



LAPORAN KINERJA INSTANSI PEMERINTAH RSUD MOHAMMAD NATSIR TAHUN 2025



RSUD M NATSIR PERTAHANKAN
PREDIKAT NILAI A

EVALUASI SAKIP 2025
SELAMA 3 TAHUN BERTURUT TURUT





PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT

INSPEKTORAT

Jln. Nipah No. 51 Berok Nipah, Padang Barat, Kota Padang, Sumatera Barat 25118
Telp. (0751) 31961-39263, Fax. (0751) 31841
Laman inspektorat.sumbarprov.go.id, email: inspektorat@sumbarprov.go.id

PERNYATAAN TELAH DIREVIU LAPORAN KINERJA RSUD M. NATSIR PROVINSI SUMATERA BARAT TAHUN 2025

Kami telah mereviu Laporan Kinerja RSUD M. Natsir Provinsi Sumatera Barat untuk tahun anggaran 2025 sesuai Pedoman Reviu atas Laporan Kinerja. Substansi informasi yang dimuat dalam Laporan Kinerja menjadi tanggung jawab manajemen RSUD M. Natsir Provinsi Sumatera Barat.

Reviu bertujuan untuk memberikan keyakinan terbatas Laporan Kinerja telah disajikan secara akurat, andal dan valid.

Berdasarkan reviu kami, tidak terdapat kondisi atau hal-hal yang menimbulkan perbedaan dalam meyakini keandalan informasi yang disajikan di dalam Laporan Kinerja ini.

Padang, 22 Februari 2026

Inspektur



ANDRI YULIKA, SH, M.Hum, CGCAE
Pembina Utama Madya
NIP. 197210261997031003



Ikhtisar Eksekutif

Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) RSUD Mohammad Natsir merupakan alat penilai kinerja secara kuantitatif dan sebagai wujud akuntabilitas pelaksanaan tugas dan fungsi menuju terwujudnya *good governance* yang didasarkan pada peraturan perundang-undangan yang berlaku dan kebijakan yang transparan. Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) merupakan salah satu upaya mendorong tata kelola pemerintahan yang baik, dimana instansi pemerintah melaporkan kinerjanya dalam memberikan pelayanan publik. Proses penilaian kinerja ini dilakukan secara terukur sehingga bisa dijadikan pembelajaran bagi instansi untuk terus meningkatkan kinerjanya pada tahun berikutnya. Tahun 2025 ini merupakan wujud akuntabilitas pencapaian kinerja tahun terakhir dari pelaksanaan Rencana Strategis RSUD Mohammad Natsir Tahun 2021-2026 dan Rencana Kinerja Tahunan 2025 yang telah ditetapkan melalui Penetapan Kinerja Tahun 2025. Penyusunan Laporan Kinerja RSUD Mohammad Natsir Tahun 2025 ini pada hakekatnya merupakan penjelasan kepada publik terhadap pelayanan yang telah dilaksanakan dan upaya untuk memberikan laporan secara tertulis mengenai akuntabilitas dan tanggung jawab terhadap kinerja yang telah dilakukan selama tahun 2025.

Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) RSUD Mohammad Natsir Tahun 2025 ini disusun dengan melakukan analisa dan mengumpulkan bukti untuk menjawab pertanyaan tentang keberhasilan pencapaian sasaran yang telah ditetapkan dengan melihat capaian indikator kinerja yang telah ditetapkan pada tahun 2025 telah berhasil dicapai.

Dari 4 indikator kinerja RSUD Mohammad Natsir tahun 2025 yang terdiri dari Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM), Akreditasi Rumah Sakit, Nilai Evaluasi SAKIP, dan Tingkat Kemandirian Keuangan (TKK) keempat indikator telah tercapai dengan 108,08% Capaian Indikator Rumah Sakit dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 1 Realisasi Capaian Indikator Kinerja

RSUD Mohammad Natsir Tahun 2025

N O	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	CAPAIAN
1	Meningkatnya Kualitas Layanan Rumah Sakit	1. Akreditasi Rumah Sakit	85 % (Paripurna)	85 % (Paripurna)	100%
		2. Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)	97,46 %	96,97%	99,49%
2	Meningkatnya Akuntabilitas Kinerja Organisasi	3. Nilai Evaluasi SAKIP	80,61	81,76	101,43%
3	Meningkatnya Kemandirian Keuangan Rumah Sakit	4. Tingkat Kemandirian Keuangan (TKK)	64,55 %	65,98%	102,21%
Rata-Rata Capaian Indikator 3 Sasaran Strategis, 4 Indikator Kinerja					100,78%

Dari data tabel diatas dapat dilihat, capaian rata-rata 4 (empat) indikator kinerja untuk mengukur keberhasilan/kegagalan pencapaian 3 (tiga) sasaran strategis yang ditetapkan pada tahun 2025, 1 Indikator dengan capaian 100% yaitu Akreditasi Rumah Sakit, 2 Indikator dengan capaian diatas 100% yaitu Nilai Evaluasi SAKIP dengan capaian 101,43% dan Tingkat Kemandirian Keuangan (TKK) dengan capaian sebesar 102,21% dan 1 indikator mendekati capaian 100% yaitu indikator Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) 99,49% .

Program dan kegiatan RSUD Mohammad Natsir Tahun 2025 merupakan upaya untuk mewujudkan tercapainya tujuan dan sasaran, dan dalam rangka menjawab isu-isu aktual dalam penyelenggaraan urusan kesehatan. Sebagai institusi kesehatan, rumah sakit harus bisa memberikan pelayanan meliputi tindakan *preventif*, *kuratif*, *rehabilitatif* dan *promotif*. Untuk menghadapi era globalisasi, rumah sakit sudah seharusnya meninjau kembali sistem yang selama ini digunakan untuk mampu bersaing dan berkembang dalam persaingan pelayanan kesehatan, terutama pemanfaatan teknologi internet dan teknologi elektronik lainnya sebagaimana sekarang industri sudah memasuki revolusi industri 5.0.

Rumah Sakit harus memanfaatkan perubahan global tersebut untuk menciptakan lingkungan bisnis yang berorientasi kepada teknologi karena bisnis di Rumah Sakit sekarang berpacu dengan perkembangan teknologi internet dan teknologi elektronika lainnya supaya bisa bersaing dengan kebutuhan masyarakat dan pasien khususnya.

KATA PENGANTAR



Puji dan syukur kami ucapkan kehadirat Allah Yang Maha Kuasa, dengan Rahmat dan Karunia-Nya kami dapat menyelesaikan penyusunan Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) RSUD Mohammad Natsir Tahun 2025 sebagai bentuk pertanggungjawaban dan akuntabilitas penyelenggaraan pelayanan di RSUD Mohammad Natsir Tahun 2025.

Penyusunan Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) RSUD Mohammad Natsir tahun 2025 ini mengacu pada Perpres Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah dan Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 12 Tahun 2015 tentang Pedoman Evaluasi atas Implementasi Sistem Akuntabilitas Instansi Pemerintah dan Peraturan Gubernur Sumatera Barat Nomor 2 Tahun 2025 tentang Perubahan Atas Peraturan Gubernur Sumatera Barat Nomor 71 Tahun 2020 tentang Pelaksanaan Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah di Lingkungan Pemerintah Provinsi Sumatera Barat

Kami menyadari bahwa dalam penyusunan Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) RSUD Mohammad Natsir tahun 2025 ini tidak terlepas dari dukungan berbagai pihak, baik internal maupun eksternal RSUD Mohammad Natsir. Oleh karena itu, kami mengucapkan terima kasih atas kerjasama, kontribusi, partisipasi dan kontribusi yang telah diberikan dalam mewujudkan program-program pemerintah yang bermanfaat bagi masyarakat.

Kami berharap Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) RSUD Mohammad Natsir tahun 2025 ini dapat memberikan gambaran yang jelas tentang kinerja serta menjadi bahan evaluasi dan perbaikan untuk peningkatan kualitas pelayanan publik.

Solok, Desember 2025
Direktur



dr. Elvi Fitraneti, Sp.PD.FINASIM
NIP. 19710514 200212 2 002



Daftar Isi

Halaman

Ikhtisar Eksekutif	i
Kata Pengantar	iii
Daftar Isi	iv
Daftar Tabel	v
Daftar Gambar	vii
Daftar Bagan	ix
Daftar Lampiran	ix
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Gambaran RSUD Mohammad Natsir.....	1
1.2 Aspek Strategis Organisasi.....	9
1.3 Permasalahan Utama (<i>Stategic Issued</i>) Organisasi.....	13
BAB II PERENCANAAN KINERJA	13
2.1 Tujuan dan Sasaran RSUD Mohammad Natsir.....	13
2.2 Perjanjian Kinerja.....	25
BAB III AKUNTABILITAS KINERJA	28
3.1 Metodologi Pengukuran Capaian Target Kinerja.....	28
3.2 Hasil Pengukuran Kinerja RSUD Mohammad Natsir.....	29
3.3 Capaian Kinerja Organisasi.....	30
3.4 Realisasi Anggaran.....	143
BAB IV PENUTUP	147
4.1 Kesimpulan.....	147
4.2 Upaya Perbaikan Akuntabilitas Kinerja di masa yang akan datang.....	150
LAMPIRAN	



