelatihan dan penelitian dengan bagian yang terkait;
- h. Melaksanakan monitoring, evaluasi hasil pelaksanaan kegiatan, menyampaikan saran dan pertimbangan serta menyusun laporan pelaksanaan kegiatan pengelolaan administrasi kepegawaian, pengembangan SDM, pendidikan, pelatihan dan penelitian di lingkungan RSUD dr. Djasamen Saragih;
- i. Mendistribusikan tugas-tugas kepada bawahan, petunjuk serta penilaian kinerja untuk meningkatkan profesionalisme dan kelancaran tugas; dan
- j. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Wakil Direktur II terkait tugas dan fungsinya

8) Bidang Pemeliharaan dan Sanitasi Lingkungan

Dipimpin oleh seorang Kepala Bidang yang dalam melaksanakan tugasnya berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Wakil Direktur II Bidang SDM, Pendidikan, Pemeliharaan, dan Sanitasi Lingkungan dan mempunyai tugas merumuskan kebijakan, mengoordinasikan, mengendalikan kegiatan pemeliharaan dan sanitasi lingkungan.

Untuk menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud, Bidang Pemeliharaan dan Sanitasi Lingkungan, mempunyai fungsi:

- a. Pelaksanaan penyusunan, perumusan kebijakan teknis dan operasional, standar dan prosedur kerja dalam pengembangan serta pelaksanaan peningkatan dan pengawasan mutu Bidang Pemeliharaan dan Sanitasi Lingkungan;
- b. Pendayagunaan, pembinaan, pengembangan dan pengawasan tenaga dan sumber daya di Bidang Pemeliharaan dan Sanitasi Lingkungan;
- c. Penyelenggaraan dan pengoordinasian kegiatan Bidang Pemeliharaan dan Sanitasi Lingkungan;
- d. Pelaksanaan pembinaan, pengawasan dan pengendalian kegiatan di Bidang Pemeliharaan dan Sanitasi Lingkungan; dan
- e. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Wakil Direktur II terkait tugas dan fungsinya.

Kepala Bidang Pemeliharaan dan dan Sanitasi Lingkungan, mempunyai uraian tugas sebagai berikut:

- a. Merencanakan kegiatan Bidang Pemeliharaan dan Sanitasi Lingkungan berdasarkan hasil evaluasi tahun lalu sebagai pedoman dan petunjuk pelaksanaan kegiatan yang akan dilaksanakan;
- b. Merencanakan kebutuhan ketenagaan, pengembangan mutu layanan, pengembangan kualitas dan kompetensi tenaga Bidang Pemeliharaan dan Sanitasi Lingkungan;
- c. Menyusun, kebijakan teknis dan operasional, standar dan prosedur pelaksanaan pelayanan pemeliharaan dan sanitasi lingkungan;
- d. Mengoordinasikan pelaksanaan kegiatan dengan bagian terkait dalam rangka kelancaran kelancaran dan keselarasan pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit dan sanitasi lingkungan;
- e. Melaksanakan pengawasan dan pengendalian terkait pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit dan sanitasi lingkungan;
- f. Mengadakan monitoring dan evaluasi hasil pelaksanaan kegiatan, menyampaikan saran dan pertimbangan sebagai bahan dalam pengambilan keputusan serta menyusun laporan secara periodik baik lisan maupun tertulis guna pertanggungjawaban pelaksanaan tugas Bidang Pemeliharaan dan Sanitasi Lingkungan;
- g. Mendistribusikan tugas-tugas kepada bawahan, memberi petunjuk serta penilaian kinerja untuk meningkatkan profesionalisme dan kelancaran tugas; dan
- h. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Wakil Direktur II terkait tugas dan fungsinya.

9) Wakil Direktur III Bagian Keuangan, Perencanaan dan Umum dan Aset

Melaksanakan tugasnya berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur dengan tugas merumuskan kebijakan, mengoordinasikan, mengendalikan kegiatan peningkatan sumber daya serta mutu Bagian Keuangan, Perencanaan dan Umum. Untuk menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud, Wakil Direktur III mempunyai fungsi:

- a. Melaksanakan kegiatan meliputi Bidang Keuangan, Perencanaan dan Umum;

- b. Menyusun perumusan kebijakan teknis dan operasional, standar dan prosedur kerja dalam pengembangan serta pelaksanaan peningkatan pendayagunaan, dan pembinaan, pengawasan pengembangan mutu dan pengawasan tenaga dan sumber daya di Bagian Keuangan, Perencanaan dan Umum;
- c. Melaksanakan pendayagunaan, pembinaan, pengembangan dan pengawasan tenaga dan sumber daya di Bagian Keuangan, Perencanaan dan Umum;
- d. Menyelenggarakan dan mengoordinasikan kegiatan Bagian Keuangan, Perencanaan, dan Umum;
- e. Melaksanakan pembinaan, pengawasan dan pengendalian kegiatan di Bagian Keuangan, Perencanaan dan Umum, dan
- f. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Direktur terkait tugas dan fungsinya.

Wakil Direktur III mempunyai uraian tugas sebagai berikut:

- a. Merencanakan kegiatan bagian keuangan, perencanaan dan umum berdasarkan hasil evaluasi tahun lalu sebagai pedoman dan petunjuk pelaksanaan kegiatan yang akan dilaksanakan;
- b. Mendistribusikan tugas-tugas kepada bawahan, petunjuk serta penilaian kinerja untuk meningkatkan profesionalisme dan kelancaran tugas;
- c. Melaksanakan penyusunan kebijakan teknis dan operasional Bagian Keuangan, Perencanaan dan Umum;
- d. Menyiapkan dan menyusun standar pelayanan dan prosedur kerja dalam Bagian Keuangan, Perencanaan dan Umum;
- e. Melaksanakan dan menyusun perencanaan semua kebutuhan Bagian Keuangan, Perencanaan dan Umum;
- f. Melaksanakan perencanaan kebutuhan, pendayagunaan, pembinaan, pengembangan dan pengawasan tenaga dan sumber daya di Bagian Keuangan, Perencanaan dan Umum;
- g. Mengatur dan mengoordinasikan pelaksanaan Bagian Keuangan, Perencanaan dan Umum;
- h. Melaksanakan monitoring dan evaluasi hasil pelaksanaan kegiatan, menyampaikan saran dan pertimbangan sebagai bahan dalam pengambilan keputusan serta menyusun laporan secara periodik baik lisan maupun tertulis guna pertanggungjawaban pelaksanaan tugas Bagian Keuangan, Perencanaan dan Umum; dan
- i. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Direktur terkait dengan tugas dan fungsinya.

10) Bagian Keuangan

Dipimpin oleh seorang Kepala Bagian yang dalam melaksanakan tugasnya berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Wakil Direktur III dan mempunyai tugas melaksanakan pengelolaan perbendaharaan, verifikasi, mobilisasi dana, akuntansi keuangan.

Untuk menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud, Bagian Keuangan mempunyai fungsi:

- a. Pelaksanaan penyusunan perumusan kebijakan teknis dan operasional, standar dan prosedur kerja dalam pengembangan serta pelaksanaan peningkatan dan

- pengawasan mutu Bagian Keuangan;
dan
- b. Pendayagunaan, pembinaan, pengembangan pengawasan tenaga dan sumber daya di Bagian Keuangan;
 - c. Penyelenggaraan dan pengoordinasian kegiatan Bagian Keuangan;
 - d. Pelaksanaan pembinaan, pengawasan dan pengendalian kegiatan di Bagian Keuangan; dan
 - e. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Wakil Direktur III terkait dengan tugas dan fungsinya.

Kepala Bagian Keuangan, mempunyai uraian tugas sebagai berikut:

- a. Merencanakan kegiatan Bagian Keuangan guna terlaksananya kegiatan yang efektif;
- b. Menyusun rencana anggaran pendapatan dan belanja rumah sakit berdasarkan estimasi kegiatan pelayanan;
- c. Menyiapkan dan menyusun perumusan kebijakan teknis dan operasional dalam pengembangan serta peningkatan mutu pengelolaan dan pelayanan keuangan;
- d. Menyiapkan dan menyusun standar dan prosedur kerja di Bagian Keuangan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- e. Merencanakan kebutuhan ketatausahaan keuangan rumah sakit;
- f. Mendistribusikan tugas-tugas kepada bawahan, petunjuk serta penilaian kinerja untuk meningkatkan profesionalisme dan keiancaraan tugas;
- g. Melaksanakan, mengatur, mengoordinasikan, menggerakkan pelaksanaan kegiatan perbendaharaan, belanja dan pendapatan, akuntansi dan verifikasi keuangan rumah sakit;
- h. Membina, mengawasi, membimbing dan mengevaluasi pelaksanaan kegiatan perbendaharaan, mobilisasi dana, intensifikasi pendapatan, pendapatan dan belanja, akuntansi dan verifikasi keuangan rumah sakit;
- i. Mengatur, mengoordinasikan, memberi pengarah dan bimbingan pengadministrasian jasa pelayanan berdasar masukan dari tim jasa pelayanan;
- j. Mengatur dan mengoordinasikan penagihan piutang pasien dengan cara koordinasi dengan bagian dan bidang yang lain;
- k. melaksanakan monitoring, evaluasi hasil pelaksanaan kegiatan, menyampaikan saran dan pertimbangan serta menyusun laporan pelaksanaan kegiatan perbendaharaan, mobilisasi dana, intensifikasi pendapatan, belanja, akuntansi dan verifikasi keuangan;
- k. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Wakil Direktur III sesuai tugas dan fungsinya.

11) Bagian Perencanaan

Dipimpin oleh seorang Kepala Bagian yang dalam melaksanakan tugasnya berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Wakil Direktur III dengan tugas melaksanakan urusan di Bagian Perencanaan, penyusunan kebijakan pelaksanaan, pembinaan pelaksanaan, pengoordinasian dan pengawasan pelaksanaan tugas-tugas pengelolaan perencanaan program, serta evaluasi dan pelaporan kegiatan. Untuk menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud, Bagian Perencanaan mempunyai fungsi:

- a. Pelaksanaan penyusunan perumusan kebijakan teknis dan operasional, standar dan prosedur kerja dalam pengembangan serta pelaksanaan peningkatan dan pengawasan mutu Bagian Perencanaan;
- b. Pendayagunaan, pembinaan, pengembangan dan pengawasan tenaga dan sumber daya di Bagian Perencanaan;
- c. Penyelenggaraan dan pengoordinasian kegiatan Bagian Perencanaan;
- d. Pelaksanaan pembinaan, pengawasan dan pengendalian kegiatan di Bagian Perencanaan; dan
- e. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Wakil Direktur III terkait tugas dan fungsinya.

Kepala Bagian Perencanaan mempunyai uraian tugas sebagai berikut:

- a. Merencanakan kegiatan perencanaan program dan penyusunan program, evaluasi dan pelaporan dengan mengumpulkan data-data kegiatan tahun sebelumnya;
- b. Memimpin, mengatur, mengoordinasikan dan melaksanakan kegiatan penyusunan program jangka pendek, jangka menengah dan jangka panjang, serta penyusunan dan pengembangan perencanaan strategik rumah sakit;
- c. Menyusun serta menghimpun perencanaan pengembangan rumah sakit dalam lingkup pengembangan jenis layanan, mutu layanan, peningkatan kuantitas dan kualitas petugas rumah sakit, pembangunan dan pemeliharaan fisik gedung rumah sakit dan rumah dinas, pengadaan alat kedokteran dan penunjangnya, dengan berkoordinasi dengan unit/bidang terkait.
- d. Melaksanakan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan program jangka pendek, jangka menengah dan jangka panjang rumah sakit;
- e. Menyiapkan dan melaksanakan pelaporan rumah sakit dengan berkoordinasi dengan bidang/bagian lain di lingkungan rumah sakit;
- f. Menyiapkan dan melaksanakan penyusunan kebijakan teknis, kebijakan operasional, pembinaan dan pengembangan Bagian Perencanaan;
- g. Mendistribusikan tugas-tugas kepada bawahan, memberi petunjuk serta penilaian kinerja untuk meningkatkan profesionalisme dan kelancaran tugas; dan
- h. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Wakil Direktur III terkait dengan tugas dan fungsinya.

12) Bagian Umum dan Aset

Dipimpin oleh seorang Kepala Bagian yang dalam melaksanakan tugasnya berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Wakil Direktur III dan mempunyai tugas melaksanakan tugas-tugas pengelolaan ketatausahaan, hubungan masyarakat, pengaduan masalah dan konsultasi hukum, pemasaran, transportasi, keamanan dan kebersihan, logistik dan aset.

Untuk menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud, Bagian Umum dan Aset mempunyai fungsi:

- a. Pelaksanaan penyusunan, perumusan kebijakan teknis dan operasional, standar dan prosedur kerja dalam pengembangan serta pelaksanaan peningkatan dan pengawasan mutu Bagian Umum dan Aset;
- b. Pendayagunaan, pembinaan, pengembangan dan pengawasan tenaga dan sumber daya di Bagian Umum dan Aset;

- c. Penyelenggaraan dan pengoordinasian kegiatan Bagian Umum dan Aset; .
- d. Pelaksanaan pembinaan, pengawasan dan pengendalian kegiatan di Bagian Umum dan Aset; dan
- e. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Wakil Direktur terkait tugas dan fungsinya.