Daftar Tabel

Halaman

Tabel 1.1 Data Tenaga Medis RSUD Mohammad Natsir Tahun 2025.....	6
Tabel 1.2 Data Tenaga Kesehatan Non Medis Dan Non Keperawatan Tahun 2025	8
Tabel 1.3 Data Tenaga Kesehatan Non Medis dan Non Keperawatan Tahun 2025	9
Tabel 1.4 Target Indikator Kinerja Tujuan Dalam Mendukung KDH	10
Tabel 2.1 Indikator Kinerja Tujuan 1	13
Tabel 2.2 Sasaran dan Indikator Sasaran Tujuan 1	14
Tabel 2.3 Indikator Kinerja Tujuan 2	16
Tabel 2.4 Sasaran dan Indikator Sasaran Tujuan 2	17
Tabel 2.5 Indikator Kinerja	19
Tabel 2.6 Tujuan dan Sasaran Jangka Menengah RSUD Mohammad Natsir.....	21
Tabel 2.7 Strategi dan Kebijakan RSUD Mohammad Natsir.....	23
Tabel 2.8 Indikator Kinerja Utama (IKU) RSUD Mohammad Natsir	24
Tabel 2.9 Perjanjian Kinerja RSUD Mohammad Natsir Tahun 2025	29
Tabel 3.1 Realisasi Capaian Indikator Kinerja RSUD Mohammad Natsir Tahun 2025... ..	29
Tabel 3.2 Sasaran Strategis dan Indikator Kinerja	31
Tabel 3.3 Capaian Indikator Kinerja 1 RSUD Mohammad Natsir Tahun 2025	32
Tabel 3.4 Tabel Cara Perhitungan Nilai Akreditasi Rumah Sakit.....	32
Tabel 3.5 Tata Cara Penilaian Akreditasi RSUD Mohammad Natsir Tahun 2022.....	33
Tabel 3.6 Hasil Penilaian Akreditasi RSUD Mohammad Natsir Tahun 2022	35
Tabel 3.7 Rekap Hasil Penilaian Akreditasi RSUD Mohammad Natsir Tahun 2022.....	77
Tabel 3.8 Perbandingan Realisasi Kinerja s.d 2025	79
Tabel 3.9 Nilai Efisiensi Sasaran Strategis 1.....	83
Tabel 3.10 Sasaran Strategis dan Indikator Kinerja	85
Tabel 3.9 Capaian Indikator Kinerja IKM Tahun 2023	55
Tabel 3.10 IKM RSUD Mohammad Natsir Tahun 2013-2023	55
Tabel 3.11 Perbandingan Target dan Realisasi Kinerja Tahun 2025	85
Tabel 3.12 Rekap IKM, Mutu Kinerja dan SPM	92
Tabel 3.13 Rekap IKM, Mutu Kinerja dan SPM antar Poliklinik.....	93
Tabel 3.14 Rekap IKM, Mutu Kinerja dan SPM antar Rawat Inap	94
Tabel 3.15 Rincian Hasil IKM, Mutu dan Kinerja	95



Tabel 3.16 Rincian Tingkat Kepuasan Pelanggan dan Pemenuhan SPM	97
Tabel 3.17 Perbandingan Realisasi Kinerja s.d Tahun 2025	101
Tabel 3.18 Prediket Survei Kepuasan Masyarakat	103
Tabel 3.19 Inovasi RSUD Mohammad Natsir Tahun 2025	106
Tabel 3.20 Nilai Efisiensi Sasaran Strategis 1	113
Tabel 3.21 Sasaran Strategis dan Indikator Kinerja	115
Tabel 3.22 Perbandingan antara Target dan Realisasi Kinerja Tahun 2025	115
Tabel 3.23 Komponen Penilaian	117
Tabel 3.24 Prediket Penilaian	117
Tabel 3.25 Perbandingan Realisasi Kinerja sampai dengan 2025.....	123
Tabel 3.26 Nilai Efisiensi Sasaran Strategis 2.....	127
Tabel 3.27 Sasaran Strategis dan Indikator Kinerja	129
Tabel 3.28 Perbandingan Target dan Realisasi Kinerja Tahun 2025	130
Tabel 3.29 Tabel Standar Nasional Kemampuan Keuangan	131
Tabel 3.30 Rekapitulasi Pendapatan RSUD Mohammad Natsir Tahun 2025.....	132
Tabel 3.31 Realisasi Fisik dan Keuangan RSUD Mohammad Natsir Tahun 2025.....	133
Tabel 3.32 Perbandingan Jangka Menengah RSUD Mohammad Natsir Tahun 2025	134
Tabel 3.33 Analisis Capaian Keberhasilan RSUD Mohammad Natsir Tahun 2025.....	136
Tabel 3.34 Nilai Efisiensi Sasaran Strategis 3.....	132
Tabel 3.35 Realisasi Pendapatan RSUD Mohammad Natsir Tahun 2025	144
Tabel 3.36 Realisasi Fisik dan Keuangan Program RSUD Mohammad Natsir Th 2025	144
Tabel 4.1 Realisasi Capaian Indikator Kinerja RSUD Mohammad Natsir Th 2025.....	147



Daftar Gambar

Halaman

Gambar 1 RSUD Mohammad Natsir.....	1
Gambar 2 Keterkaitan Visi, Misi KDH dengan Sasaran RSUD M,Natsir	11





Daftar Bagan

	Halaman
Bagan 1 Bagan Struktur Organisasi RSUD Mohammad Natsir.....	5
Bagan 3.1 Perbandingan Realisasi Capaian Akreditasi 2024 dan 2025	78
Bagan 3.2 Perbandingan Realisasi Capaian IKM 2024 dan 2025	100
Bagan 3.3 Perbandingan Realisasi Capaian Evaluasi SAKIP 2024 dan 2025	122
Bagan 3.4 Perbandingan Realisasi Capaian TKK 2024 dan 2025	134





Daftar Lampiran

- Lampiran I Perjanjian Kinerja Eselon II
- Lampiran II Penghargaan yang diterima pada tahun 2025
- Lampiran III Lain-Lain Yang Dirasa Perlu



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Gambaran Umum RSUD Mohammad Natsir

1. Dasar Pembentukan Organisasi

Pelayanan Kesehatan di Kota Solok pada zaman penjajahan berawal dari klinik pengobatan Korem 033 Wirayuda dan Rumah Sakit Pemerintah. Rumah Sakit Pemerintah tersebut merupakan cikal bakal RSUD Mohammad Natsir yang pada waktu itu masih bernama RSUD Solok. Berdiri sekitar tahun 40-an dan pada awalnya berlokasi di Jl. Sudirman Solok yang berdekatan dengan kompleks Pasar Raya Solok dengan jumlah tempat tidur sebanyak 40 tempat tidur.

Pada saat tersebut Rumah Sakit banyak membantu masyarakat yang kena korban perang, disamping memberi pelayanan kesehatan pada masyarakat Solok. Sekitar Tahun 1979, Pelayanan yang diberikan meningkat dengan tersedianya dokter spesialis anak dan kebidanan. Dengan layanan Rawat Inap pada awalnya hanya terdiri dari bangsal umum dan kebidanan dengan \pm 60 tempat tidur. Sedangkan layanan Rawat Jalan hanya dilayani oleh satu Poli Umum.



Gambar 1
RSUD Mohammad Natsir



Pada tahun 1984 lokasi Rumah Sakit pindah ke Jl.Simpang Rumbio Solok, dan diresmikan oleh Gubernur Provinsi Sumatera Barat pada saat itu Ir.Azwar Anas pada tanggal 7 April 1984. Sedangkan layanan rawat inap telah berkembang dengan tambahan layanan rawat inap Anak, Penyakit Dalam dan Kebidanan. Pada saat tersebut pelayanan rawat inap juga dilakukan oleh Klinik Pengobatan Korem 033 Wirayuda berubah status menjadi Rumah Sakit Tentara (RST). Dengan pindahnya Rumah Sakit Umum ke jalan Simpang Rumbio yang lokasinya jauh dari pusat kota, menyebabkan pasien khususnya kasus kecelakaan lebih banyak dikirim ke Rumah Sakit Tentara (RST).

Sejarah mencatat beberapa perkembangan dan kemajuan RSUD Mohammad Natsir diantaranya pada tahun 2011 RSUD Mohammad Natsir diusulkan perubahan status menjadi Kelas B dan ini dapat terwujud dengan dikeluarkannya Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK 03.05/520/2011 dan Ketetapan Gubernur Provinsi Sumatera Barat Nomor 440 – 343 / 2011. Pada tahun 2013 RSUD Mohammad Natsir telah menerapkan pola pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) sesuai dengan Keputusan Gubernur Sumatera Barat Nomor 903-688-2013 tanggal 20 Agustus 2013.

Pada tahun 2015 RSUD Mohammad Natsir ditetapkan sebagai rumah sakit rujukan regional III berdasarkan Peraturan Gubernur Sumatera Barat Nomor 39 Tahun 2015. tentang Perubahan Atas Peraturan Gubernur Nomor 29 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan ditetapkan bahwa RSUD Mohammad Natsir sebagai Rumah Sakit Regional Rujukan Wilayah III meliputi RSUD Sawahlunto, RSUD Sijunjung, RSUD Sungai Dareh, RSUD Aro Suka, RSUD Muara Labuh, RST Solok dan Rumah Sakit swasta yang berada di regional III. Untuk meningkatkan rujukan pelayanan kesehatan RSUD Mohammad Natsir terus berbenah dengan meningkatkan kualitas dan kuantitas baik dari layanan dan Sumber Daya Manusia (SDM). RSUD Mohammad Natsir memiliki layanan unggulan yaitu geriatri, hemodialisa, kanker, jantung, stroke dan uro-nefrologi (KJSU). Pada tahun 2025 telah dibukanya layanan bedah onkologi dan onkologi paru serta layanan gastroenterohepatologi. Selain itu berdasarkan Surat Keputusan Direktur RSUD Mohammad Natsir Nomor 189/019/YM/2025 tentang Penetapan Revisi Jumlah Tempat Tidur Rawat Inap RSUD Mohammad Natsir Tahun 2025 memiliki 244 tempat tidur.