Kepala Bagian Umum dan Aset , mempunyai uraian tugas sebagai berikut:

- a. Menyiapkan dan menyusun rencana kegiatan Bagian Umum dan Aset;
- b. Menyiapkan dan menyusun standard dan prosedur, kebijakan teknis, operasional, Bagian Umum dan Aset meliputi: pengelolaan ketatausahaan, hubungan masyarakat, pengaduan masalah dan konsultasi hukum, pemasaran, transportasi, keamanan dan kebersihan, logistik dan aset; .
- c. Merencanakan kegiatan operasional pengelolaan ketatausahaan, hubungan masyarakat, pengaduan masalah dan konsultasi hukum, pemasaran, transportasi, keamanan dan kebersihan, logistik dan aset berdasarkan hasil evaluasi tahun sebelumnya sebagai pedoman dan petunjuk pelaksanaan kegiatan yang akan dilaksanakan;
- d. Memimpin dan mengatur, mengoordinasikan dan melaksanakan kegiatan pengelolaan ketatausahaan, hubungan masyarakat, pengaduan masalah dan konsultasi hukum, pemasaran, transportasi, keamanan dan kebersihan, logistik dan aset;
- e. Melaksanakan tugas-tugas keprotokolan rumah sakit;
- f. Menerima dan menyampaikan informasi tentang hal- hal yang berhubungan dengan pelayanan di rumah sakit;
- g. Mengawasi dan menilai pelaksanaan kegiatan pengembangan mutu pelayanan, penanganan permasalahan hukum, informasi dan hubungan masyarakat dan pemasaran rumah sakit;
- h. Mendistribusikan tugas-tugas kepada bawahan, petunjuk serta penilaian kinerja untuk meningkatkan profesionalisme dan kelancaran tugas;
- i. Melaksanakan monitoring, evaluasi hasil pelaksanaan kegiatan, menyampaikan saran dan pertimbangan serta menyusun laporan pelaksanaan kegiatan Bagian Umum dan Aset; dan
- j. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Pimpinan terkait tugas dan fungsinya.

13) Satuan Pemeriksaan Internal (SPI)

Satuan Pemeriksaan Internal merupakan unsur RSUD dr. Djasamen Saragih yang bertugas melaksanakan pemeriksaan internal rumah sakit yang berkedudukan berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.

Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud, Satuan Pemeriksaan Internal mempunyai fungsi sebagai berikut:

- a. Pemantauan dan evaluasi pelaksanaan manajemen risiko di RSUD dr. Djasamen Saragih;
- b. Penilaian terhadap sistem pengendalian, pengelolaan, dan pemantauan efektifitas dan efisiensi sistem dan prosedur dalam bidang administrasi pelayanan, serta administrasi umum dan keuangan RSUD dr. Djasamen Saragih;

- c. Pelaksanaan tugas khusus dalam lingkup pengawasan intern yang ditugaskan oleh Direktur;
- d. Pemantauan pelaksanaan dan ketepatan pelaksanaan tindak lanjut atas laporan hasil audit; dan
- e. Pemberian konsultasi, advokasi, pembimbingan dan pendampingan dalam pelaksanaan kegiatan operasional RSUD dr. Djasamen Saragih.

14) Komite Medis

Komite Medis merupakan unsur organisasi RSUD dr. Djasamen Saragih yang mempunyai tanggung jawab untuk menerapkan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) yang dibentuk dan bertanggung jawab kepada Direktur.

Komite Medis bertugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di rumah sakit dengan cara:

- a. Melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di RSUD dr. Djasamen Saragih;
- b. Memelihara mutu profesi staf medis RSUD dr. Djasamen Saragih; dan
- c. Menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis RSUD Dr. Djasamen Saragih.

Dalam melaksanakan tugas kredensial, Komite Medis menyelenggarakan fungsi:

- a. Penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
- b. Penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian kompetensi, kesehatan fisik dan mental, perilaku, dan etika profesi;
- c. Evaluasi data pendidikan profesional kedokteran atau kedokteran gigi berkelanjutan;
- d. Wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
- e. Penilaian dan pemutusan kewenangan klinis yang adekuat;
- f. Pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada komite medis;
- g. Pelaksanaan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari komite medis; dan
- h. Rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.

Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis, Komite Medis menyelenggarakan fungsi:

- a. Pelaksanaan audit medis;
- b. Rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis;
- c. Rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis RSUD dr. Djasamen Saragih; dan
- d. Rekomendasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan.

Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis, Komite Medis menyelenggarakan fungsi:

- a. Pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
- b. Pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;

- c. Rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di RSUD dr. Djasamen Saragih; dan
- d. Pemberian nasehat atau pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

Selain struktur organisasi di atas, sebagai rumah sakit yang telah melaksanakan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK – BLUD), RSUD dr. Djasamen Saragih didukung dengan perangkat Pejabat Pengelola Badan Layanan Umum Daerah, sebagai berikut :

- 1) Pemimpin BLUD
- 2) Pejabat Pengelola Keuangan
- 3) Pejabat Teknis
- 4) Dewan Pengawas

Adapun tugas dan fungsi masing-masing perangkat Pejabat Pengelola Badan Layanan Umum Daerah adalah sebagai berikut:

1) Pemimpin BLUD

Pemimpin BLUD RSUD merupakan pejabat pengguna anggaran/barang daerah yang diangkat dan diberhentikan oleh Walikota dan mempunyai kewenangan untuk menandatangani :

- a. SPM;
- b. Slip penarikan uang dari rekening kas BLUD RSUD;
- c. Laporan keuangan BLUD;
- d. Laporan kinerja operasional;
- e. Perjanjian kerjasama dengan pihak ketiga sesuai dengan kewenangan yang diberikan kepadanya;
- f. Berita acara serah terima barang hasil pengadaan BLUD RSUD; dan
- g. Surat-surat Keputusan Pemimpin BLUD.

Dalam menyelenggarakan kewenangan tersebut Pemimpin BLUD RSUD mempunyai tugas pokok:

- a. Memimpin, mengarahkan, membina, mengawasi, mengendalikan dan mengevaluasi penyelenggaraan kegiatan BLUD RSUD.
- b. Menyusun renstra Bisnis BLUD;
- c. Menyiapkan RBA;
- d. Mengusulkan calon pejabat pengelola keuangan dan pejabat teknis kepada Walikota sesuai ketentuan;
- e. Menetapkan pejabat lainnya sesuai kebutuhan BLUD selain pejabat yang telah ditetapkan dengan peraturan perundang- undangan.
- f. Menyampaikan dan mempertanggungjawabkan kinerja operasional serta keuangan RSUD BLUD kepada Walikota.

Untuk melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud Pemimpin BLUD RSUD memiliki fungsi sebagai berikut:

- a. Menyusun dan menetapkan kebijakan penatausahaan dan pengelolaan keuangan serta teknis operasional lingkup BLUD RSUD;
- b. Menetapkan unit/tim/panitia/kelompok kerja pengelolaan keuangan;
- c. Mengangkat dan menetapkan pegawai yang menduduki jabatan pada unit/tim/panitia/kelompok kerja pengelolaan keuangan;

- d. Menyusun dan menetapkan uraian tugas dan mekanisme kerja dari unit/tim/panitia/kelompok kerja; dan
- e. Membina, monitoring, evaluasi dan pelaporan penyelenggaraan kinerja keuangan dan operasional BLUD RSUD.

2) Pejabat Keuangan

Pejabat Keuangan BLUD merupakan pejabat yang diangkat dan diberhentikan oleh Walikota dengan tugas dan kewajiban:

- a. Menyusun dan mengkoordinasikan RBA kepada pimpinan BLUD RSUD
- b. Menyiapkan DPA BLUD RSUD;
- c. Melakukan pengelolaan pendapatan dan biaya;
- d. Menyelenggarakan pengelolaan kas;
- e. Melakukan pengelolaan utang piutang;
- f. Menyusun kebijakan pengelolaan barang, aset tetap dan investasi;
- g. Menyelenggarakan sistem informasi manajemen keuangan;
- h. Menyelenggarakan akuntansi dan penyusunan laporan keuangan;
- i. Menyelenggarakan investasi jangka pendek maupun jangka panjang;
- j. Menyusun standar operasional prosedur di bidang keuangan.

Untuk melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud, Pejabat Keuangan BLUD RSUD memiliki fungsi sebagai penanggungjawab keuangan BLUD RSUD.

3) Pejabat Teknis

Pejabat teknis merupakan pejabat yang diangkat dan diberhentikan oleh Walikota dengan tugas dan kewajiban:

- a. Menyusun perencanaan kegiatan teknis di bidangnya;
- b. Melaksanakan kegiatan teknis sesuai RBA;
- c. Menyusun usulan kebijakan dan standar operasional prosedur di bidangnya untuk ditetapkan lebih lanjut oleh Pimpinan BLUD;
- d. Menyusun usulan bagan alur penyelesaian pekerjaan di bidangnya untuk ditetapkan lebih lanjut oleh Pimpinan BLUD; dan
- e. Menyusun laporan pertanggungjawaban kinerja operasional dibidangnya sebagai bahan laporan kepada Pemimpin BLUD.

Untuk melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud, Pejabat Teknis BLUD mempunyai fungsi sebagai penanggungjawab teknis di bidang masing-masing berkaitan dengan mutu, standarisasi, administrasi, peningkatan kualitas sumber daya manusia dan peningkatan sumber daya lainnya.

4) Dewan Pengawas

Dewan Pengawas memiliki tugas:

- a. Memantau perkembangan kegiatan BLUD;
- b. Menilai kinerja keuangan maupun kinerja nonkeuangan BLUD dan memberikan rekomendasi atas hasil penilaian untuk ditindaklanjuti oleh Pejabat Pengelola BLUD;
- c. Memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja dari hasil laporan audit pemeriksaan eksternal pemerintah;
- d. Memberikan nasehat kepada Pejabat Pengelola melaksanakan tugas dan kewajibannya; dan

- e. Memberikan pendapat dan saran kepada Wali Kota mengenai:
- RBA yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola;
 - Permasalahan yang menjadi kendala dalam pengelolaan BLUD; dan
 - Kinerja BLUD.

Penilaian kinerja keuangan sebagaimana dimaksud, diukur paling sedikit, meliputi:

- Memperoleh hasil kerja dari layanan yang diberikan (rentabilitas);
- Memenuhi kewajiban jangka pendeknya (likuiditas);
- Memenuhi seluruh kewajibannya (solvabilitas); dan
- Kemampuan penerimaan dari jasa layanan untuk membiayai pengeluaran.

Penilaian kinerja non keuangan sebagaimana dimaksud, diukur paling sedikit berdasarkan perspektif pelanggan, proses internal pelayanan, pembelajaran dan pertumbuhan.

Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugas kepada Wali Kota paling sedikit 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun atau sewaktu-waktu atas permintaan Wali Kota.

1.2.2. Sumber Daya Manusia

Sumber Daya Manusia (SDM) RSUD dr. Djasamen Saragih Kota Pematangsiantar terdiri dari berbagai jenis *basic* keilmuan, yang didasarkan kepada kebutuhan pelayanan serta ketentuan peraturan perundang – undangan dalam upaya peningkatan kualitas dan kuantitas pelayanan kesehatan serta penyesuaian terhadap kebutuhan perkembangan teknologi pelayanan kesehatan dan kedokteran yang sangat pesat.

Jumlah tenaga yang tersedia di RSUD dr. Djasamen Saragih pada tahun 2024 adalah sebanyak 469 orang. Jumlah SDM RSUD dr. Djasamen Saragih tahun 2021 – 2024 adalah sebagai berikut :

Tabel 1
Jumlah SDM RSUD dr. Djasamen Saragih
Tahun 2021 – 2024

No	TAHUN	JUMLAH
1	2	3
1	2021	488 Orang
2	2022	466 Orang
3	2023	452 Orang
4	2024	469 Orang

Sumber : Bidang SDM, Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian RSUD dr. Djasamen Saragih Tahun 2024

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa, jumlah pegawai RSUD dr. Djasamen Saragih pada tahun 2022 dan 2023 cenderung mengalami penurunan jumlah, hal ini terjadi karena adanya pegawai yang pensiun, pindah tugas dan *resign*. Berkurangnya jumlah pegawai, berpengaruh terhadap kinerja RSUD dr. Djasamen Saragih, karena mengakibatkan terjadinya rangkap pekerjaan/jabatan serta kekosongan SDM dengan keterampilan tertentu sesuai dengan bidang tugas yang dibutuhkan. Pada tahun 2024, jumlah pegawai RSUD dr. Djasamen Saragih tahun 2024 mengalami peningkatan karena adanya perekrutan pegawai BLUD yang dilaksanakan oleh RSUD dr. Djasamen Saragih.

Tabel 2
SDM RSUD dr. Djasamen Saragih berdasarkan Jenis Pendidikan dan Status Ketenagaan
Tahun 2024

No	JENIS PENDIDIKAN	ASN		BLUD		THL	JUMLAH (Org)
		PNS	P3K	KONTRAK	TETAP/TIDAK TETAP		
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Tenaga Medik Umum	25	0	0	0	0	25
	a. Dokter Umum (S1 dan S2)	20	0	0	0	0	20
	b. Dokter Gigi (S1 dan S2)	5	0	0	0	0	5
2	Tenaga Medik Spesialis Dasar	9	0	1	0	0	9
	a. Dokter Spesialis Bedah	1	0	1	0	0	2
	b. Dokter Penyakit Dalam	3	0	0	0	0	3
	c. Dokter Spesialis Anak	2	0	0	0	0	2
	d. Dokter Spesialis Obgyn	3	0	0	0	0	3
3	Tenaga Medik Spesialis Penunjang	5	0	3	0	0	8
	a. Dokter Spesialis Anastesiologi	0	0	1	0	0	1
	b. Dokter Spesialis Radiolog	2	0	0	0	0	2
	c. Dokter Spesialis Rehabilitasi Medik	0	0	1	0	0	1
	d. Dokter Spesialis Patologi Klinik	1	0	1	0	0	2
	e. Dokter Spesialis Patologi Anatomi	1	0	0	0	0	1
	f. Dokter Spesialis Akupuntur	1	0	0	0	0	1
4	Tenaga Medik Spesialis Lain	10	0	6	0	0	16
	a. Dokter Spesialis Mata	1	0	0	0	0	1
	b. Dokter Spesialis THT	0	0	1	0	0	1
	c. Dokter Spesialis Syaraf/Neurology	2	0	0	0	0	2
	d. Dokter Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah	1	0	1	0	0	2
	e. Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin	1	0	0	0	0	1
	f. Dokter Spesialis Jiwa	0	0	2	0	0	2
	g. Dokter Spesialis Paru	3	0	0	0	0	3
	h. Dokter Spesialis Bedah Syaraf	0	0	1	0	0	1
	i. Dokter Spesialis Forensik	2	0	0	0	0	2
	j. Dokter Spesialis Dermatologi, Venereologi dan Estetika	0	0	1	0	0	1
5	Tenaga Medik Spesialis Gigi dan Mulut	1	0	0	0	0	1
	a. Dokter Gigi Spesialis Bedah Mulut dan Maxillofacial	1	0	0	0	0	1
6	Tenaga Medik Sub Spesialis	1	0	2	0	0	3
	a. Dokter Sub Spesialis Bedah Anak	1	0	0	0	0	1
	b. Dokter Sub Spesialis Bedah Digestive	0	0	1	0	0	1
	c. Dokter Sub Spesialis Penyakit Dalam (Ginjal – Hipertensi)	0	0	1	0	0	1
7	Tenaga Paramedis dan Kesehatan Lainnya	204	15	29	23	2	273
	a. Perawat	129	11	13	16	1	171
	1) S2 (M. Kep)	2	0	0	0	0	2
	2) S1	64	0	0	4	0	68
	3) D3	63	11	13	12	1	101
	b. Bidan	16	3	5	0	1	25
	1) D4	3	0	0	0	0	3
	2) D3	13	3	5	0	1	22
	c. Perawat Gigi	3	0	0	0	0	3
	1) D3	3	0	0	0	0	3
	d. Gizi	12	0	2	0	0	14
	1) D4/S1	7	0	0	0	0	7
	2) D3	2	0	2	0	0	4
	3) SPAG	3	0	0	0	0	3
	e. Kesehatan Lingkungan	1	0	0	0	0	1

	1) D3 Kesehatan Lingkungan	1	0	0	0	0	1
f.	Farmasi	9	1	3	5	0	17
	1) S2 Farmasi	2	0	0	0	0	1
	2) Apoteker	6	0	0	0	0	6
	3) D3 Farmasi	1	1	3	5	0	10
g.	Tenaga Keterampilan Fisik	7	0	0	0	0	7
	1) D4	6	0	0	0	0	6
	2) D3	1	0	0	0	0	1
h.	Penata Rontgen/ Radiografer	13	0	0	0	0	13
	1) D3	13	0	0	0	0	13
i.	Fisikawan Medis	1	0	0	0	0	1
	1) S2	1	0	0	0	0	1
k.	Teknik Elektromedik	3	0	0	0	0	3
	1) D3	3	0	0	0	0	3
l.	Analisis Kesehatan	10	0	4	2	0	16
	1) D3	10	0	4	2	0	16
m.	Rekam Medik	0	0	2	0	0	2
	1) D3	0	0	2	0	0	2
8	Kesehatan Masyarakat	25	0	0	0	0	25
	1) S2	6	0	0	0	0	6
	2) S1	19	0	0	0	0	19
9	Tenaga Non Kesehatan	28	0	13	42	23	96
	1) S2	6	0	0	0	0	6
	2) S1	6	0	6	3	6	21
	3) D3	2	0	2	3	1	8
	4) SLTA Sederajat	12	0	5	36	16	59
	5) SLTP Sederajat	1	0	0	0	0	1
	6) SD Sederajat	1	0	0	0	0	1
	JUMLAH	308	15	55	66	25	469

Sumber : Bidang SDM, Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian RSUD dr. Djasamen Saragih Tahun 2024

Dari tabel di atas dapat dilihat, bahwa RSUD dr. Djasamen Saragih memiliki 3 (tiga) jenis kepegawaian, yaitu Pegawai Negeri Sipil (PNS), Pegawai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) dan Tenaga Harian Lepas (THL). PNS dibedakan menjadi 2 (dua) jenis ketenagaan, yaitu Aparatur Sipil Negara (ASN) dan Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja (P3K) sedangkan pegawai BLUD dibedakan menjadi 2 (dua) jenis kepegawaian, yaitu Kontrak dan Pegawai Tetap/ Tidak Tetap. Berdasarkan data tersebut, dapat dilihat bahwa jumlah PNS adalah sebanyak 323 orang atau sebesar 68,86 % dari total pegawai dengan proporsi terbesar adalah perawat dengan jumlah 171 orang atau sebesar 52,94 % dari jumlah PNS yang tersedia, sedangkan Pegawai BLUD berjumlah 121 orang atau sebesar 25,79 % dari total pegawai dengan proporsi terbesar adalah tenaga non kesehatan dengan jumlah 55 orang atau 45,45 % dari jumlah pegawai BLUD yang tersedia. Pegawai THL yang ada di RSUD dr. Djasamen Saragih berjumlah 25 orang atau 5,33 % dari total pegawai dengan proporsi terbanyak adalah tenaga non kesehatan sebanyak 23 orang atau 92 % dari total THL yang tersedia.

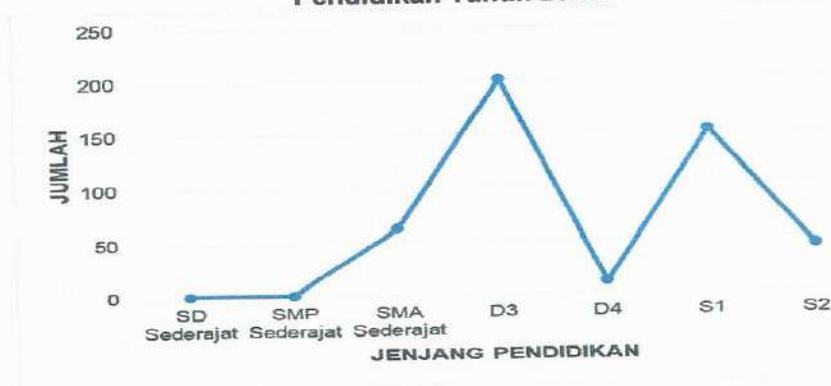
Tabel 3
SDM RSUD dr. Djasamen Saragih berdasarkan
Strata Pendidikan Tahun 2024

No	STRATA PENDIDIKAN	JUMLAH (Orang)
1	2	3
1	S2	43
2	S1	151
3	D4	10
4	D3	201
5	SMA Sederajat	62
6	SMP Sederajat	1
7	SD Sederajat	1
JUMLAH		469

Sumber : Bidang SDM, Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian RSUD dr. Djasamen Saragih Tahun 2024

SDM yang tersedia di RSUD dr. Djasamen Saragih bervariasi berdasarkan strata pendidikan, yaitu mulai dari Sekolah Dasar Sederajat sampai dengan S2 dan Dokter Sub Spesialis. SDM RSUD dr. Djasamen Saragih dengan jenjang pendidikan SD sederajat sebanyak 1 orang atau sebesar 0,21 %, SMP sederajat sebanyak 1 orang atau sebesar 0,21 %, SMA sederajat sebanyak 62 orang atau sebesar 13,21 %, D3 sebanyak 201 orang atau sebesar 42,85 %, D4 sebanyak 10 orang atau sebesar 2,13 %, S1 sebanyak 151 orang atau sebesar 32,19 % dan S2 sebanyak 43 orang atau 9,16 % dari jumlah pegawai yang ada. Kondisi ini menjadi salah satu perhatian ke depan untuk meningkatkan kemampuan tenaga yang tersedia melalui pendidikan formal ataupun melaksanakan penambahan pegawai dengan jenjang pendidikan yang sesuai dengan ketentuan dan kebutuhan pelayanan rumah sakit.

Grafik 1
Pegawai RSUD dr. Djasamen Saragih berdasarkan Jenjang Pendidikan Tahun 2024



Salah satu faktor yang mendukung keberhasilan pengelolaan rumah sakit adalah tersedianya SDM yang cukup dari segi jumlah, jenis kelimuan dan kualitas/kompetensi. Berdasarkan peta jabatan yang didasarkan pada kebutuhan pelayanan dan pengembangan pelayanan, RSUD dr. Djasamen Saragih saat ini mengalami kekurangan SDM sebanyak 216 orang, sebagai berikut :

Tabel 4
Kekurangan SDM RSUD dr. Djasamen Saragih Sesuai dengan Peta Jabatan
Tahun 2024

No	NAMA JFK	KEBUTUHAN	TERSEDIA	KURANG
1	2	3	4	5
1	Pranata Komputer - Ahli Pertama	3	0	3
2	Teknisi Transfusi Darah - Terampil	2	0	2
3	Teknisi Transfusi Darah - Mahir	1	0	1
4	Teknisi Transfusi Darah - Penyelia	1	0	1
5	Tenaga Sanitasi Lingkungan – Terampil	1	0	1
6	Tenaga Sanitasi Lingkungan - Ahli Pertama	1	0	1
7	Dokter - Ahli Pertama	3	0	3
8	Dokter - Ahli Muda	2	1	1
9	Psikologi klinis - Ahli Pertama	1	0	1
10	Perawat – Terampil	86	62	24
11	Perawat – Mahir	24	17	7
12	Perawat – Penyelia	22	17	5
13	Perawat - Ahli Pertama	30	18	12
14	Perawat - Ahli Muda	32	18	14
15	Perawat - Ahli Madya	37	34	3
16	Bidan – Mahir	4	2	2
17	Bidan - Ahli Pertama	2	0	2
18	Bidan - Ahli Madya	3	2	1
19	Asisten Apoteker – Terampil	12	8	4
20	Asisten Apoteker – Mahir	1	0	1
21	Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku - Ahli Muda	1	0	1
22	Nutrisionis – Terampil	5	2	3
23	Nutrisionis – Penyelia	3	2	1
24	Fisioterapis – Terampil	1	0	1
25	Fisioterapis – Mahir	1	0	1
26	Fisioterapis - Ahli Pertama	3	0	3
27	Fisioterapis - Ahli Muda	3	2	1
28	Perekam Medis – Terampil	5	2	3
29	Refraksionis optisien/Optomemis – Terampil	1	0	1
30	Radiografer – Terampil	1	0	1
31	Radiografer – Penyelia	15	13	2
32	Pranata Laboratorium Kesehatan – Penyelia	11	10	1
33	Fisikawan Medis - Ahli Pertama	1	0	1
34	Administrator Kesehatan - Ahli Muda	8	6	2
35	Arsiparis - Ahli Pertama	1	0	1
36	Operator Layanan Kesehatan	4	0	4
37	Operator Layanan Operasional	60	28	32
38	Penata Kelola Layanan Kesehatan	9	2	7
39	Penata Layanan Operasional	18	17	1
40	Penelaah Teknis Kebijakan	17	4	13
41	Pengelola Layanan Kesehatan	9	3	6
42	Pengolah Data dan Informasi	14	3	11
43	Pengelola Umum Operasional	5	3	2
44	Analisis Sumber Daya Manusia Aparatur - Ahli Pertama	1	0	1
45	Pengadministrasi Perkantoran	43	36	7
46	Dokter (Dokter Spesialis Anak) - Ahli Pertama	1	0	1

47	Dokter (Dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi) - Ahli Madya	2	1	1
48	Dokter (Dokter Spesialis Bedah) - Ahli Pertama	1	0	1
49	Dokter (Dokter Spesialis Anestesiologi dan Terapi Intensif) - Ahli Pertama	1	0	1
50	Dokter (Dokter Spesialis Patologi Klinik) - Ahli Pertama	1	0	1
51	Dokter (Dokter Spesialis Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi) - Ahli Pertama	1	0	1
52	Dokter (Dokter Spesialis Bedah Saraf) - Ahli Pertama	1	0	1
53	Dokter (Dokter Spesialis Kedokteran Forensik & Medikolegal) - Ahli Madya	2	1	1
54	Dokter (Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa atau Psikiatri) - Ahli Pertama	1	0	1
55	Dokter (Dokter Spesialis Orthopaedi dan Traumatologi) - Ahli Pertama	1	0	1
56	Dokter (Dokter Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah) - Ahli Madya	2	1	1
57	Dokter (Dokter Spesialis Telinga Hidung Tenggorok - Bedah Kepala dan Leher) - Ahli Pertama	1	0	1
58	Dokter (Dokter Spesialis Urologi) - Ahli Pertama	1	0	1
59	Dokter Gigi Spesialis Bedah Mulut dan Maksilofasial - Ahli Pertama	1	0	1
60	Dokter (Dokter Sub Spesialis Penyakit Dalam-Ginjal Hipertensi) - Ahli Pertama	1	0	1
61	Dokter (Dokter Sub Spesialis Bedah-Bedah Digestif) - Ahli Pertama	1	0	1
62	Asisten Penata Anestesi - Terampil	4	0	4
JUMLAH				216

Sumber : Bidang SDM, Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian RSUD dr. Djasamen Saragih Tahun 2024

Dari tabel di atas dapat dilihat, bahwa kebutuhan tenaga pada RSUD dr. Djasamen Saragih berdasarkan peta jabatan adalah sebanyak 216 orang dengan kebutuhan SDM terbanyak adalah profesi perawat, yaitu sebanyak 65 orang atau 30,09 % dari total kebutuhan tenaga.