2. Tugas Pokok dan Fungsi RSUD Mohammad Natsir

RSUD Mohammad Natsir merupakan SKPD dibawah Pemerintah Provinsi Sumatera Barat yang melaksanakan urusan wajib bidang Urusan Kesehatan dalam menyelenggarakan usaha kesehatan rujukan. Berdasarkan Peraturan Gubernur Sumatera Barat Nomor 21 Tahun 2024 Tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi Serta Tata Kerja Rumah Sakit Daerah dinyatakan bahwa tugas pokok dan fungsi RSUD Mohammad Natsir sebagai berikut:

a. Tugas Pokok RSUD Mohammad Natsir

“Rumah Sakit mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan terutama dalam upaya penyembuhan dan pemulihan penyakit secara paripurna, serta menyelenggarakan pendidikan, pelatihan, dan pengembangan di bidang kesehatan secara serasi, terpadu dan berkesinambungan, disamping melaksanakan upaya peningkatan kesehatan lainnya dan melaksanakan upaya rujukan”

b. Fungsi RSUD Mohammad Natsir

Untuk menyelenggarakan tugas tersebut diatas RSUD Mohammad Natsir mempunyai fungsi-fungsi pelayanan publik sebagai berikut :

1. Pelayanan medik dan penunjang medik
2. Pelayanan keperawatan dan kebidanan
3. Pelayanan kefarmasian
4. Pelayanan penunjang
5. Penyelenggaraan pelayanan rujukan
6. Penyelenggaraan administrasi umum, sumber daya manusia dan pendidikan
7. Penyelenggaraan administrasi perencanaan dan keuangan

3. Struktur Organisasi

Berdasarkan Peraturan Gubernur Sumatera Barat Nomor 21 Tahun 2024 tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi Serta Tata Kerja Rumah Sakit Daerah. Uraian tugas, wewenang tanggung jawab, ruang lingkup tugas pejabat Rumah Sakit telah dijelaskan secara rinci sehingga kemungkinan duplikasi/tumpang tindih tugas, kekaburan wewenang/tanggung jawab serta kesalahan prosedur dapat diminimalkan. Susunan Organisasi dan Tata Laksana Struktural RSUD Mohammad Natsir tersebut disampaikan pada Peraturan Gubernur Sumatera Barat Nomor 21 Tahun 2024 Bab III Pasal 5 dengan uraian sebagai berikut:

1. Direktur
2. Wakil Direktur Pelayanan, terdiri atas :

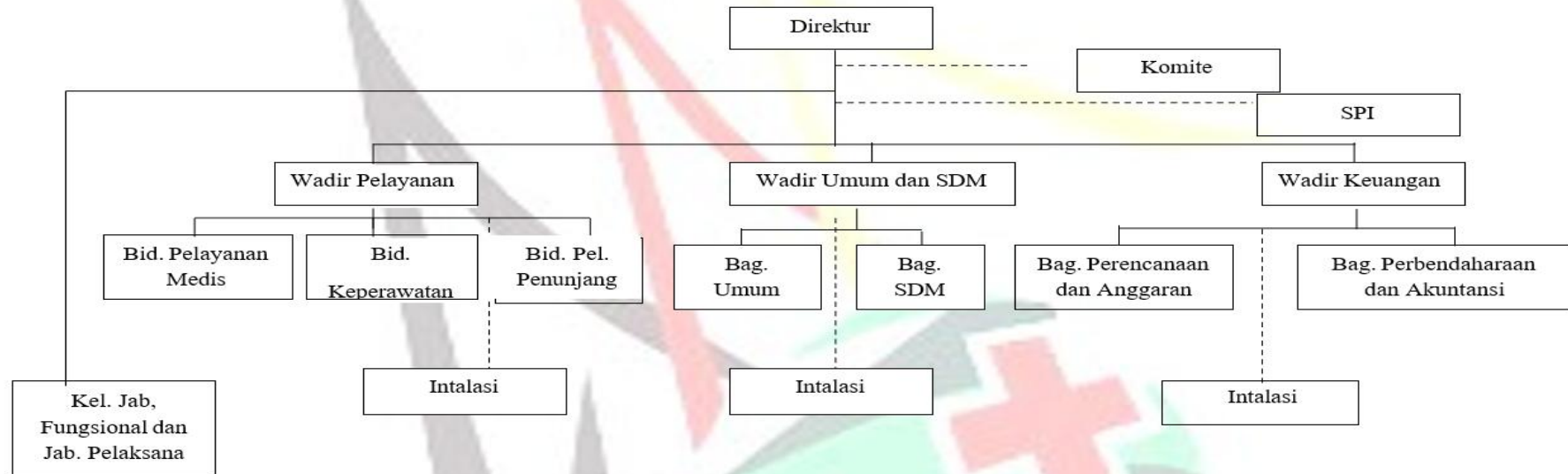


- a. Bidang Pelayanan Medis;
 - b. Bidang Pelayanan Keperawatan; dan
 - c. Bidang Pelayanan Penunjang Medis.
3. Wakil Direktur Umum dan Sumber Daya Manusia, terdiri atas:
- a. Bagian Umum; dan
 - b. Bagian Sumber Daya Manusia
4. Wakil Direktur Keuangan, terdiri atas :
- a. Bagian Perencanaan dan Anggaran;
 - b. Bagian Perbendaharaan dan Akuntansi
5. Komite
6. SPI
7. Instalasi
8. Kelompok Jabatan Fungsional dan Jabatan Pelaksana.

Berdasarkan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2021 tentang Penyederhanaan Struktur Organisasi pada Instansi Pemerintah, untuk penyederhanaan Birokrasi maka pada tanggal 30 Mei 2022 dilakukan pengangkatan pejabat administrasi (Eselon IV) pada RSUD Mohammad Natsir kedalam jabatan fungsional melalui penyetaraan sesuai Surat Keputusan Gubernur Nomor 821.22/2324/BKD-2022 tentang Pengangkatan Pejabat Administrasi kedalam Jabatan Fungsional Melalui Penyetaraan.

Bagan 1

BAGAN STRUKTUR ORGANISASI RSUD MOHAMMAD NATSIR



Sumber : Peraturan Gubernur Sumatera Barat Nomor 21 Tahun 2024 Tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi Serta Tata Kerja Rumah Sakit Daerah

4. Sumber Daya Manusia RSUD Mohammad Natsir

Dalam rangka peningkatan pelayanan yang lebih baik kepada masyarakat, RSUD Mohammad Natsir setiap tahunnya selalu berusaha meningkatkan Sumber Daya Manusia (SDM) Rumah Sakit baik secara kualitas maupun kuantitas. Secara kuantitas selama tahun 2025 ada penambahan tenaga medis dan tenaga kesehatan terdiri dari dokter, perawat, analis, dan tenaga non kesehatan lainnya dengan total pegawai di RSUD Mohammad Natsir sebanyak 804 orang yang terdiri dari PNS 467 orang, PPPK 72 Orang, Pegawai BLUD 242 orang, PTT 1 orang, Referal 8 orang dan THL 14 Orang. Sedangkan untuk peningkatan kualitas Rumah Sakit telah mengadakan program tugas belajar, diklat berupa magang, pelatihan, *inhouse training*, workshop dan *sharing* informasi dengan Rumah Sakit lain.

Tenaga keperawatan adalah Sumber Daya Manusia (SDM) terbanyak di RSUD Mohammad Natsir lebih dari 50% tenaga Rumah Sakit terdiri dari tenaga keperawatan. Jumlah Sumber Daya Manusia (SDM) pada RSUD Mohammad Natsir kondisi 31 Desember 2025 dapat diuraikan pada tabel berikut:

Tabel 1.1
Data Tenaga Medis RSUD Mohammad Natsir Tahun 2025

No	Jenis Tenaga	Jumlah Tenaga	Tenaga PNS	Tugas Belajar	Kontrak /referal
I	Spesialis Dasar				
1	dr.Spesialis Kebidanan	1	1	-	-
2	dr.Spesialis Anak	3	3	1	-
3	dr.Spesialis Penyakit Dalam	4	4	-	-
4	dr.Spesialis Bedah	3	3	-	-
II	Spesialis Penunjang				
1	dr.Spesialis Anastesi dan Terapi Intensif	4	4	-	-
2	dr.Spesialis Radiologi	2	1	-	1
3	dr. Spesialis Forensik dan Medikolegal	1	-		1
4	dr.Spesialis Rehabilitasi Medik	1	1		
5	dr.Spesialis Patologi Klinis	3	3	-	-



6	dr.Spesialis Patologi Anatomi	2	2	-	-
7	Konsultan HD	1	-	-	1
III	Spesialis lain				
1	dr.Spesialis THT-KL	2	2	-	-
2	dr.Spesialis Orthopedi dan Traumatology	3	1	-	2
3	dr.Spesialis Jiwa	2	2	-	-
4	dr.Spesialis Neurologi	3	3	-	-
5	dr.Spesialis Mata	2	2	-	-
6	dr.Spesialis Kulit dan Kelamin	2	2	-	-
7	dr.Spesialis Jantung Konsultan Kardio Intervensi	1	1	-	-
8	dr.Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah	4	3	-	1
9	dr.Spesialis Paru	1	1	-	-
IV	Dokter Spesialis Gigi dan Mulut				
1	dr. Spesialis Bedah Mulut	1	1	-	-
V	Dokter Sub. Spesialis				
1	dr. Spesialis Penyakit Dalam Sub Geriatri	1	1	-	-
2	dr. Spesialis Penyakit Dalam Sub Gastroentropatologi	1	1	-	-
3	dr. Spesialis Bedah Sub Digestif	1	1	-	-
4	dr. Spesialis Bedah Sub Onkologi	1		-	1
5	dr. Spesialis Sub Kandungan dan Kebidanan	1	1	-	-
6	dr. Spesialis Paru sub Onkologi	1		-	1
VI	Dokter Umum				
1	dr. Umum Dasar	40	22	-	18
2	dr. Gigi Umum	2	2	-	-
	Jumlah	94	68	1	26

Sumber Data: Bagian SDM RSUD Mohammad Natsir Tahun 2025

Selain dari tenaga medis, juga terdapat tenaga kesehatan yang bukan dari medis dan keperawatan.