Untuk memenuhi kebutuhan tenaga serta berdasarkan ketentuan fleksibilitas PPK BLUD yang memberikan kewenangan kepada pemimpin BLUD untuk mengangkat dan memberhentikan tenaga/pegawai BLUD, maka pengangkatan pegawai BLUD menjadi salah satu peluang yang dapat dilaksanakan, tetapi mengingat pendapatan fungsional BLUD RSUD dr. Djasamen Saragih yang belum mampu untuk membiayai seluruh kebutuhan operasional pelayanan, maka RSUD dr. Djasamen Saragih membutuhkan peran serta Pemerintah Kota Pematangsiantar dalam rangka pemenuhan kebutuhan pegawai, baik melalui pemindahan SDM dari Dinas Kesehatan Kota Pematangsiantar, khususnya dari Puskesmas, mengembalikan SDM RSUD dr. Djasamen Saragih yang telah memiliki kompetensi, yang sebelumnya telah pindah ke OPD lain, penerimaan pegawai pindahan dari daerah lain serta penerimaan pegawai baru serta sesuai dengan kebutuhan peningkatan pelayanan rumah sakit.

1.2.3. Sarana dan Prasarana

Sarana dan prasarana RSUD dr. Djasamen Saragih yang tersedia dalam rangka mendukung pelaksanaan kegiatan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna sesuai dengan kelas rumah sakit adalah sebagai berikut :

Tabel 5
Ketersediaan Sarana dan Prasarana RSUD dr. Djasamen Saragih Tahun 2024

No	SARANA/ PRASARANA	JUMLAH	KETERANGAN
1	2	3	5
1	Bangunan/Ruang Gawat Darurat	1 Unit	
2	Bangunan/Ruang Rawat Jalan	21 Unit	Masih ada pelayanan rawat jalan yang digabung, sehingga perlu penambahan ruangan
3	Bangunan/Ruang Rawat Inap	23 Unit	Belum memiliki ruangan pelayanan HCU serta ruang rawat inap sebagian besar belum memenuhi ketentuan KRIS
4	Bangunan/Ruang Operasi	7 Unit	4 Unit untuk pasien non infeksius, 1 Unit untuk pasien infeksius dan 2 Unit untuk pasien emergency (belum berfungsi)
5	Bangunan/Ruang Radiologi	1 Unit	Ruang CT-Scan, USG, X-Ray, DR dan Mammography
6	Bangunan/Ruang Laboratorium	1 Unit	Ruang Laboratorium Patologi Klinik, Patologi Anatomi dan Microbiologi (belum berfungsi)
7	Bangunan/Ruang Transfusi Darah	1 Unit	Tidak beroperasi karena ketidakterediaan tenaga terlatih
8	Bangunan/Ruang Kefarmasian	1 Unit	Dilengkapi dengan ruang layanan pasien JKN dan Umum serta Gudang
9	Bangunan/Ruang Gizi	1 Unit	
10	Bangunan/Ruang Rehabilitasi Medik	2 Unit	1 Unit untuk terapi dan 1 Unit untuk kegiatan exercise.
11	Bangunan/Ruang Pemeliharaan Sarana dan Prasarana RS	1 Unit	1 Unit ruang alat, 1 Unit ruang workshop dan 1 Unit Gudang
12	Bangunan.Ruang Pengelolaan Limbah	3 Unit	1 Unit IPAL (100 liter/2 jam), 1 Unit TPS Limbah B3(± 1.900 Kg/Bulan) dan 1 Unit bangunan Incenerator (300 Kg/Jam).
13	Bangunan/Ruang Sterilisasi	1 Unit	Bangunan CSSD
14	Bangunan/Ruang Laundry	1 Unit	Belum memenuhi standar
15	Bangunan/Ruang Jenazah	1 Unit	
16	Bangunan/Ruang Administrasi dan Manajemen	1 Unit	Belum sesuai dengan kebutuhan
17	Bangunan/Ruang Rekam Medik	1 Unit	
18	Bangunan/Ruang Komkordik	1 Unit	
19	Perumahan	39 Unit	Rumah Dinas Direktur 1 Unit, Rumah Dinas Staf 35 Unit, Asrama Mahasiswa 2 Unit dan Rusunawa 1 Unit (36 Hunian)
20	Kendaraan Operasional	10 Unit	Mobil Dinas Direktur 1 Unit, Mobil Operasional 1 Unit, Ambulance 5 Unit, Mobil Jenazah 1 Unit dan Kendaraan Roda Dua 2 Unit
21	Sumber Air Bersih	21 Unit	PDAM 1 Unit (50.000 M ³) dan Sumur Bor 20 Unit (@ 2.000 Liter)
22	Alat Penerangan	1.590 KVa	PLN (690 KVa), Genset (250 KVa; 650 KVa)
23	Sistem Informasi Rumah Sakit	Ada	Menggunakan aplikasi Morbis
24	Penanggulangan Kebakaran	Ada	Alarm Kebakaran, Jalur Evakuasi, Hydrand dan Alat Pemadam Api Ringan (APAR)
25	Gas Medis	Ada	Dilakukan dengan cara konvensional

dengan penggunaan tabung oksigen isi ulang

Sumber : Bagian Umum dan Aset RSUD dr. Djasamen Saragih Tahun 2024

Dari tabel di atas, dapat dilihat, bahwa sarana dan prasarana RSUD dr. Djasamen Saragih masih memiliki kekurangan – kekurangan baik dari segi jumlah maupun standar, khususnya ruang rawat inap yang diwajibkan menerapkan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS), yaitu sistem baru pelayanan rawat inap BPJS Kesehatan. KRIS yang akan diberlakukan di seluruh rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan mulai 1 Juli 2025. Berdasarkan kondisi saat ini, diketahui bahwa ruang rawat inap rumah sakit belum memenuhi 12 kriteria KRIS, sehingga perlu dilaksanakan penyesuaian sesuai ketentuan.

1.2.4. Jenis Layanan

Dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, RSUD dr. Djasamen Saragih secara umum memiliki 12 (dua belas) jenis layanan dengan rincian, sebagai berikut:

Tabel 6
Jenis Layanan RSUD dr. Djasamen Saragih Tahun 2024

No	NAMA PELAYANAN	KETERANGAN
1	2	3
1	Pelayanan Gawat Darurat 24 Jam	Infeksius dan Non Infeksius
2	Pelayanan Rawat Jalan	
	1) Klinik Umum	
	2) Klinik Bedah Umum	
	3) Klinik Bedah Anak	
	4) Klinik Bedah Digestif	
	5) Klinik Bedah Mulut dan Maxilofacial	
	6) Klinik Anak	
	7) Klinik Penyakit Dalam	
	8) Klinik Kebidanan dan Kandungan	
	9) Klinik Mata	
	10) Klinik Neurologi	
	11) Klinik Jantung dan Pembuluh Darah	
	12) Klinik Paru	
	13) Klinik Telingan, Hidung dan Tenggorokan	
	14) Klinik Kulit Kelamin/ Dermatologi, Venereologi dan Estetika	
	15) Klinik Kesehatan Jiwa	
	16) Klinik Bedah Syaraf	
	17) Klinik Gigi dan Mulut	
	18) Klinik Akupuntur	
	19) Klinik Anastesi	
	20) Klinik PKBRS	
	21) Klinik VCT	
3	Pelayanan Rawat Inap	
	1) Pelayanan Rawat Inap	
	2) Pelayanan ICU	Infeksius dan Non Infeksius
4	Pelayanan Bedah Sentral	
5	Pelayanan Bedah Infeksius	
6	Pelayanan PONEK	
7	Pelayanan Hemodialisa	47 Mesin
8	Pelayanan Diagnostik Intervensi Kardiovaskuler	
9	Pelayanan Rehabilitasi Medik	

10	Pelayanan Pemulasaran Jenazah
11	Pelayanan Penunjang Medis
	1) Pelayanan Radiologi
	2) Pelayanan Laboratorium
	3) Pelayanan Unit Transfusi Darah Rumah Sakit (UTDRS)
12	Pelayanan Penunjang Non Medis
	1) Pelayanan Gizi
	2) Pelayanan Farmasi
	3) Pelayanan Rekam Medis
	4) Pelayanan SIMRS
	5) Pelayanan Binatu/Laundry
	6) Pelayanan CSSD
	7) Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
	8) Pelayanan Sanitasi Lingkungan
	9) Pelayanan Promosi Kesehatan Rumah Sakit
	10) Pelayanan Pemasaran
	11) Pelayanan Ambulance
	12) Pelayanan Pengklaiman Jaminan Kesehatan Nasional
	13) Pelayanan Humas, Pengaduan Pelanggan dan Konsultasi Hukum

Sumber : Keputusan Direktur RSUD dr. Djasamen Saragih Nomor : 800/48/II/TU/2022

Berdasarkan tabel di atas dan sesuai dengan ketentuan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2019 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, dapat diketahui bahwa masih terdapat pelayanan wajib pada rumah sakit kelas B yang belum tersedia di RSUD dr. Djasamen Saragih, yaitu Pelayanan Spesialis Orthopedi dan Traumatologi dan Laboratorium Mikrobiologi Klinik.

1.2.5. Layanan Unggulan

Layanan unggulan RSUD dr. Djasamen Saragih saat ini adalah layanan Kateterisasi Jantung dan Pembuluh Darah (*Cathlab*) dan selanjutnya akan dilaksanakan pengembangan layanan unggulan lainnya, yaitu layanan Uro - Nefrologi, Kanker dan *Stroke Center* dan geriatric.

1.2.6. Akreditasi

Pencapaian akreditasi RSUD dr. Djasamen Saragih tahun 2022 merupakan pencapaian tertinggi sejak tahun 2017. Adapun pencapaian akreditasi RSUD dr. Djasamen Saragih sejak tahun 2017 sampai dengan 2022 adalah sebagai berikut :

Tabel 7
Tingkat Akreditasi RSUD dr. Djasamen Saragih Tahun 2017 – 2022

No	TINGKAT AKREDITASI	SERTIIKAT	TAHUN
1	2	3	4
1	Akreditasi Tingkat Dasar	KARS-SERT/917/XII/2017, 21 Desember 2017	2017
2	Akreditasi Tingkat Dasar	KARS-SERT/681/VII/2020, 24 Juli 2020	2020
3	Akreditasi Tingkat Dasar	KARS-SERT/2371/X/2021, 29 Oktober 2021	2021
4	Akreditasi Paripurna	KARS-SERT/168/X/2022, 12 Oktober 2022.	2022

Sumber : Bagian Umum dan Aset RSUD dr. Djasamen Saragih

1.3. Permasalahan Utama (*Strategic Issue*)

Permasalahan utama (*strategic issue*) dalam melaksanakan tugas dan fungsinya sebagai rumah sakit kelas B Pendidikan, rumah sakit yang telah menerapkan PPK – BLUD serta sebagai rumah sakit rujukan regional, RSUD dr. Djasamen Saragih berdasarkan Renstra RSUD dr. Djasamen Saragih Tahun 2022 – 2027, adalah sebagai berikut :

- 1) Belum optimalnya akses dan mutu pelayanan kesehatan rujukan yang disebabkan oleh belum terpenuhinya ketersediaan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan rujukan serta pelayanan kesehatan terhadap masyarakat.
- 2) Kebutuhan sumber daya manusia belum sesuai dengan kompetensi yang disebabkan oleh terbatasnya rekrutmen tenaga sesuai kompetensi dikarenakan adanya kebijakan pusat tentang ketenagaan dan latihan yang masih terbatas sesuai kebutuhan.

BAB II PERENCANAAN KINERJA

2.1. Ikhtisar Perjanjian Kinerja

Perjanjian Kinerja adalah dokumen yang berisi kesepakatan antara pimpinan dan bawahan untuk mencapai target kinerja. Perjanjian Kinerja memiliki fungsi sebagai dasar untuk menentukan sasaran kinerja pegawai, melakukan evaluasi kinerja pegawai, memberikan penghargaan dan sanksi, melakukan monitoring, evaluasi dan supervisi kinerja, menilai keberhasilan atau kegagalan pencapaian tujuan serta sebagai wujud komitmen untuk meningkatkan integritas, akuntabilitas, dan transparansi.

Perjanjian Kinerja Direktur RSUD dr. Djasamen Saragih Tahun 2024 adalah sebagai berikut :

Tabel 8
Perjanjian Kinerja RSUD dr. Djasamen Saragih Tahun 2024

No	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA	TARGET
1	2	3	4
1	Meningkatnya pelayanan Rumah Sakit	Elemen Akreditasi Pelayanan yang memenuhi standar Akreditasi RS Persentase indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang mencapai target. Rata – Rata Pemakaian Tempat Tidur (BOR)	Paripurna 85 % 20 %
2	Meningkatnya akuntabilitas kinerja Rumah Sakit	Nilai AKIP	B
3	Meningkatnya kualitas pelayanan publik	Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) Jumlah inovasi pelayanan Kesehatan	83 1

Sumber : Dokumen Perjanjian Kinerja (PK) Direktur RSUD dr. Djasamen Saragih Tahun 2024

Perjanjian Kinerja adalah komitmen Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr. Djasamen Saragih kepada Walikota Pematangsiantar untuk mendukung pelaksanaan pelayanan kesehatan berdasarkan tugas dan fungsi rumah sakit yang dipimpin selanjutnya menjadi laporan pertanggung jawaban Rumah Sakit Umum Daerah dr. Djasamen Saragih Kota Pematangsiantar pada akhir tahun anggaran sekaligus menjadi evaluasi pencapaian target pelaksanaan pelayanan kesehatan dan penilaian hasil kinerja.

2.2. Indikator Kinerja Utama

Indikator kinerja utama (IKU) rumah sakit adalah ukuran yang digunakan untuk mengukur tingkat pemanfaatan, mutu dan efisiensi pelayanan rumah sakit.

Tabel 9
Indikator Kinerja Utama (IKU) RSUD dr. Djasamen Saragih Tahun 2024

No	SASARAN STRATEGI	INDIKATOR KINERJA UTAMA	SATUAN	KONDISI AWAL TAHUN	TARGET					KONDISI AKHIR	PENJELASAN DAN FORMULA
					2023	2024	2025	2026	2027		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Meningkatnya pemenuhan upaya	Persentase capaian SPM RSUD	Persentase	80	-	80	80	80	80	80	SPM rumah sakit adalah Standar Pelayanan Minimal

kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat												yang merupakan ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang harus diberikan rumah sakit. SPM rumah sakit merupakan urusan wajib pemerintah yang berhak diperoleh setiap warga negara. Jumlah indikator SPM yang tercapai / Jumlah indikator SPM x 100
	Persentase ketersediaan sarana, prasarana dan alat kesehatan di Rumah Sakit dan Jejaringnya yang sesuai standar	Persentase	52	-	51	80	80	80	80	80	Sesuai penilaian Kementerian Kesehatan melalui Aplikasi Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan (ASPAK)	
2	Meningkatnya pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan	Persentase pencapaian PHBS tingkat kota dan persentase pengelolaan limbah rumah sakit	Persentase	1 Kerja sama	-	1	1	1	1	1 Kerja sama		

Sumber : Rencana Strategis RSUD dr. Djasamen Saragih Tahun 2022 – 2027

Dari tabel di atas dapat dilihat, bahwa terdapat indikator kinerja yang tidak dapat dinilai, karena masih memakai IKU dari Dinas Kesehatan, yaitu :

- 1) Persentase ketersediaan sarana, prasarana dan alat kesehatan jejaringnya yang sesuai standar
- 2) Persentase pencapaian PHBS tingkat kota.
- 3) Persentase pengelolaan limbah rumah sakit.

Untuk mengatasi hal tersebut, akan membuat Renstra dan Indikator Kinerja Utama (IKU) RSUD dr. Djasamen Saragih untuk tahun selanjutnya.

2.3. Strategi dan Arah Kebijakan

Strategi dan arah kebijakan RSUD dr. Djasamen Saragih dalam perumusan perencanaan pembangunan yang komprehensif untuk mencapai tujuan dan sasaran adalah sebagai berikut :

2.3.1. Strategi

Strategi adalah pendekatan secara keseluruhan yang berkaitan dengan pelaksanaan gagasan, perencanaan dan eksekusi sebuah aktivitas dalam kurun periode waktu tertentu. Strategi yang dilaksanakan RSUD dr. Djasamen Saragih dalam upaya pencapaian tujuan adalah dengan cara peningkatan pelayanan rumah sakit.

2.3.2. Arah Kebijakan

Arah kebijakan adalah rangkaian prioritas kerja yang menjadi pedoman dan dasar rencana untuk pelaksanaan yang akan dicapai pada sebuah periode. Arah kebijakan RSUD dr. Djasamen Saragih dalam rangka pencapaian sasaran strategis adalah sebagai berikut .

- 1) Peningkatan tata kelola rumah sakit.
- 2) Konsistensi dalam melaksanakan pelayanan sesuai dengan standar akreditasi.
- 3) Peningkatan mutu, jumlah dan jenis pelayanan kesehatan yang meliputi SDM yang berkompeten, sarana prasarana pelayanan dan alat kesehatan.
- 4) Pengembangan jenis layanan.
- 5) Peningkatan pendapatan fungsional dalam mendukung pembiayaan operasional rumah sakit.
- 6) Peningkatan subsidi anggaran dari pemerintah.

BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

3.1. Capaian Kinerja Organisasi

Pengukuran kinerja RSUD dr. Djasamen Saragih Kota Pematangsiantar berpedoman pada Perjanjian Kinerja RSUD dr. Djasamen Saragih Kota Pematangsiantar Tahun 2024. Penilaian ini digunakan sebagai dasar untuk menilai keberhasilan dan kegagalan pelaksanaan kegiatan sesuai dengan sasaran dan tujuan yang telah ditetapkan dalam rangka mewujudkan visi dan misi Wali Kota Pematangsiantar yang menjadi tugas RSUD dr. Djasamen Saragih Kota Pematangsiantar. Capaian kinerja sasaran RSUD dr. Djasamen Saragih Kota Pematangsiantar Tahun 2024 diperoleh berdasarkan pengukuran atas indikator kinerja sasaran strategis RSUD dr. Djasamen Saragih Kota Pematangsiantar Tahun 2024

3.1.1. Perbandingan antara Target dan Realisasi Kinerja Tahun 2024

Perbandingan antara target dan realisasi kinerja RSUD dr. Djasamen Saragih Tahun 2024 adalah sebagai berikut :

Tabel 10
Realisasi Kinerja RSUD dr. Djasamen Saragih berdasarkan Indikator Kinerja Tahun 2024

No	INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI
1	2	3	4
1	Elemen Akreditasi Pelayanan yang memenuhi standar Akreditasi RS	Paripurna	Paripurna
2	Persentase indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang mencapai target.	85 %	73,04 %
3	Rata – Rata Pemakaian Tempat Tidur (BOR)	20 %	13,72 %
4	Nilai AKIP	B	Belum dilaksanakan penilaian
5	Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)	83	80,42
6	Jumlah inovasi pelayanan kesehatan	1	1

Sumber : Evaluasi Rencana Kerja RSUD dr. Djasamen Saragih Tahun 2024

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat, bahwa dari 6 (enam) indikator kinerja RSUD dr. Djasamen Saragih tahun 2024, terdapat 3 (tiga) indikator yang belum mencapai target dan 1 (satu) indikator belum dilaksanakan pengukuran dan hanya 2 (dua) indikator telah mencapai target.

Adapun penjelasan capaian Indikator kinerja RSUD dr. Djasamen Saragih tahun 2024 berdasarkan Perjanjian Kinerja (PK) adalah sebagai berikut :

1) Elemen Akreditasi Pelayanan yang memenuhi Standar Akreditasi RS

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit dijelaskan bahwa Akreditasi Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Akreditasi adalah pengakuan terhadap mutu pelayanan Rumah Sakit.

Pada tahun 2022 RSUD dr. Djasamen Saragih mendapatkan status akreditasi tingkat paripurna dengan masa berlaku mulai 12 Oktober 2022 sampai dengan 02

Oktober 2026 dan akan dilaksanakan supervisi setiap tahunnya oleh Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) untuk menilai konsistensi pelaksanaan akreditasi di rumah sakit sesuai dengan tingkat akreditasi yang diperoleh. Pada tahun 2023 dan 2024, supervisi oleh KARS tidak dilaksanakan, sehingga penetapan realisasi capaian pada indikator persentase elemen akreditasi pelayanan yang memenuhi standar Akreditasi RS masih menggunakan hasil penilaian KARS tahun 2022, yaitu akreditasi tingkat paripurna.

- 2) **Persentase indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang mencapai target.** SPM RSUD dr. Djasamen Saragih Kota Pematangsiantar diatur dalam Peraturan Walikota Pematangsiantar Nomor 08 Tahun 2013 tentang Standar Pelayanan Minimal RSUD dr. Djasamen Saragih Kota Pematangsiantar dengan 21 jenis pelayanan serta 105 indikator serta penambahan SPM Hemodialisa berdasarkan SK Direktur RSUD dr. Djasamen Saragih Nomor : 3187/III/TU/III/2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Hemodialisa Rumah Sakit Umum Dokter Jasamen Saragih yang diterbitkan pada tanggal 30 Maret 2026. SPM RSUD dr. Djasamen Saragih berdasarkan kedua peraturan tersebut mencakup 22 jenis layanan dengan 115 indikator. Mengingat peraturan tersebut disahkan pada tahun 2013 dan 2016 dan pada saat ini dianggap kurang relevan lagi dengan perkembangan pelayanan RSUD dr. Djasamen Saragih, maka perlu dilaksanakan revisi sesuai dengan kondisi dan perkembangan pelayanan serta mencakup seluruh pelayanan yang tersedia. Adapun capaian SPM RSUD dr. Djasamen Saragih tahun 2024 adalah sebagai berikut :

Tabel 11
Rekapitulasi Nilai SPM berdasarkan Jenis Layanan
RSUD dr. Djasamen Saragih Tahun 2024

No	JENIS PELAYANAN	JUMLAH SPM	TERCAPAI	TIDAK TERCAPAI	CAPAIAN (%)
1	2	3	4	5	6
1	Gawat Darurat	7	5	2	71,43
2	Rawat Jalan	10	6	4	60
3	Pelayanan Rawat Inap	12	11	1	91,67
4	Pelayanan Kamar Operasi	7	7	0	100
5	Pelayanan Persalinan dan Perinatologi	6	4	2	66,67
6	Pelayanan Intensive Care Unit	8	2	6	25
7	Pelayanan Radiologi	4	4	0	100
8	Pelayanan Laboratorium Klinik	4	4	0	100
9	Pelayanan Laboratorium Patologi Anatomi	4	4	0	100
10	Pelayanan Fisioterapi	3	3	0	100
11	Pelayanan Farmasi	5	5	0	100
12	Pelayanan Gizi	3	3	0	100
13	Rekam Medik	4	1	3	25
14	Pelayanan Jamkesmas/Jamkesda	1	0	1	0
15	Pengelolaan Limbah	2	2	0	100
16	Adminsitrasi dan Manajemen	10	10	0	100
17	Pelayanan Ambulance/Mobil Jenazah	2	2	0	100

18	Pemulasaran Jenazah	1	1	0	100
19	Pelayanan Laundry	2	1	1	50
20	Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	3	1	2	33,33
21	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	7	3	4	42,86
22	Hemodialisa	10	6	4	60
JUMLAH		115	84	31	1.429,76
RATA – RATA KINERJA					73,04

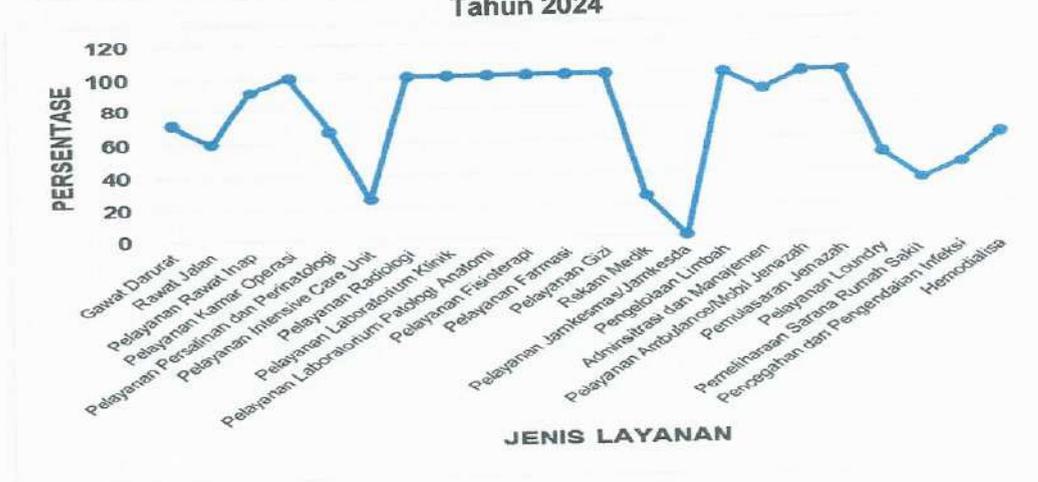
Sumber : Dokumen Evaluasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) RSUD dr. Djasamen Saragih Tahun 2024

Dari tabel di atas, diketahui bahwa kinerja RSUD dr. Djasamen Saragih berdasarkan total pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) tahun 2024 adalah sebesar 73,04 % atau tidak mencapai target yang ditetapkan, yaitu 85 %. Atau dengan kata lain, bahwa dari 115 indikator SPM, terdapat 84 indikator yang mencapai target dan 31 indikator yang tidak mencapai target. Untuk menghitung hasil keseluruhan Standar Pelayanan Minimal (SPM) dengan formula :

$$\text{Rumus SPM} = \frac{\text{Jumlah indikator SPM yang tercapai}}{\text{Jumlah seluruh indikator SPM}} \times 100\%$$

$$= \frac{84}{115} \times 100\% = 73.04\%$$

Grafik 2
Gambaran Kinerja Pelayanan RSUD dr. Djasamen Saragih berdasarkan SPM Tahun 2024



3) Rata – Rata Pemakaian Tempat Tidur (BOR)

BOR adalah persentase pemakaian tempat tidur di rumah sakit dalam periode waktu tertentu yang merupakan indikator untuk mengetahui tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit. BOR dapat digunakan untuk mengetahui mutu, efisiensi dan tingkat pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan. BOR yang tinggi tidak hanya mencerminkan efisiensi operasional rumah sakit, tetapi juga dapat memaksimalkan penerimaan pasien dan pendapatan. Nilai parameter BOR yang ideal adalah antara 60 – 85 % (Depkes RI, 2005).