Tabel 1.2**Data Tenaga Kesehatan Non Medis Dan Non Keperawatan Tahun 2025**

No	Nama Jabatan	Jumlah Tenaga	Tenaga PNS	Tugas Belajar	Kontrak/ Referral
1	Struktural/Manajemen	9	9	0	0
2	SKM	7	7	0	0
3	Apoteker	15	12	0	3
4	Asisten Apoteker	35	26	0	9
5	D IV/ S1 Gizi	8	8	0	0
6	D III Gizi	4	3	0	1
7	D III Rekam Medis	27	16	0	11
8	D IV Radiologi	5	5	0	0
9	D III Radiologi	10	9	0	1
10	Fisikawan Medis	2	2	0	0
11	DIII Anastesi	4	4	0	0
12	S1 Fisioterapi	3	3	0	0
13	DIII Fisioterapi	7	6	0	1
14	DIII Terapi Wicara	1	1	0	0
15	DIII Refraksionis	2	2	0	0
16	DIII/Div Atem	2	2	0	0
17	DIII Perawat Gigi	2	2	0	0
18	SPRG	1	1	0	0
19	DIV Analis Kesehatan	11	10	0	1
20	DIII Analis Kesehatan	32	28	0	4
21	Akupasi	2	1	0	1
22	SMAK	0	0	0	0
23	Fungsional Adminkes S1/S2	9	9	0	0
24	Fungsional Arsiparis	4	3	0	1
25	Fungsional Umum S2	12	12	0	0
26	Fungsional Umum S1	46	16	0	30
27	Fungsional Kesling	6	4	0	2
28	Fungsional Umum DIII	12	2	0	10



29	Fungsional Umum SMA/Sederajat	77	19	0	58
30	Fungsional Umum SMP	0	0	0	0
31	Fungsional Umum SD	0	0	0	0
Jumlah		363	230	0	133

Sumber Data: Bagian SDM RSUD Mohammad Natsir Tahun 2025

Selain dari tenaga kesehatan yang bukan dari medis dan keperawatan, ada juga tenaga kesehatan non medis dan non keperawatan

Tabel 1.3

Data Tenaga Kesehatan Non Medis Dan Non Keperawatan Tahun 2025

No	Nama Jabatan	Jumlah Tenaga	Tenaga PNS	Tugas Belajar	Kontrak/ Referral
1	Perawat S2	5	5	0	0
2	Perawat S1	131	97	0	34
3	Perawat D III	174	121	0	53
4	Perawat SPK	0	0	0	0
5	Bidan D IV	13	10	0	3
6	Bidan D III	25	20	0	5
7	Bidan D I	0	0	0	0
Jumlah		348	253	0	95

Sumber Data: Bagian SDM RSUD Mohammad Natsir Tahun 2025

1.2 Aspek Strategis Organisasi

Untuk mendukung Sasaran Kepala Daerah (KDH) Provinsi Sumatera Barat dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dengan indikator kinerja Angka Harapan Hidup, maka RSUD Mohammad Natsir telah menyusun Rencana Strategis (Renstra) 2021-2026. Renstra memuat tujuan, sasaran, program dan kegiatan yang akan dilakukan untuk tahun 2021-2026.

Adapun Sasaran RSUD Mohammad Natsir untuk mendukung Sasaran Kepala Daerah (KDH) diatas dapat dilihat pada tabel target indikator kinerja tujuan RSUD Mohammad Natsir tahun 2021-2026 berikut ini :

Tabel 1.4

**Target Indikator Kinerja Tujuan RSUD Mohammad Natsir Tahun 2021-2026
Dalam Mendukung Sasaran Kepala Daerah (KDH)**

No	Tujuan	Indikator	Target Indikator Kinerja Tujuan Tahun ke-					
			2021	2022	2023	2024	2025	2026
1	Meningkatnya Derajat Kesehatan Perorangan	Gross Death Rate (GDR)	10%	8%	5%	3%	2%	2%
2	Meningkatnya Tata Kelola Rumah Sakit	Nilai Evaluasi SAKIP	80,01	80,03	80,06	80,09	80,11	80,16

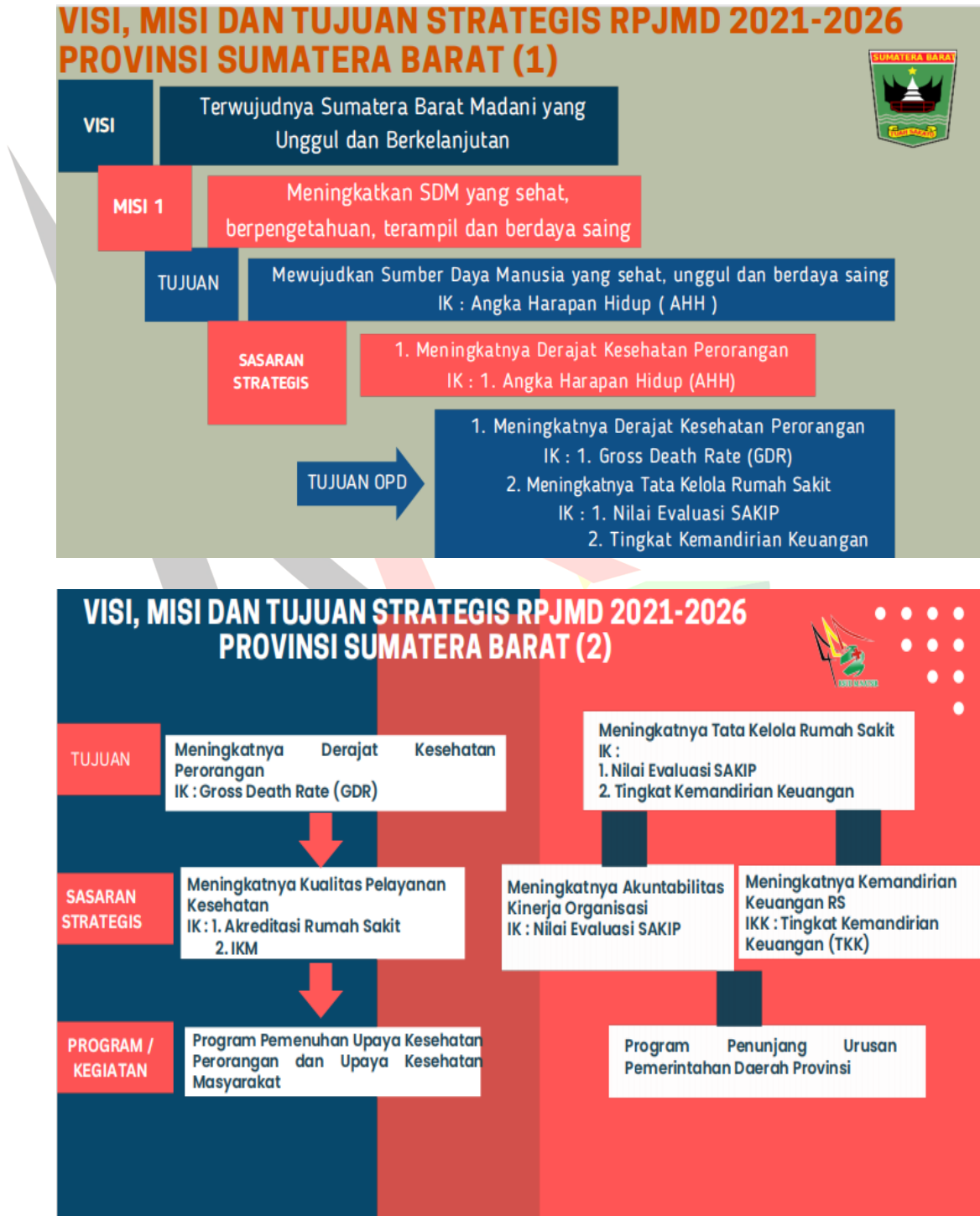
Sumber Data : Renstra RSUD Mohammad Natsir Tahun 2021-2026

Pentingnya peningkatan derajat kesehatan masyarakat dengan indikator Angka Harapan Hidup (AHH) karena angka harapan hidup merupakan indikator yang menunjukkan kualitas hidup masyarakat yang sehat dan sejahtera. Dasar penetapan target Angka Harapan Hidup (AHH) adalah Angka Kematian Menurut Umur (*Age Spesific Death Rate/ASDR*). ASDR merupakan data yang diperoleh dari catatan registrasi kematian secara betahun-tahun. Sumber perolehan data Angka Harapan Hidup (AHH) diperoleh dari hasil *Survey Indeks Pembangunan Gender (IPG)* Provinsi Sumatera Barat menurut jenis kelamin dari Kabupaten/Kota yang kemudian dikalkulasikan sebagai target indikator kinerja dalam Renstra OPD tahun 2021-2026.

Angka harapan hidup Sumatera Barat diyakini akan meningkat dengan meningkatnya mutu pelayanan kesehatan masyarakat. RSUD Mohammad Natsir sebagai OPD dibawah pemerintah Provinsi Sumatera Barat yang membidangi urusan dibidang kesehatan telah menetapkan beberapa sasaran strategis untuk mendukung sasaran KDH diantaranya adalah sebagai berikut:

1. Meningkatkan Kualitas Layanan Rumah Sakit
2. Meningkatkan Akuntabilitas Kinerja Organisasi
3. Meningkatkan Kemandirian Keuangan Rumah Sakit

Secara detail kaitan antara Visi, Misi Kepala Daerah dengan Tujuan dan Sasaran Strategis RSUD Mohammad Natsir pada RPJMD Sumatera Barat Tahun 2021-2026 dapat dilihat pada Gambar 2 berikut ini



Gambar 2
Keterkaitan Visi, Misi Kepala Daerah dengan Tujuan dan Sasaran Strategis RSUD Mohammad Natsir pada RPJMD Sumatera Barat Tahun 2021-2026



1.3 Permasalahan Utama (*Strategic Issued*) Organisasi

Dalam mendukung sasaran Kepala Daerah (KDH) yaitu meningkatnya derajat kesehatan masyarakat dengan Indikator Kinerja Angka Harapan Hidup maka RSUD Mohammad Natsir telah melakukan beberapa upaya untuk meningkatkan kualitas layanan rumah sakit yang berkualitas meliputi tindakan *preventif, kuratif, rehabilitatif dan promotif* pelayanan yang berkualitas dapat dilihat dari capaian indikator kinerja dengan Akreditasi Paripurna dan Indeks Kepuasan Masyarakat yang sangat memuaskan.

Dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat di Sumatera Barat yang telah dilakukan selama ini masih ditemui berbagai tantangan dan permasalahan yang menjadi permasalahan sesuai dengan tugas pokok dan fungsi RSUD Mohammad Natsir diantaranya adalah sebagai berikut:

1) Masih adanya sarana dan prasarana rumah sakit yang belum representatif

a. Sarana

Masih adanya gedung layanan RSUD Mohammad Natsir yang memiliki umur lebih dari 40 tahun yang relatif lama tersebut diantaranya adalah gedung layanan rawat jalan dan rawat inap sehingga layanan rawat inap berstandar KRIS belum terpenuhi.

b. Prasarana

Saat ini Rumah Sakit masih perlu peremajaan *ambulance* (sudah tua), belum tersedianya *AC Central*, gas medis di seluruh ruang layanan sesuai dengan standar, serta belum terpenuhinya kapasitas genset dan UPS untuk *memback up* alat-alat bila terjadi gangguan listrik dari PLN.

2) Masih kurangnya alat kesehatan

Masih kurangnya alat kesehatan untuk memenuhi kompetensi strata madya ke-24 layanan kesehatan yang ditetapkan oleh kementerian kesehatan tahun 2025 kelas rumah sakit berdasarkan kompetensi seperti C-Arm, MRI, Set Enderologi dan lain-lain.

3) Masih kurangnya Sumber Daya Manusia (SDM)

Sebagai Rumah Sakit rujukan jajarling KJSU yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, RSUD Mohammad Natsir masih mengalami kekurangan jumlah tenaga medis terutama dokter sub spesialis *bedah syaraf* dan *urologi* serta tenaga perawat dan penunjang lainnya.

BAB II

PERENCANAAN KINERJA

2.1 Tujuan dan Sasaran RSUD Mohammad Natsir

1. Misi, Tujuan dan Sasaran KDH Kepala Daerah yang terkait dengan tugas dan fungsi RSUD Mohammad Natsir

Sesuai dengan Rencana Strategis RSUD Mohammad Natsir Tahun 2021-2026 yang telah disahkan dan ditetapkan dengan Surat Keputusan Gubernur Sumatera Barat Nomor 39 tahun 2021 dan RPJMD yang telah ditetapkan dengan Perda No. 6 Tahun 2021 maka disusunlah tujuan dan sasaran RSUD Mohammad Natsir yang selaras dengan Misi, Tujuan dan Sasaran Kepala Daerah (KDH).

a. Tujuan

Tujuan dari RSUD Mohammad Natsir adalah sebagai berikut:

- Meningkatnya derajat kesehatan perorangan dengan indikator *Gross Death Rate*
- Meningkatnya Tata Kelola Rumah Sakit dengan Indikator Nilai Evaluasi SAKIP

b. Sasaran

Sasaran dari RSUD Mohammad Natsir adalah sebagai berikut:

- Meningkatnya Kualitas Layanan Rumah Sakit
- Meningkatnya Akuntabilitas Kinerja Organisasi
- Meningkatnya Kemandirian Keuangan Rumah Sakit

2. Tujuan, Sasaran dan Indikator Sasaran serta Target 5 Tahunan sesuai Rencana Strategis RSUD Mohammad Natsir

Tujuan 1: Meningkatkan derajat kesehatan perorangan dengan indikator *Gross Death Rate (GDR)*

Tabel 2.1
Indikator Kinerja Tujuan 1

No	INDIKATOR	TARGET INDIKATOR TUJUAN (2025)
1	<i>Gross Death Rate (GDR)</i>	85%

Sumber Data : Renstra RSUD Mohammad Natsir Tahun 2021-2026



Tabel 2.2 Sasaran dan Indikator Sasaran Tujuan 1

N O	SASARAN STRATEGIS		DEFINISI OPERASIONAL DAN FORMULASI PENGHITUNGAN	TARGET TAHUNAN						STRATEGI PENCAPAIAN		PENANGGUNG JAWAB
	URAIAN	INDIKATOR KINERJA UTAMA		2021	2022	2023	2024	2025	2026	PROGRAM	KEGIATAN	
1	Meningkatnya Kualitas Layanan Rumah Sakit	Akreditasi Rumah Sakit	Akreditasi Rumah Sakit adalah pengakuan terhadap mutu pelayanan Rumah Sakit, setelah dilakukan penilaian bahwa Rumah Sakit telah memenuhi Standar Akreditasi. (PP No 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan)	81%	82%	83%	84%	85%	86%	Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan Dan Upaya Kesehatan Masyarakat	Penyediaan Fasilitas Pelayanan, Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi	Wadir Pelayanan, Wadir Umum & SDM, Wadir Keuangan, bidang keperawatan, pelayanan medis, dan penunjang dan jajaran



			<p>Jumlah standar yang tercapai sesuai dengan standar Akreditasi</p> $\frac{\text{Jumlah standar yang tercapai}}{\text{Jumlah standar akreditasi}} \times 100\%$ <p>IKM adalah hasil pengukuran dari kegiatan Survey Kepuasan Masyarakat berupa angka. Angka ditetapkan skala 1 (satu) sampai dengan 4 (empat)</p> $\frac{\text{Total dari Nilai persepsi per unsur}}{\text{Total Unsur yang Terisi}} \times 25$	91%	92%	93%	94%	95%	96%			Wadir Pelayanan, Bidang Penunjang, bagian keuangan dan Jajaran
--	--	--	--	-----	-----	-----	-----	-----	-----	--	--	--

Sumber data : Renstra RSUD Mohammad Natsir Tahun 2021-2026



Tujuan 2 : Meningkatnya Tata Kelola Rumah Sakit

Tabel 2.3

Indikator Kinerja Tujuan 2

No	INDIKATOR	TARGET INDIKATOR TUJUAN (2025)
1	Nilai Evaluasi SAKIP	80,11
2	Tingkat Kemandirian Keuangan	63%

Sumber data : Renstra RSUD Mohammad Natsir Tahun 2021-2026



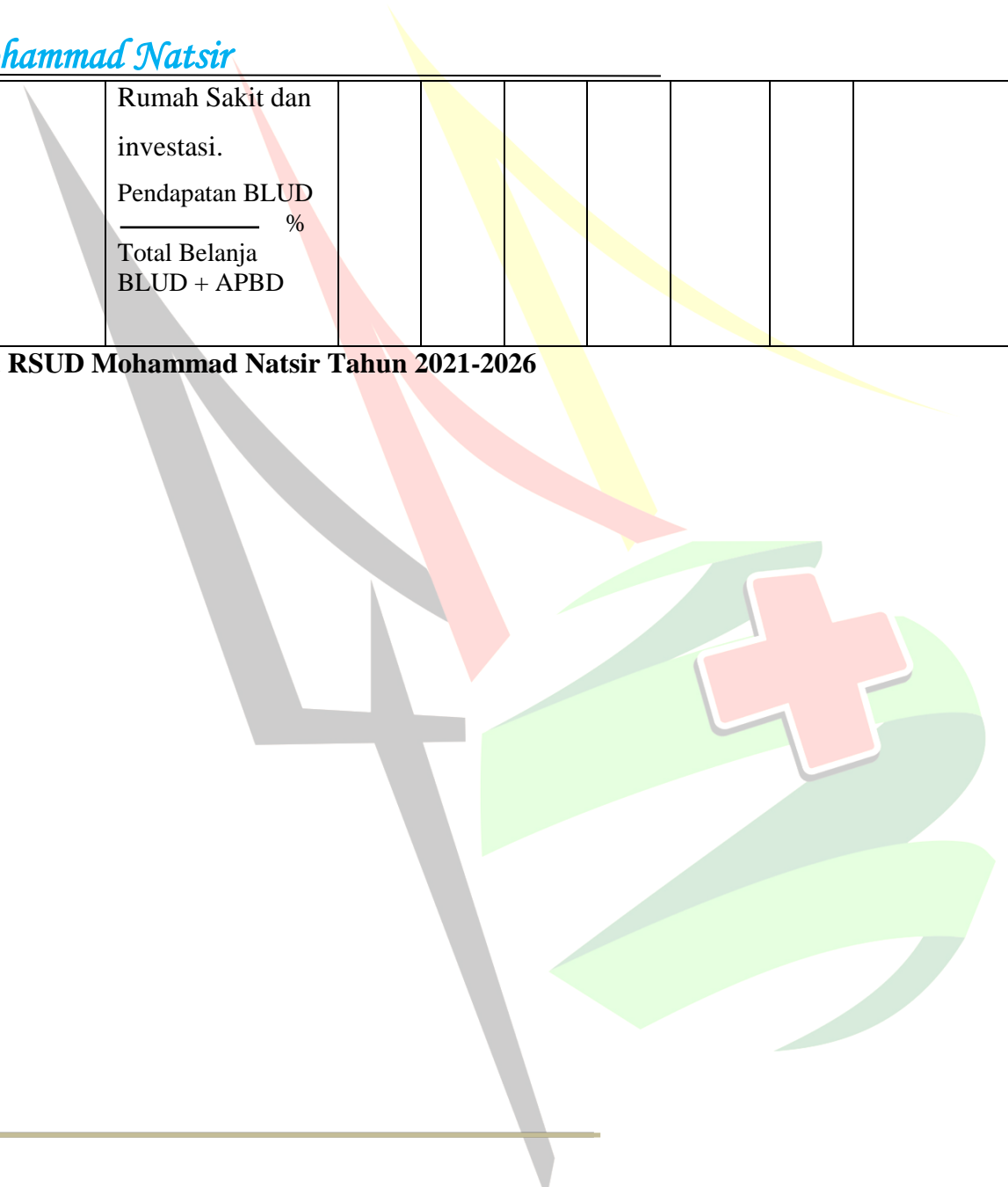
Tabel 2.4 Sasaran dan Indikator Sasaran Tujuan 2