Rumus BOR = (Jumlah hari perawatan rumah sakit / (Jumlah tempat tidur x Jumlah hari dalam satu periode)) X 100%.

Pada tahun 2024, RSUD dr. Djasamen Saragih menetapkan target BOR yang akan dicapai adalah sebesar 20 % dan masih jauh dari parameter ideal. Penetapan target tersebut didasarkan kepada pertimbangan logis atas pencapaian BOR RSUD dr. Djasamen Saragih pada tahun-tahun sebelumnya.

Gambaran kinerja RSUD dr. Djasamen Saragih berdasarkan BOR selama tahun 2024 adalah sebagai berikut :

Tabel 12
Capaian BOR RSUD dr. Djasamen Saragih Kota Pematangsiantar Berdasarkan Triwulan Tahun 2024

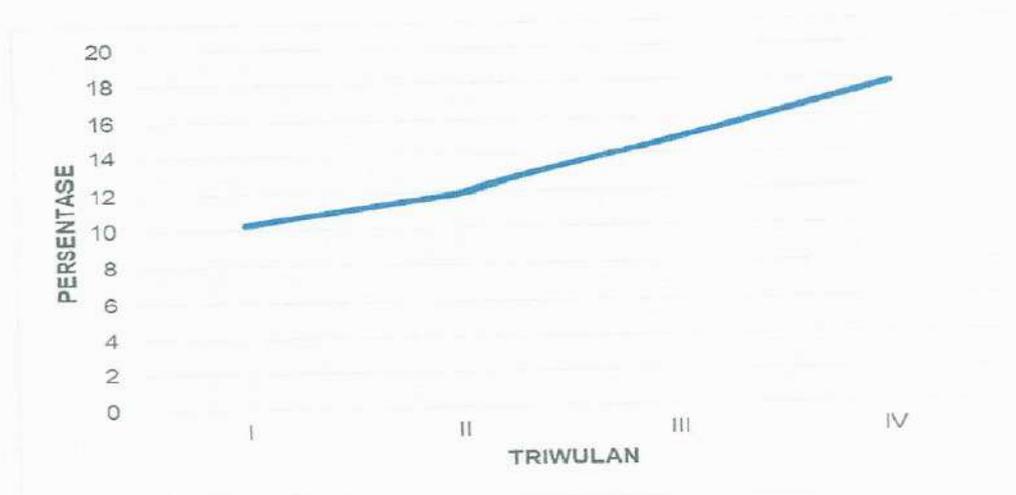
No	TRIWULAN	CAPAIAN (%)
1	2	3
1	I	10,28 %
2	II	11,98 %
3	III	14,84 %
4	IV	17,79 %
RATA-RATA		13,72 %

Sumber : Instalasi Rekam Medik RSUD dr. Djasamen Saragih Tahun 2024

Dari tabel di atas dapat dilihat, bahwa capaian BOR RSUD dr. Djasamen Saragih tahun 2024 adalah sebesar 13,72 % dengan BOR tertinggi terjadi pada triwulan IV dan yang paling rendah adalah pada triwulan I. Untuk menghitung hasil keseluruhan BOR dengan formula :

$$\begin{aligned}
 \text{Rumus BOR} &= \frac{\text{Jumlah hari perawatan rumah sakit}}{\text{Jumlah tempat tidur} \times \text{Jumlah hari dalam jumlah periode}} \times 100\% \\
 &= \frac{10013}{200 \times 365} \times 100\% \\
 &= 13,72\%
 \end{aligned}$$

Grafik 3
Gambaran Capaian BOR RSUD dr. Djasamen Saragih berdasarkan Triwulan Tahun 2024



4) Nilai AKIP

Nilai AKIP (Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah) adalah nilai yang menunjukkan tingkat akuntabilitas kinerja instansi pemerintah. RSUD dr. Djasamen Saragih menetapkan target nilai AKIP dengan nilai B dan belum ada Laporan Hasil Evaluasi atas Implementasi Akuntabilitas Instansi Pemerintah (AKIP) pada RSUD dr. Djasamen Saragih Kota Pematangsiantar Tahun 2024 oleh Inspektorat Kota Pematangsiantar.

5) Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)

Sesuai dengan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik bahwa untuk peningkatan kualitas pelayanan publik secara berkelanjutan, perlu dilakukan evaluasi terhadap penyelenggaraan pelayanan publik yang bertujuan untuk mengukur tingkat kepuasan masyarakat sebagai pengguna layanan dan meningkatkan kualitas penyelenggaraan pelayanan publik.

Manfaat pelaksanaan Survei Kepuasan Masyarakat adalah sebagai berikut :

- a) Diketahui kelemahan atau kekurangan dari masing-masing unsur dalam penyelenggara pelayanan publik;
- b) Diketahui kinerja penyelenggara pelayanan yang telah dilaksanakan oleh unit pelayanan publik secara periodik;
- c) Sebagai bahan penetapan kebijakan yang perlu diambil dan upaya tindak lanjut yang perlu dilakukan atas hasil Survei Kepuasan Masyarakat;
- d) Diketahui indeks kepuasan masyarakat secara menyeluruh terhadap hasil pelaksanaan pelayanan publik pada lingkup Pemerintah Pusat dan Daerah;
- e) Memacu persaingan positif, antar unit penyelenggara pelayanan pada lingkup Pemerintah Pusat dan Daerah dalam upaya peningkatan kinerja pelayanan;
- f) Bagi masyarakat dapat diketahui gambaran tentang kinerja unit pelayanan.

RSUD dr. Djasamen Saragih merupakan salah satu instansi pemerintah yang bergerak di bidang pelayanan publik, yaitu pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, wajib melaksanakan survey kepuasan masyarakat terhadap pelayanan yang diberikan untuk mengetahui kepuasan masyarakat yang mendapat pelayanan dalam upaya evaluasi terhadap kualitas penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

Survey kepuasan masyarakat atas pelayanan kesehatan yang diberikan RSUD dr. Djasamen Saragih dilaksanakan melalui aplikasi SIKEMAS yang terdiri dari 9 (sembilan) unsur penilaian, yaitu tentang persyaratan, prosedur, waktu pelayanan, biaya/tarif, produk layanan, kompetensi pelaksana, perilaku pelaksana, sarana dan prasarana serta penanganan pengaduan.

Berdasarkan hasil survey kepuasan masyarakat dengan sampel sebanyak 509 orang, diperoleh hasil IKM RSUD dr. Djasamen Saragih tahun 2024 sebesar 80,42 (kategori baik) atau mengalami peningkatan 2,85, bila dibandingkan dengan tahun 2023. Walaupun pencapaian IKM meningkat dan berada pada kategori baik, tetapi pencapaian tersebut belum sesuai target yang telah ditetapkan, yaitu sebesar 83.

Tabel 13
Hasil Survei Kepuasan Masyarakat (SKM) RSUD dr. Djasamen Saragih
berdasarkan SIKEMAS Tahun 2024

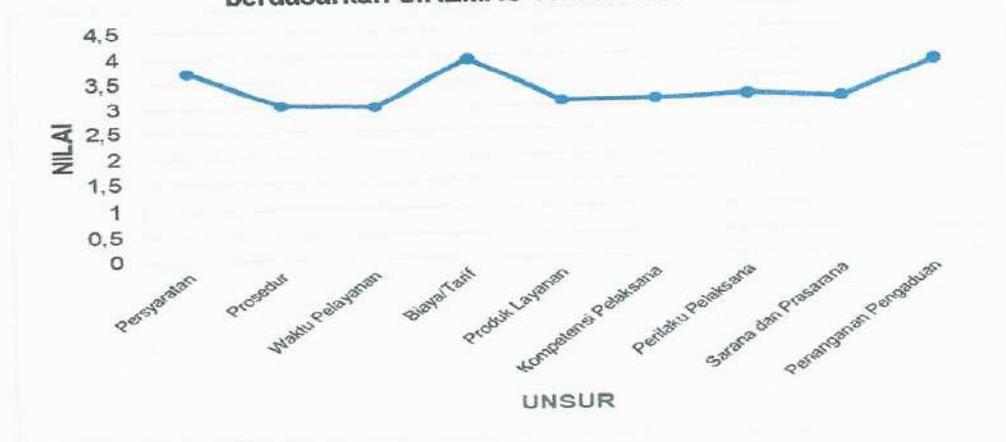
No	UNSUR	NILAI
1	2	3
1	Persyaratan	3,70
2	Prosedur	3,04
3	Waktu Pelayanan	3,00
4	Biaya/Tarif	3,93
5	Produk Layanan	3,09
6	Kompetensi Pelaksana	3,10
7	Perilaku Pelaksana	3,17
8	Sarana dan Prasarana	3,08
9	Penanganan Pengaduan	3,77

Sumber : Instalasi Humas dan Pemasaran RSUD dr. Djasamen Saragih Tahun 2024

Dari tabel di atas dapat dilihat, bahwa semua unsur yang dinilai sesuai dengan hasil survey memberikan hasil yang baik, namun perlu dilaksanakan perbaikan-perbaikan untuk beberapa unsur, yaitu terkait :

- a) Waktu pelayanan
Merupakan nilai paling rendah, hal ini disebabkan karena kurangnya disiplin waktu dalam memberikan pelayanan sesuai ketentuan.
- b) Prosedur
Adanya prosedur yang panjang dalam pelaksanaan pelayanan, sehingga perlu dilaksanakan revisi prosedur dengan mengutamakan efektifitas serta kemudahan dalam pelaksanaan.
- c) Sarana dan prasarana
Kurangnya sarana dan prasarana dalam mendukung pemberian pelayanan kesehatan.
- d) Produk layanan
Produk layanan yang tersedia masih terbatas.
- e) Kompetensi dan perilaku pelaksana
Rendahnya kompetensi serta perilaku SDM yang belum menerapkan prinsip-prinsip pelayanan prima.

Grafik 4
Gambaran Hasil Survei Kepuasan Masyarakat (SKM) RSUD dr. Djasamen Saragih
berdasarkan SIKEMAS Tahun 2024



6) Jumlah Inovasi Pelayanan Kesehatan

Inovasi pelayanan yang dibentuk oleh RSUD dr. Djasamen Saragih tahun 2024 adalah layanan rawat inap jiwa yang ditetapkan berdasarkan SK Direktur RSUD dr. Djasamen Saragih Nomor : 029/400.7.6/5409/X-2024. Inovasi layanan tersebut dinamakan dengan Rawat Jalan Wajib Lapor Terintegrasi Modok Jiwa (RAJAWALI MONJI) yang bertujuan untuk :

- a) Memenuhi hak pengguna narkotika, psikotropika dan zat adiktif lainnya dalam mendapatkan pengobatan dan perawatan melalui rehabilitasi medis dan sosial.
- b) Dengan semakin meningkatnya jumlah pengguna NAPZA yang melaporkan dirinya ke Institusi Penerima Wajib Lapor (IPWL), diharapkan semakin sedikit pengguna NAPZA yang menjalani pemenjaraan.
- c) Bagi pengguna NAPZA yang sedang mengikuti assessment pada IPWL akan tetapi terindikasi mengalami gangguan jiwa, akan langsung mendapat pelayanan kesehatan jiwa dan apabila mengalami episode gelisah, mengamuk dan melukai diri sendiri atau orang lain maka dibutuhkan rawat inap jiwa.
- d) Bila seorang pengguna NAPZA mengalami gejala putus asa, maka dapat langsung mendapatkan penanganan dan ditempatkan pada ruang khusus penanganan pasien dengan gaduh dan gelisah.
- e) Sumber pembiayaan IPWL dari Kementerian Kesehatan sesuai dengan tarif yang sudah ditentukan sedangkan pembiayaan penanganan gangguan kejiwaan dijamin oleh BPJS Kesehatan.

Manfaat inovasi layanan RAJAWALI MONJI adalah sebagai berikut :

- a) Bagi masyarakat
Pelayanan rehabilitasi medis rawat jiwa terintegrasi rawat inap jiwa bagi pecandu, penyalah guna dan korban penyalahgunaan NAPZA yang lebih komprehensif serta dapat membantu keluarga pasien.
- b) Bagi BNN
Menjadi tempat rujukan bagi pecandu, penyalah guna dan korban penyalahgunaan NAPZA, sehingga klien yang terjaring dalam operasi razia yang membutuhkan rehabilitasi medis rawat jalan dapat segera ditangani.
- c) Bagi Rumah Sakit
Penambahan dan pengembangan layanan yang berpotensi untuk meningkatkan layanan kesehatan bagi pecandu, penyalah guna dan korban penyalahgunaan NAPZA yang mengalami gangguan jiwa.

Tahapan penyediaan pelayanan rawat inap jiwa yang dilaksanakan adalah sebagai berikut :

- a) Rehabilitasi ruang pelayanan rawat inap jiwa sesuai dengan ketentuan.
- b) Pembentukan tim pelaksana pelayanan
- c) Konsultasi dan koordinasi dengan Badan Narkotika Nasional (BNN)
- d) Peresmian ruang layanan
- e) Penyusunan alur integrasi layanan
- f) Penetapan tarif layanan
Uji coba.

3.1.2. Perbandingan antara Realisasi Kinerja serta Capaian Kinerja Tahun 2024 dengan Tahun 2023 dan beberapa Tahun Terakhir

Perbandingan capaian kinerja RSUD dr. Djasamen Saragih tahun 2024 dengan capaian kinerja tahun sebelumnya diuraikan pada tabel berikut :

Tabel 14

Perbandingan antara Realisasi Kinerja serta Capaian Kinerja Tahun 2024 dengan Tahun 2023 dan beberapa Tahun Terakhir

No	INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI			
			2024	2023	2022	2021
1	2	3	4	5	6	7
1	Elemen Akreditasi Pelayanan yang memenuhi standar Akreditasi RS	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Tingkat Dasar
2	Persentase indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang mencapai target.	85 %	73,04 %	71,43 %	70,98 %	42,57 %
3	Rata – Rata Pemakaian Tempat Tidur (BOR)	20 %	13,72 %	9,89 %	7,60 %	7,52 %
4	Nilai AKIP	B	Belum dilaksanakan penilaian			
5	Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)	83	80,42	77,57 %		
6	Jumlah inovasi pelayanan Kesehatan	1	1			

Sumber : LAKIP RSUD dr. Djasamen Saragih

Dari tabel di atas dapat dilihat, bahwa capaian kinerja berdasarkan beberapa indikator kinerja tidak dapat dibandingkan karena adanya perubahan indikator kinerja. Indikator kinerja RSUD dr. Djasamen Saragih yang tidak mengalami perubahan sejak tahun 2021 sampai dengan tahun 2024, sebanyak 3 (tiga) indikator, yaitu Elemen Akreditasi Pelayanan yang memenuhi standar Akreditasi RS, Persentase indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang mencapai target dan Rata – Rata Pemakaian Tempat Tidur (BOR). Secara umum capaian target indikator kinerja RSUD dr. Djasamen Saragih dari tahun ke tahun mengalami peningkatan yang signifikan, walaupun capaian tersebut belum sesuai dengan yang diharapkan.

3.1.3. Perbandingan Realisasi Kinerja sampai dengan Tahun 2024 dengan Target Jangka Menengah yang Terdapat di dalam Dokumen Perencanaan Strategis Nasional

Target kinerja RSUD dr. Djasamen Saragih tidak dapat dibandingkan dengan Target Jangka Menengah yang Terdapat di dalam Dokumen Perencanaan Strategis Nasional, karena pada dokumen perencanaan strategis nasional tidak secara rinci menyebutkan indikator sesuai dengan tugas dan fungsi rumah sakit.

Tabel 15

Perbandingan Realisasi Kinerja sampai dengan Tahun 2024 dengan Target Jangka Menengah yang Terdapat di dalam Dokumen Perencanaan Strategis Nasional

No	INDIKATOR KINERJA	TARGET 2024	REALISASI 2024	TARGET		
				2025	2026	2027
1	2	3	4	5	6	7
1	Elemen Akreditasi Pelayanan yang memenuhi standar Akreditasi RS	Paripurna	Paripurna			
2	Persentase indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang mencapai target.	85 %	73,04 %			

3	Rata – Rata Pemakaian Tempat Tidur (BOR)	20 %	13,72 %			
4	Nilai AKIP	B	Belum dilaksanakan penilaian			
5	Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)	83	80,42			
6	Jumlah inovasi pelayanan kesehatan	1	1			

Sumber : Laporan Renja TW IV RSUD dr. Djasamen Saragih Tahun 2024

Dari tabel di atas dapat dilihat, bahwa tidak ada target kinerja tahun 2025, 2026, 2027 RSUD dr. Djasamen Saragih karena Indikator Kinerja di Perjanjian Kinerja Direktur tidak sama dengan Indikator Kinerja di Renstra.

3.1.4. Perbandingan Realisasi Kinerja Tahun 2024 dengan Standar Nasional.

Perbandingan realisasi indikator kinerja RSUD dr. Djasamen Saragih tahun 2024 dengan standar nasional adalah sebagai berikut :

Tabel 16
Perbandingan Realisasi Kinerja Tahun 2024 dengan Standar Nasional

No	INDIKATOR KINERJA	REALISASI	STANDAR NASIONAL
1	2	3	4
1	Elemen Akreditasi Pelayanan yang memenuhi standar Akreditasi RS	Paripurna	-
2	Persentase indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang mencapai target.	73,04 %	-
3	Rata – Rata Pemakaian Tempat Tidur (BOR)	13,72 %	60 – 85 %
4	Nilai AKIP	Belum dilaksanakan penilaian	-
5	Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)	80,42	-
6	Jumlah inovasi pelayanan kesehatan	1	-

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat, bahwa indikator kinerja RSUD dr. Djasamen Saragih yang memiliki standar nasional adalah sebanyak 1 (satu) indikator, yaitu Rata – Rata Pemakaian Tempat Tidur (BOR). Pencapaian BOR RSUD dr. Djasamen Saragih tahun 2024 masih sangat jauh dibandingkan dengan standar nasional.

Perkembangan kinerja RSUD dr. Djasamen Saragih berdasarkan BOR tahun 2021 – 2024 adalah sebagai berikut :

Tabel 17
Realisasi BOR RSUD dr. Djasamen Saragih Kota Pematangsiantar Tahun 2021 – 2024

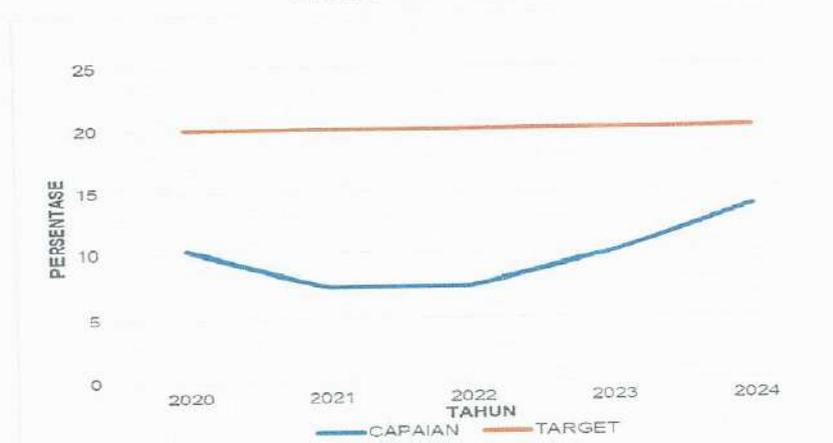
No	TAHUN	REALISASI (%)	STANDAR NASIONAL (%)
1	2	3	4
1	2021	7,52	60 – 85 %
2	2022	7,60	
3	2023	9,89	
4	2024	13,72	

Sumber : Instalasi Rekam Medik RSUD dr. Djasamen Saragih Tahun 2024

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa pada tahun 2023, BOR RSUD dr. Djasamen Saragih mengalami peningkatan dibandingkan dengan 2 tahun sebelumnya dan pada tahun 2024 mengalami peningkatan sebesar 3,83 % bila dibandingkan dengan tahun 2023.

Rendahnya BOR RSUD dr. Djasamen Saragih pada tahun 2021 dan 2022 karena adanya pandemi Covid – 19, yang berdampak terhadap rendahnya tingkat hunian rawat inap rumah sakit, mengingat rumah sakit ditetapkan sebagai rumah sakit rujukan penanganan pasien Covid – 19, sehingga pasien umum sangat jarang yang menggunakan fasilitas RSUD dr. Djasamen Saragih. Setelah pandemi Covid – 19 dinyatakan berakhir berdasarkan Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Penetapan Berakhirnya Status Pandemi *Corona Virus Disease* 2019 (COVID-19) di Indonesia, maka pemanfaatan RSUD dr. Djasamen Saragih mulai meningkat, walaupun belum signifikan dan masih jauh di bawah target maupun parameter ideal nasional.

Grafik 5
Grafik Perkembangan BOR RSUD dr. Djasamen Saragih
Tahun 2020 – 2024



3.1.5. Analisis Penyebab Keberhasilan/Kegagalan Kinerja serta Alternative Solusi yang telah Dilakukan.

Capaian kinerja RSUD dr. Djasamen Saragih tahun 2024 masih sangat rendah, namun terdapat peningkatan capaian, bila dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya.

Analisis faktor penyebab keberhasilan kinerja tersebut adalah sebagai berikut :

- 1) Elemen Akreditasi Pelayanan yang memenuhi standar Akreditasi RS.
Akreditasi Rumah Sakit merupakan penilaian terhadap mutu pelayanan yang memenuhi standar seperti kualitas pelayanan, manajemen risiko, kepatuhan terhadap peraturan, dan keamanan pasien, untuk memenuhi standar penilaian akreditasi tersebut seluruh bidang/bagian yang ada di rumah sakit harus bekerja sama dalam hal pemenuhan syarat-syarat yang diperlukan. Data yang digunakan untuk pengukuran kinerja indikator dimaksud masih menggunakan data penilaian akreditasi tahun 2022.
- 2) Jumlah inovasi pelayanan kesehatan.
 - a. Adanya komitmen dan koordinasi antara pihak terkait dalam rangka mewujudkan terlaksananya pelayanan Rawat Jalan Wajib Laport Terintegrasi Modok Jiwa.

- b. Tersedianya anggaran untuk melaksanakan rehabilitasi ruangan sesuai dengan ketentuan pelayanan rawat inap jiwa.
- c. Tersedianya prasarana pendukung pelaksanaan rawat inap jiwa.
- d. Tersedianya SDM sesuai kebutuhan pelayanan.

Analisis faktor penyebab tidak tercapainya target kinerja RSUD dr. Djasamen Saragih tahun 2024 secara optimal, adalah :

- 1) Persentase indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang tidak mencapai target.
 - a. SPM yang digunakan tidak relevan dengan kondisi pelayanan yang dilaksanakan RSUD dr. Djasamen Saragih saat ini.
 - b. Ketersediaan anggaran untuk pemenuhan sarana dan prasarana sesuai kebutuhan pencapaian SPM masih rendah.
 - c. Adanya perubahan sistem layanan yang menyebabkan beberapa indikator SPM tidak dapat diukur.
 - d. Komitmen dalam melaksanakan evaluasi SPM masih rendah, sehingga beberapa indikator SPM tidak dilaksanakan pengukuran.
- 2) Rata – Rata Pemakaian Tempat Tidur (BOR)
 - a. Kurangnya jumlah, jenis dan kompetensi SDM di rumah sakit.
 - b. Adanya rumah sakit pesaing yang memiliki SDM, sarana prasarana, alat kesehatan serta tata kelola yang lebih baik.
 - c. Rendahnya kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit pemerintah
 - d. Disiplin tenaga medis yang masih rendah.
- 3) Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)
 - a. Tata kelola rumah sakit belum optimal.
 - b. Jumlah, jenis dan kompetensi SDM belum sesuai kebutuhan pelayanan.
 - c. Kurangnya ketersediaan sarana prasarana dan alat kesehatan sesuai jenis layanan yang tersedia serta dalam rangka pengembangan layanan
- 4) Nilai AKIP
 Belum ada Laporan Hasil Evaluasi atas Implementasi Akuntabilitas Instansi Pemerintah (AKIP) pada RSUD dr. Djasamen Saragih Kota Pematangsiantar Tahun 2024 oleh Inspektorat Kota Pematangsiantar. Kurangnya optimalnya pendapatan fungsional BLUD maupun subsidi anggaran dari pemerintah untuk memenuhi kebutuhan operasional serta pengembangan layanan rumah sakit.
 Alternatif solusi yang telah dilakukan dalam upaya pencapaian kinerja secara optimal adalah sebagai berikut :
 - 1) Melaksanakan koordinasi dengan para *stakeholder* dalam rangka peningkatan pembiayaan operasional rumah sakit.
 - 2) Melaksanakan perbaikan tata kelola rumah sakit secara bertahap dan berkesinambungan dengan melengkapi/menyediakan dan memperbaharui regulasi sesuai kebutuhan pelayanan, mengoptimalkan monitoring dan evaluasi serta melaksanakan penanganan segera terhadap kendala ataupun situasi yang mengakibatkan penurunan kinerja.

- 3) Melaksanakan pengembangan layanan unggulan berbasis pelayanan spesialis dan sub spesialisik.
- 4) Melaksanakan dan meningkatkan upaya-upaya bisnis yang sehat dan sesuai dengan regulasi yang mampu meningkatkan pendapatan fungsional BLUD.
- 5) Menerapkan secara bertahap kendali mutu dan kendali biaya secara konsisten.
- 6) Melaksanakan secara bertahap pemenuhan SDM baik dari segi jumlah, jenis dan kompetensi melalui perekrutan sesuai prioritas kebutuhan pelayanan serta permohonan pemenuhan SDM kepada Pemerintah Kota Pematangsiantar sesuai dengan peta jabatan yang tersedia.
- 7) Melaksanakan secara bertahap pemenuhan sarana prasarana dan alat kesehatan sesuai standar serta prioritas pelayanan.
- 8) Peningkatan pelayanan berbasis digital yang memberikan kemudahan kepada konsumen rumah sakit dalam mengakses layanan.
- 9) Pengembangan jenis pelayanan serta melaksanakan inovasi layanan.
- 10) Meningkatkan disiplin dan mengutamakan pelayanan prima.