No	SASARAN STRATEGIS		DEFINISI OPERASIONAL DAN FORMULASI PENGHITUNGAN	TARGET TAHUNAN						STRATEGI PENCAPAIAN		PENANGGUNG JAWAB
	URAIAN	INDIKATOR KINERJA UTAMA		2021	2022	2023	2024	2025	2026	PROGRAM	KEGIATAN	
1	Meningkatnya Akuntabilitas Kinerja Organisasi	Nilai Evaluasi SAKIP	Kesesuaian Dokumen Perencanaan dengan Evaluasi	80,01	80,03	80,06	80,09	80,11	80,16	Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Provinsi	Peningkatan Pelayanan BLUD	Wadir Pelayanan, Umum & SDM, Keuangan dan Jajarannya
2	Meningkatnya Kemandirian Keuangan Rumah Sakit	Tingkat Kemandirian Keuangan	Kemampuan pendapatan pelayanan Rumah Sakit BLUD untuk membiayai total biaya operasional	51%	52%	56%	58%	63%	65%	Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Provinsi	Peningkatan Pelayanan BLUD	Wadir Keuangan, Kabag Perbendaharaan, Kabag Perencanaan dan Anggaran,



			Rumah Sakit dan investasi. Pendapatan BLUD _____ % Total Belanja BLUD + APBD										bidang Pelayanan dan Jajaran
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------------------------

Sumber data : Renstra RSUD Mohammad Natsir Tahun 2021-2026





Keterkaitan Tujuan dan Sasaran RSUD Mohammad Natsir dengan Misi, Tujuan dan Sasaran Kepala Daerah (KDH)

Untuk menyokong Misi KDH dalam meningkatkan SDM yang sehat, berpengetahuan, terampil dan berdaya saing, Sasaran KDH Provinsi Sumatera Barat yaitu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam tujuan mewujudkan Sumber daya manusia yang sehat, unggul dan berdaya saing dengan Indikator Kinerja Angka Harapan Hidup, dalam hal ini RSUD Mohammad Natsir sebagai OPD yang diampu terus dan berusaha melaksanakan kegiatan dan program yang mendorong untuk tercapainya sasaran KDH tersebut salah satunya adalah dengan meningkatkan kualitas layanan rumah sakit yang berkualitas meliputi tindakan *preventif, kuratif, rehabilitatif dan promotif* pelayanan yang berkualitas dapat dilihat dari capaian indikator kinerja dengan Akreditasi Paripurna dan Indeks Kepuasan Masyarakat yang sangat memuaskan.

Tabel 2.5

Indikator Kinerja

No.	Indikator	Target Indikator Tujuan (2025)
1	Gross Death Rate (GDR)	2 %

Sumber Data : Renstra RSUD Mohammad Natsir Tahun 2021-2026

Gross Death Rate (GDR) adalah angka kematian umum yang menunjukkan proporsi pasien rawat inap yang meninggal dalam periode waktu tertentu yang dihitung dengan membandingkan pasien meninggal seluruhnya dengan Jumlah pasien keluar (hidup + meninggal) X 1000 permil.

GDR merupakan salah satu indikator yang digunakan rumah sakit untuk mengevaluasi kualitas pelayanan medis dan merencanakan layanan kesehatan di masa depan. GDR dibandingkan dengan standar nasional untuk Indonesia adalah kurang dari 45%. Tujuan meningkatnya derajat kesehatan perorangan dengan indikator *Gross Death Rate* (GDR) yang ditetapkan RSUD Mohammad Natsir akan menyokong Indikator Angka Harapan Hidup yang ditetapkan KDH Provinsi Sumatera Barat. dalam hal ini RSUD Mohammad Natsir terus meningkat mutu pelayanan yang diberikan kepada Masyarakat. Angka Harapan Hidup (AHH) Indonesia pada tahun 2024 adalah 74,47 tahun. Angka ini merupakan perkiraan rata-rata usia yang dapat dicapai oleh bayi yang lahir pada tahun 2025. Angka harapan hidup Indonesia pada tahun 2025 lebih tinggi dibandingkan tahun 2024 yang sebesar 74,15 tahun. Angka harapan hidup Indonesia juga



lebih tinggi dibandingkan rata-rata pertumbuhan Angka harapan hidup selama tahun 2020–2023 yang sebesar 0,22 persen.

Beberapa faktor yang menyebabkan Angka harapan hidup Indonesia masih rendah di antaranya infrastruktur dan layanan medis yang terbatas, jumlah tenaga medis yang tidak memadai.



Tabel 2.6

Tujuan dan Sasaran Jangka Menengah Pelayanan RSUD Mohammad Natsir

TUJUAN	INDIKATOR TUJUAN	SASARAN	INDIKATOR SASARAN	Target					
				2021	2022	2023	2024	2025	2026
Misi : 1. Meningkatkan Sumber Daya Manusia yang Sehat, Berpengetahuan, Terampil dan Berdaya Saing									
Meningkatnya Derajat Kesehatan Perorangan	Gross Death Rate (GDR)	Meningkatnya Kualitas Layanan Rumah Sakit	Akreditasi Rumah Sakit	81%	82%	83%	84%	85%	86%
			Indeks Kepuasan Masyarakat	91%	92%	93%	94%	95%	96%
Meningkatnya Tata Kelola Rumah Sakit	Nilai Evaluasi SAKIP	Meningkatnya Akuntabilitas Kinerja Organisasi	Nilai Evaluasi SAKIP	80,01	80,03	80,06	80,09	80,11	80,16
	Tingkat Kemandirian Keuangan	Meningkatnya Kemandirian Keuangan Rumah Sakit	Tingkat Kemandirian Keuangan (TKK)	51%	52%	56%	58%	63%	65%

Sumber data : Renstra RSUD Mohammad Natsir Tahun 2021-2026



2. Strategi dan Kebijakan RSUD Mohammad Natsir

a. Strategi Jangka Menengah RSUD Mohammad Natsir

Strategi yang dilaksanakan untuk mencapai Misi I dalam RPJMD Tahun 2021 - 2026 adalah :

- 1) Meningkatkan kapasitas pelayanan kesehatan dalam pengujian, pelacakan, isolasi dan pengobatan untuk penanganan, pencegahan dan pengendalian *COVID-19*.
- 2) Pemenuhan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat.

Adapun Strategi Jangka Menengah RSUD Mohammad Natsir adalah :

1. Meningkatkan kualitas layanan Rumah Sakit
2. Pemenuhan SPM.

b. Kebijakan Jangka Menengah RSUD Mohammad Natsir

Kebijakan Jangka Menengah RPJMD terkait dengan Rumah Sakit Rujukan adalah sebagai berikut:

1. Meningkatkan kemampuan SDM dan fasilitas dan laboratorium kesehatan dalam melakukan pencegahan, pengendalian dan penanganan *COVID-19*.
2. Peningkatan ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan dasar dan rujukan.

Kebijakan RSUD Mohammad Natsir dalam mencapai tujuan jangka menengah adalah :

1. Melakukan *survey* dan *resurvey* akreditasi Rumah Sakit,
2. Mengoptimalkan ketersediaan obat – obatan, bahan habis pakai dan bahan Laboratorium,
3. Meningkatkan sarana prasarana dan alat kesehatan Rumah Sakit,
4. Meningkatkan pemenuhan SDM Rumah Sakit sesuai dengan standar dan Kompetensi,
5. Mengoptimalkan pengelolaan keuangan Rumah Sakit.

Strategi dan kebijakan untuk mewujudkan Visi dan Misi SKPD dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 2.7

Strategi dan Kebijakan RSUD Mohammad Natsir

VISI : Terwujudnya Sumatera Barat Madani yang Unggul dan Berkelanjutan			
MISI 1 : Meningkatkan Sumber Daya Manusia yang Sehat, Berpengetahuan, Terampil dan Berdaya Saing			
Tujuan	Sasaran	Strategi	Arah Kebijakan
Tujuan 1 Meningkatnya Derajat Kesehatan Perorangan	1. Meningkatnya Kualitas layanan Rumah Sakit	1. Meningkatkan kualitas layanan Rumah Sakit	Arah Kebijakan 1. Melakukan <i>survey</i> dan <i>resurvey</i> akreditasi Rumah Sakit
Tujuan 2 Meningkatnya Tata Kelola Rumah Sakit	2. Meningkatnya Akuntabilitas Kinerja Organisasi 3. Meningkatnya Kemandirian Keuangan Rumah Sakit	2. Pemenuhan SPM	2. Mengoptimalkan ketersediaan obat – obatan, bahan habis pakai dan bahan laboratorium 3. Meningkatkan sarana prasarana dan alat kesehatan Rumah Sakit 4. Meningkatkan pemenuhan SDM rumah sakit sesuai dengan standar dan kompetensi 5. Mengoptimalkan pengelolaan keuangan Rumah Sakit

Sumber data : Renstra RSUD Mohammad Natsir Tahun 2021 - 2026



Dalam Rencana Strategi RSUD Mohammad Natsir ditetapkan Sasaran Strategis dan Indikator Kinerja Utama (IKU) dari beberapa perspektif. Rencana Strategis RSUD Mohammad Natsir menuangkan IKU dalam bentuk matriks yang memuat target per tahun selama periode Renstra tahun 2021 - 2026.

Tabel 2.8
Indikator Kinerja RSUD Mohammad Natsir
Yang Mengacu Pada Tujuan dan Sasaran RPJMD

No	INDIKATOR	Satuan	Kondisi Kinerja pada awal periode RPJMD	TARGET						Kondisi kinerja Akhir periode RPJMD
				2021	2022	2023	2024	2025	2026	
1	Akreditasi Rumah Sakit	%	80%	81%	82%	83%	84%	85%	86%	86%
2	Indeks kepuasan masyarakat	%	90%	91%	92%	93%	94%	95%	96%	96%
3	Nilai Evaluasi SAKIP	nilai	80,01	80,01	80,03	80,06	80,09	80,11	80,16	80,16
4	Tingkat kemandirian Keuangan BLUD	%	50,5%	51%	52%	56%	58%	63%	65%	65%

Sumber data : Renstra RSUD Mohammad Natsir Tahun 2021 – 2026



2.2 Perjanjian Kinerja Tahun 2025

Perjanjian Kinerja berisikan penugasan dari pimpinan instansi yang lebih tinggi kepada pimpinan instansi yang lebih rendah untuk melaksanakan program/kegiatan yang disertai dengan indikator kinerja sebagai implementasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Pemerintah khususnya perencanaan kinerja untuk merepresentasikan tekad dan janji untuk mencapai kinerja yang jelas dan terukur dalam rentang waktu satu tahun dengan mempertimbangkan sumber daya yang dikelolanya. Tujuan khusus perjanjian kinerja antara lain adalah untuk meningkatkan akuntabilitas, transparansi dan kinerja aparatur sebagai wujud nyata komitmen antara penerima amanah yaitu Direktur RSUD Mohammad Natsir dengan pemberi amanah yaitu Gubernur Sumatera Barat sebagai dasar penilaian keberhasilan/kegagalan pencapaian tujuan dan sasaran organisasi serta menciptakan tolak ukur kinerja sebagai dasar evaluasi kinerja aparatur.

RSUD Mohammad Natsir telah membuat Perjanjian Kinerja Tahun 2025 sesuai dengan kedudukan, tugas dan fungsi yang telah ditetapkan dan telah sesuai dengan arahan tim evaluasi Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi dan Tim Evaluasi Biro Organisasi Setda Provinsi Sumatera Barat. Penetapan kinerja ini telah mengacu pada Renstra RSUD Mohammad Natsir Tahun 2021-2026, RPJMD Sumatera Barat Tahun 2021-2026, Rencana Kerja Tahun 2025 RSUD Mohammad Natsir. Oleh karena itu, indikator dan target tahunan dalam perjanjian kinerja ini adalah Indikator Utama RSUD Mohammad Natsir sebagaimana pada tabel 2.9 berikut

Tabel 2.9

PERJANJIAN KINERJA RSUD MOHAMMAD NATSIR TAHUN 2025

No	Sasaran Strategi	Indikator Kinerja	Target
1.	Meningkatnya Kualitas Layanan Rumah Sakit	1. Akreditasi Rumah Sakit 2. Indeks Kepuasan Masyarakat	85% 97,46%
2.	Meningkatnya Akuntabilitas Kinerja Organisasi	Nilai Evaluasi SAKIP	80,61
3.	Meningkatnya Kemandirian Keuangan Rumah Sakit	Tingkat Kemandirian Keuangan Rumah Sakit (TKK)	64,55%



No.	Program	Anggaran (Rp)	Ket
1.	Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Provinsi	Rp. 173.275.901.061,-	
	- Administrasi Keuangan Perangkat Daerah	Rp. 63.025.901.061,-	
	- Penyediaan Gaji dan Tunjangan ASN	Rp. 63.025.901.061,-	
	- Peningkatan Pelayanan BLUD	Rp. 110.250.000.000,-	
	- Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	Rp. 110.250.000.000,-	
2.	Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat	Rp. 2.427.128.027,-	
	Penyediaan Fasilitas Pelayanan, Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi	Rp. 2.427.128.027,-	
	- Rehab Ruang Rawat Inap Bedah, Neurologi dan Paru	Rp. 2.427.128.027,-	
	Jumlah	Rp. 175.703.029.088,-	

Sumber : Perjanjian Kinerja RSUD Mohammad Natsir Tahun 2025

Adapun dasar penetapan target Perjanjian Kinerja (PK) awal RSUD Mohammad Natsir Tahun 2025 disusun berdasarkan realisasi tahun 2024 yang melebihi dari target Renstra RSUD Mohammad Natsir Tahun 2021-2026. Sementara itu pada tahun 2025 RSUD Mohammad Natsir menetapkan target perubahan anggaran dengan rincian sebagai berikut:



No.	Program	Anggaran (Rp)	Ket
1.	Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Provinsi	Rp. 178.901.268.231,-	
	- Administrasi Keuangan Perangkat Daerah	Rp. 63.909.348.710,-	
	- Penyediaan Gaji dan Tunjangan ASN	Rp. 63.909.348.710,-	
	- Peningkatan Pelayanan BLUD	Rp. 114.991.919.521,-	
	- Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	Rp. 114.991.919.521,-	
2.	Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat	Rp. 2.427.128.027,-	
	Penyediaan Fasilitas Pelayanan, Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi	Rp. 2.427.128.027,-	
	- Rehab Ruang Rawat Inap Bedah, Neurologi dan Paru	Rp. 2.427.128.027,-	
	Jumlah	Rp. 181.328.396.258,-	

BAB III

AKUNTABILITAS KINERJA

3.1 Metodologi Pengukuran Capaian Target Kinerja

Pengukuran Kinerja dalam laporan kinerja ini diperoleh dari hasil pengukuran capaian kinerja yang dihitung dengan membandingkan antara realisasi dengan target kinerja yang telah ditetapkan. Pengukuran capaian kinerja didasarkan pada kriteria berikut ini:

- ✓ Jika realisa tinggi yang menunjukkan kinerja yang baik, persentase capaian kinerjanya dihitung dengan menggunakan rumus:

$$\text{Realisasi/Target} \times 100\%$$

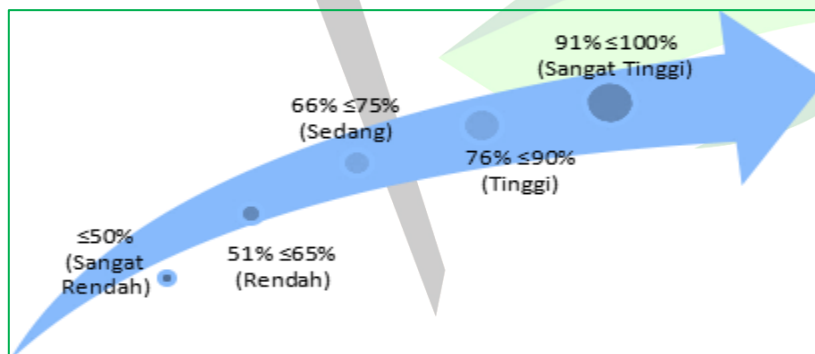
- ✓ Jika realisasi tinggi yang menunjukkan kinerja yang tidak baik, persentase capaian kinerjanya dihitung dengan menggunakan rumus:

$$\frac{(2 \times \text{Target}) - \text{Realisasi}}{\text{Target}} \times 100\%$$

Hasil pengukuran kinerja diatas akan digunakan untuk:

- 1) Menilai keberhasilan/kegagalan pencapaian tujuan dan sasaran strategis organisasi perangkat daerah
- 2) Menganalisis penyebab keberhasilan/kegagalan pencapaian kinerja yang ditetapkan
- 3) Menjadi dasar untuk menetapkan perencanaan di tahun yang akan datang

Untuk menginterpretasikan hasil pengukuran kinerja tersebut digunakan kriteria penilaian realisasi kinerja mengacu pada Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 86 Tahun 2017 dengan rincian sebagai berikut:



Dalam menghitung efisiensi penggunaan sumber daya, Pemerintah Provinsi Sumatera Barat menggunakan formula perhitungan sebagai berikut:



$$\text{Tingkat Efisiensi} = \frac{(\text{PA} \times \text{CK}) - \text{RA}}{\text{PA}} \times 100 \%$$

Keterangan:

PA = Pagu Anggaran

CK = Capaian Kinerja (%)

RA = Realisasi Anggaran

Untuk mengetahui berapa nilai efisiensi, tingkat efisiensi perlu dikonversi menjadi skala 0%-100% dengan formula perhitungan berikut ini:

$$\text{Nilai Efisiensi} = 50\% + \left(\frac{\text{tingkat efisiensi} \times 50}{20} \right)$$

Jika tingkat efisiensi diperoleh kurang dari - 20%, nilai efisensinya adalah 0%, sedangkan jika lebih dari 20%, nilai efisiensi adalah 100%.

3.2 Hasil Pengukuran Kinerja

Pada tabel berikut akan disampaikan pengukuran hasil pencapaian target dari masing-masing indikator kinerja tujuan dan sasaran sebagaimana yang telah ditetapkan dalam penetapan kinerja.

Tabel 3.1
Realisasi Capaian Indikator Kinerja
RSUD Mohammad Natsir Tahun 2025

N O	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	CAPAIAN
1	Meningkatnya Kualitas Layanan Rumah Sakit	1. Akreditasi Rumah Sakit	85 % (Paripurna)	85 % (Paripurna)	100%
		2. Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)	97,46 %	96,97%	99,49%
2	Meningkatnya Akuntabilitas Kinerja Organisasi	3. Nilai Evaluasi SAKIP	80,61	81,76	101,43%
3	Meningkatnya Kemandirian Keuangan Rumah Sakit	4. Tingkat Kemandirian Keuangan (TKK)	64,55 %	65,98 %	102,21%
Rata-Rata Capaian Indikator 3 Sasaran Strategis, 4 Indikator Kinerja					100,78%

Sumber Data : Diolah dari data primer, penetapan kinerja dan Laporan Monev RSUD Mohammad Natsir 2025

Dari tabel 3.1 dapat dilihat, capaian rata-rata 4 (empat) indikator kinerja untuk mengukur keberhasilan/kegagalan pencapaian 3 (tiga) sasaran strategis dengan rata-rata capaian indikator kinerja sebesar 100,78% dengan kriteria penilaian **SANGAT TINGGI**.