3.1.6. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Analisis efisiensi penggunaan sumber daya adalah cara untuk mengukur seberapa efektif sumber daya digunakan untuk menghasilkan sesuatu. Pada tahun 2024 RSUD dr. Djasamen Saragih melaksanakan 3 (tiga) program dengan 5 (lima) kegiatan yang dibiayai oleh 2 (dua) sumber pendanaan, yaitu pendapatan fungsional BLUD dan APBD Pemerintah Kota Pematangsiantar. Pendanaan APBD dikelola oleh 2 (dua) instansi, yaitu RSUD dr. Djasamen Saragih dan Dinas Kesehatan sebagaimana dijelaskan di bawah ini. Realisasi anggaran kegiatan yang bersumber dari pendapatan fungsional BLUD adalah sebesar 94,28 % dan realisasi anggaran kegiatan yang bersumber dari APBD Pemerintah Kota Pematangsiantar adalah sebesar 83,84 %. Realisasi anggaran RSUD dr. Djasamen Saragih secara keseluruhan adalah sebesar 88,86 % sedangkan realisasi kinerja dengan ketersediaan anggaran adalah 75,24 %. Untuk mengetahui tingkat efisiensi anggaran terhadap realisasi kinerja, dapat dihitung dengan membandingkan persentase rata-rata capaian kinerja dengan persentase rata-rata penyerapan anggaran, sehingga diperoleh hasil sebesar 0,84 yang menunjukkan bahwa capaian kinerja RSUD dr. Djasamen Saragih terhadap capaian realisasi anggaran < 1, yang artinya efisiensi tidak tercapai.

Tabel 18
 Realisasi Program Per Indikator Kinerja RSUD dr. Djasamen Saragih Tahun 2024

No	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA	PROGRAM/ KEGIATAN	ANGGARAN	REALISASI	CAPAIAN (%)
1	2	3	4	5	6	7
1	Meningkatnya pelayanan Rumah Sakit	Elemen Akreditasi Pelayanan memenuhi standar Akreditasi RS Persentase indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang mencapai target. Rata - Rata Pemakaian Tempat Tidur (BOR) Nilai AKIP	Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah, Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat, Program Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan	89,017,549,462.00	79,108,284,738.00	88,86%
2	Meningkatnya akuntabilitas kinerja Rumah Sakit					
3	Meningkatnya kualitas pelayanan publik	Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) Jumlah inovasi pelayanan kesehatan				

Tabel 19
Perbandingan Capaian Kinerja dan Anggaran RSUD dr. Djasmamen Saragih Tahun 2024

No	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA	KINERJA			ANGGARAN			CAPAIAN %
			TARGET	REALISASI	CAPAIAN %	TARGET	REALISASI	TARGET	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1	Meningkatnya pelayanan Rumah Sakit	Elemen Akreditasi Pelayanan yang memenuhi standar Akreditasi RS Persentase indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang mencapai target. Rata - Rata Pemakaian Tempat Tidur (BOR)	Paripurna 85 % 20 %	Paripurna 73,04 % 13,72 %	100 85,93 68,60	89.017.549.462,00	79.108.284.738,00	88,86	
2	Meningkatnya akuntabilitas kinerja Rumah Sakit	Nilai AKIP	B	Belum dilaksanakan penilaian	0				
3	Meningkatnya kualitas pelayanan publik	Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) Jumlah inovasi pelayanan kesehatan	83 1	80,42 1	96,89 100				

Tabel 20
Efisien Per Indikator Kinerja RSUD dr. Djasamen Saragih Tahun 2024

No	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA	CAPAIAN KINERJA (%)	CAPAIAN ANGGARAN (%)	EFISIENSI (%)
1	Meningkatnya pelayanan Rumah Sakit	<p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>Elemen Akreditasi Pelayanan yang memenuhi standar Akreditasi RS</p> <p>Persentase indikator Pelayanan Standar Minimal (SPM) yang mencapai target.</p> <p>Rata - Rata Pemakaian Tempat Tidur (BOR)</p> <p>Nilai AKIP</p>	75,24	88,86	0,84
2	Meningkatnya akuntabilitas kinerja Rumah Sakit				
3	Meningkatnya kualitas pelayanan publik	<p>Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)</p> <p>Jumlah inovasi pelayanan kesehatan</p>			

$$\text{Tingkat Efisiensi} = \frac{\% \text{ Rata-rata Capaian Kinerja}}{\% \text{ Rata-rata Capaian Penyerapan Anggaran}}$$

$$\text{Tingkat Efisiensi} = \frac{75,24}{88,86} = 0,84$$

3.1.7. Analisis Program/Kegiatan yang Menunjang Keberhasilan ataupun Kegagalan Pencapaian Pernyataan Kinerja.

Pada prinsipnya seluruh program/kegiatan RSUD dr. Djasamen Saragih berperan dalam meningkatkan capaian kinerja. Anggaran yang tersedia untuk masing-masing pelaksanaan program/kegiatan tidak dapat dipisahkan satu dengan lainnya, karena setiap program/kegiatan memiliki peran dalam peningkatan capaian semua indikator yang ada. Berdasarkan kondisi tersebut, maka dapat diambil kesimpulan, bahwa peningkatan anggaran pelaksanaan program/kegiatan akan berbanding lurus dengan peningkatan kinerja.

Berikut analisis program/kegiatan yang menunjang keberhasilan pencapaian pernyataan kinerja.

a. Sasaran "Meningkatnya pelayanan Rumah Sakit" yang diukur dengan indikator "Elemen Akreditasi Pelayanan yang memenuhi standar Akreditasi RS"

Pada perjanjian kinerja tahun 2024, indikator ini ditargetkan Paripurna dan capaian tahun 2024 masih menggunakan data hasil penilaian akreditasi tahun 2022, sasaran ini tidak memiliki program khusus yang dianggarkan dalam Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) Tahun 2024.

b. Sasaran "Meningkatnya kualitas pelayanan publik" yang diukur dengan indikator "Jumlah inovasi pelayanan kesehatan"

Pada perjanjian kinerja tahun 2024, indikator ini ditargetkan 1 inovasi layanan dan tercapai dengan adanya layanan Rawat Jalan Wajib Lapor Terintegrasi Modok Jiwa (RAJAWALI MONJI). Semua program/kegiatan yang tersedia berperan dalam menunjang terbentuknya inovasi pelayanan kesehatan yaitu Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah, Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat dan Program Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan.

Berikut analisis program/kegiatan yang menunjang kegagalan pencapaian pernyataan kinerja.

a. Sasaran "Meningkatnya pelayanan Rumah Sakit" yang diukur dengan indikator "Persentase indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang tidak mencapai target".

Pada perjanjian kinerja tahun 2024, indikator ini ditargetkan 85 % dan realisasi adalah 73,04 %. Setiap bidang/ bagian di RSUD dr Djasamen Saragih memiliki Standar Penilaian Minimal (SPM) yang berjumlah 115 indikator. Masih kurangnya tingkat Kompetensi SDM baik dari segi kualitas dan kuantitas serta Sarana dan Prasarana Rumah Sakit yang masih kurang memenuhi standar mempengaruhi persentase pencapaian nilai SPM. Keterbatasan anggaran yang ada pada program/kegiatan di RSUD dr Djasamen Saragih seperti Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah, Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat dan Program Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan belum dapat memenuhi kebutuhan untuk pemenuhan peningkatan SPM sehingga sangat mempengaruhi ketidak berhasilan pencapaian target standar SPM tersebut.

b. Sasaran "Meningkatnya pelayanan Rumah Sakit" yang diukur dengan indikator "Rata – Rata Pemakaian Tempat Tidur (BOR)"

Pada perjanjian kinerja tahun 2024, indikator ini ditargetkan 20 % dan realisasi adalah 13,72%. Ketidak berhasilan pencapaian target indikator BOR ini di pengaruhi oleh masih kurangnya tingkat Kompetensi SDM baik dari segi kualitas dan kuantitas serta Sarana dan Prasarana Rumah Sakit yang masih kurang memenuhi standar, hal ini menyebabkan rendahnya tingkat kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan rumah sakit yang mempengaruhi tingkat hunian RSUD dr Djasamen Saragih. Keterbatasan anggaran yang ada pada semua program/kegiatan Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah, Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat dan Program Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan tidak mencukupi untuk pemenuhan upaya dalam peningkatan BOR.

c. Sasaran " Meningkatkan kualitas pelayanan publik" yang diukur dengan indikator " Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)"

Pada perjanjian kinerja tahun 2024, indikator in ditargetkan 83 % dan realisasi adalah 80,42 %. %. Sasaran ini tidak tercapai disebabkan karena ketersediaan anggaran masih rendah pada semua program/kegiatan Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah, Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat dan Program Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan tidak mencukupi untuk pemenuhan program/kegiatan dalam peningkatan IKM.

3.2. Realisasi Anggaran

Dalam melaksanakan program dan kegiatan tahun 2024, RSUD dr. Djasamen Saragih dibiayai oleh pendanaan yang bersumber dari pendapatan BLUD dan SILPA BLUD tahun 2023 yang disusun dalam bentuk Rencana Bisnis dan Anggaran Badan Layanan Umum Daerah (RBA – BLUD) dan Dana Alokasi Umum (DAU) Pemerintah Kota Pematangsiantar.

Tabel 21
Realisasi Anggaran Sesuai Program Tahun 2024
RSUD dr. Djasamen Saragih

PROGRAM	ANGGARAN	REALISASI	CAPAIAN
Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota	85.859.154.462,00	77.101.384.738,00	89,79
Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan Dan Upaya Kesehatan Masyarakat	2.558.395.000,00	1.979.150.000,00	77,36
Program Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan	600.000.000,00	27.750.000,00	4,63
Total	89.017.549.462,00	79.108.284.738,00	88,87

Berdasarkan tabel diatas total anggaran yang tersedia dalam pelaksanaan operasional RSUD dr. Djasamen Saragih tahun 2024 adalah sebesar Rp 89.017.549.462,00 dan yang terealisasi adalah sebesar Rp 79.108.284.738,00 atau 88,87 %.

BAB IV PENUTUP

Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) RSUD dr. Djasamen Saragih Tahun 2024 ini merupakan laporan pertanggungjawaban atas pencapaian pelaksanaan visi dan misi RSUD dr. Djasamen Saragih menuju *good governance*. LAKIP RSUD dr. Djasamen Saragih Tahun 2024 merupakan hasil evaluasi kinerja selama satu tahun anggaran yang berisikan tentang kegiatan pelaksanaan tugas di bidang kesehatan yang tertuang dalam indikator kinerja RSUD dr. Djasamen Saragih. Hasil evaluasi tersebut diharapkan dapat sebagai alat penilai kinerja kuantitatif yang menggambarkan RSUD dr. Djasamen Saragih secara transparan serta dapat menggambarkan pelaksanaan tugas dan fungsi organisasi.

1. Kesimpulan

Dari uraian di atas dapat disimpulkan, bahwa kinerja pelayanan RSUD dr. Djasamen Saragih masih sangat rendah, bila dibandingkan dengan parameter ideal yang telah ditetapkan oleh pemerintah maupun pencapaian target masing-masing indikator yang tertuang di dalam perjanjian kinerja. Hal ini disebabkan beberapa faktor sebagaimana yang telah diuraikan di atas.

Rendahnya kinerja pelayanan kesehatan RSUD dr. Djasamen Saragih menjadi suatu tantangan bagi para *stakeholder* ke depan dalam rangka meningkatkan mutu pelayan serta memposisikan rumah sakit menjadi salah satu fasilitas layanan kesehatan yang menjadi pilihan masyarakat, khususnya masyarakat Kota Pematangsiantar.

2. Langkah-langkah yang akan dilakukan di Masa Mendatang

a. Meningkatkan pelayanan kesehatan masyarakat

- Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan
- Pengembangan kompetensi SDM RSUD
- Pemberian Reward terhadap prestasi kerja
- Pemenuhan sarana dan prasarana RSUD

b. Meningkatkan efisiensi Manajemen

- Pemanfaatan sistem Informasi
- Peningkatan manajemen keuangan
- Pengendalian biaya operasional
- Pemantauan dan evaluasi kinerja secara berkala
- Meningkatkan upaya kolaborasi

Dengan disusunnya Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) RSUD dr. Djasamen Saragih Tahun 2024 diharapkan dapat memberikan informasi kinerja yang terukur kepada pemberi mandat atas kinerja yang telah dan seharusnya dicapai serta sebagai bahan evaluasi para *stakeholder* dalam upaya mendorong perbaikan kinerja rumah sakit secara berkesinambungan yang didasarkan pada peraturan perundang-undangan, kebijakan yang transparan dan dapat dipertanggungjawabkan kepada masyarakat. Demikian LAKIP RSUD dr. Djasamen Saragih Tahun 2024 disusun untuk dapat digunakan sebagai bahan evaluasi serta penyusunan Rencana Tindak Lanjut (RTL) untuk perbaikan kinerja secara bertahap dan berkesinambungan.

Pematangsiantar, 10 Februari 2025

DIREKTUR RSUD dr. DJASAMEN SARAGIH
KOTA PEMATANGSIANTAR



dr. AULIA SUKRI SAMBAS, MKM
NIP 19690814 200604 1 004