Pencapaian sasaran strategis dari 4 (empat) Indikator Kinerja Utama (IKU) yang terdapat pada tabel diatas menggambarkan pencapaian kinerja kategori berhasil yaitu sesuai target dan bahkan indikator capaiannya melebihi target. Selain sebagai dampak dari kebijakan internal dari RSUD Mohammad Natsir juga dampak dari kolaborasi dan sinergi dari berbagai pihak yang menggunakan jasa medis dan kesehatan di RSUD Mohammad Natsir.

Hasil pencapaian kinerja pada tabel 3.1 diatas merupakan kumulatif dari pencapaian program yang bersumber pada realisasi target kineja kegiatan yang secara lengkap dapat diilustrasikan pada realisasi capaian kinerja kegiatan. Keberhasilan pencapaian kinerja sasaran strategis diatas merupakan hasil realisasi program/kegiatan/subkegiatan yang dilaksanakan secara kolaboratif dari semua pihak pada RSUD Mohammad Natsir.

3.3 Capaian Kinerja Organisasi

Berdasarkan hasil pengukuran sebagaimana tercantum pada tabel 3.1 berikut ini akan diuraikan evaluasi dan analisis pencapaian indikator kinerja untuk masing-masing sasaran strategis yang harus memuat poin berikut ini :

1. Penjelasan terkait sasaran yang akan diukur serta indikator yang digunakan;
2. Dasar penetapan target indikator kinerja;
3. Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini dilengkapi dengan cara menghitung/mengukur realisasi serta data dukung penjelasan realisasi;
4. Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu;
5. Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi;
6. Perkembangan realisasi indikator kinerja sasaran 5 tahun terakhir;
7. Membandingkan realisasi kinerja tahun ini dengan standar nasional (jika ada);
8. Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja serta alternatif solusi yang telah dilakukan;

9. Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya;
10. Analisis program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian pernyataan kinerja).

Berikut ini diuraikan evaluasi dan analisis pencapaian indikator kinerja untuk masing-masing sasaran strategis.

I. Sasaran Strategis 1 : Meningkatnya Kualitas Layanan Rumah Sakit

Meningkatnya kualitas layanan rumah sakit merupakan upaya yang dilakukan oleh rumah sakit untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien. Dalam mencapai sasaran strategis 1 ini RSUD Mohammad Natsir memiliki 2 indikator kinerja yaitu Akreditasi dan Indeks Kepuasan Masyarakat.

A. Akreditasi Rumah Sakit

1. Indikator Kinerja yang Digunakan

Akreditasi rumah sakit merupakan pengakuan terhadap mutu pelayanan rumah sakit, setelah dilakukan penilaian bahwa rumah sakit telah memenuhi standar akreditasi yang sudah disetujui oleh pemerintah berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit.

Berdasarkan uraian diatas, maka sasaran strategis dan indikator kinerja yang digunakan oleh RSUD Mohammad Natsir adalah sebagai berikut:

Tabel 3.2

Sasaran Strategis dan Indikator Kinerja

SASARAN STRATEGIS (1)	INDIKATOR KINERJA (1)	TARGET
Meningkatnya Kualitas Layanan Rumah Sakit	Akreditasi Rumah Sakit	85% (Paripurna)

2. Dasar Penetapan Target Indikator Kinerja

RSUD Mohammad Natsir sebagai Perangkat Daerah Provinsi Sumatera Barat yang menyelenggarakan tugas pokok dalam bidang urusan kesehatan telah menetapkan target indikator kinerja akreditasi tahun 2025 sebesar 85%. Dasar penetapan target indikator akreditasi berpedoman pada Renstra RSUD Mohammad Natsir tahun 2021-2026.

3. Perbandingan antara Target dan Realisasi Kinerja Tahun 2025 dilengkapi dengan Cara Menghitung/Mengukur Realisasi serta Data Dukung Penjelasan Realisasi

Nilai akreditasi rumah sakit adalah hasil penilaian dari Lembaga Akreditasi Rumah Sakit Damar Husada (LARS DHP). Nilai hasil *survey* berjenjang dari Tingkat Dasar sampai Paripurna.

Tabel 3.3

Capaian Indikator Kinerja 1

Perbandingan antara Target Realisasi Kinerja Tahun 2025

INDIKATOR KINERJA		TAHUN 2025		
		TARGET	REALISASI	CAPAIAN
1	Akreditasi Rumah Sakit	(85%) Paripurna	(85%) Paripurna	100%

Dari tabel 3.3 diatas dapat dilihat bahwa capaian Indikator Kinerja Akreditasi Rumah Sakit Tahun 2025 adalah Paripurna dengan persentase capaian 100%. Adapun cara menghitung/mengukur realisasi serta data dukung penjelasan realisasi dari indikator akreditasi berpedoman kepada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit

Tabel 3.4

Tabel Cara Perhitungan Nilai Akreditasi Rumah Sakit

Hasil Akreditasi	Kriteria
Paripurna	Seluruh Bab mendapat nilai minimal 80%
Utama	12 – 15 Bab mendapat nilai 80% dan Bab SKP mendapat nilai minimal 80%. Untuk rumah sakit selain rumah sakit pendidikan/wahana Pendidikan maka kelulusan adalah 12 -14 bab dan bab SKP minimal 80%
Madya	8 sampai 11 Bab mendapat nilai minimal 80% dan Bab SKP mendapat nilai minimal 70%
Tidak terakreditasi	a. Kurang dari 8 Bab yang mendapat nilai minimal 80%; dan/atau b. Bab SKP mendapat nilai kurang dari 70%

Sumber: Keputusan Menteri Kesehatan No. HK.01.07/MENKES/1128/2022

Tabel 3.5
Tata Cara Penilaian Akreditasi RSUD Mohammad Natsir tahun 2022

No	Kriteria	Skor 10 (Terpenuhi Lengkap)	Skor 5 (Terpenuhi Sebagian)	Skor 0 (Tidak Terpenuhi)
1	Pemenuhan elemen penilaian	Minimal 80%	20 sampai < 80%	Kurang 20%
2	Bukti Kepatuhan	Bukti kepatuhan ditemukan secara konsisten pada semua bagian/unit di mana persyaratan-persyaratan tersebut berlaku.	Bukti kepatuhan tidak dapat ditemukan secara konsisten pada semua bagian/unit di mana persyaratan-persyaratan tersebut berlaku	Bukti kepatuhan tidak ditemukan secara menyeluruh pada semua bagian/unit di mana persyaratan-persyaratan tersebut berlaku
3	Hasil wawancara dari pemenuhan persyaratan yang ada di EP	Hasil wawancara menjelaskan sesuai 33 standar dan dibuktikan dengan dokumen dan pengamatan	Hasil wawancara menjelaskan sebagian sesuai 33 standar dan dibuktikan dengan dokumen dan pengamatan	Hasil wawancara tidak sesuai 33 standar dan dibuktikan dengan dokumen dan pengamatan
4	Regulasi sesuai dengan yang dijelaskan di maksud dan tujuan pada standar	Regulasi yang meliputi Kebijakan dan SPO lengkap sesuai dengan maksud dan tujuan pada standar	Regulasi yang meliputi Kebijakan dan SPO sesuai dengan maksud dan tujuan pada standar hanya sebagian/tidak lengkap	Regulasi yang meliputi Kebijakan dan SPO sesuai dengan maksud dan tujuan pada standar tidak ada
5	Dokumen rapat/pertemuan: seperti undangan, materi rapat, absensi/daftar hadir, notulen rapat.	Kelengkapan bukti dokumen rapat 100% (cross check dengan wawancara)	Kelengkapan bukti dokumen rapat 20-kurang 100%)	Kelengkapan bukti dokumen rapat kurang 20%
6	Dokumen pelatihan seperti kerangka acuan (TOR) pelatihan yang dilampiri jadwal acara, undangan, materi/bahan	Kelengkapan bukti dokumen pelatihan tersedia sesuai maksud tujuan dan elemen penilaian	Kelengkapan bukti dokumen pelatihan 20-kurang 100%	Kelengkapan bukti dokumen pelatihan kurang 20%



	pelatihan, absensi/daftar hadir, laporan pelatihan			
7	Dokumen orientasi staf seperti kerangka acuan (TOR) orientasi yang dilampiri jadwal acara, undangan, absensi/daftar hadir, laporan orientasi dari kepala SDM (orientasi umum) atau kepala unit (orientasi khusus)	Kelengkapan bukti dokumen orientasi tersedia sesuai maksud tujuan dan elemen penilaian	Kelengkapan bukti dokumen orientasi 20-kurang 100%	Kelengkapan bukti dokumen orientasi kurang 20%
8	Hasil observasi pelaksanaan kegiatan/ pelayanan sesuai regulasi	80% Contoh: 8 dari 10 kegiatan/ pelayanan yang diobservasi 9 sudah memenuhi EP	20 - kurang 80% Contoh: 2-7 dari 10 kegiatan/ pelayanan yang diobservasi 2-7 sudah memenuhi EP	Kurang 20% Contoh: 1 dari 10 kegiatan/ pelayanan yang diobservasi 8 sudah memenuhi EP
9	Hasil simulasi staf sesuai regulasi	Staf dapat memperagakan/ mensimulasikan sesuai regulasi/standar : >80% - 100% Contoh: 9 dari 10 staf yang diminta simulasi sudah memenuhi regulasi / standar	Staf dapat memperagakan/ mensimulasikan sesuai regulasi/ standar 50- kurang 80% Contoh: 5- 8 dari 10 staf yang diminta simulasi sudah memenuhi regulasi/ standar	Staf dapat memperagakan / mensimulasikan sesuai regulasi / standar Kurang 50% Contoh: hanya 4 dari 10 staf yang diminta simulasi sudah memenuhi regulasi / standar
10	Rekam jejak kepatuhan pada survei akreditasi pertama	Kepatuhan pelaksanaan kegiatan/ pelayanan secara berkesinambungan sejak 3 bulan sebelum survey	Kepatuhan pelaksanaan kegiatan/ pelayanan secara berkesinambungan sejak 2 bulan sebelum survei	Kepatuhan pelaksanaan kegiatan/ pelayanan secara berkesinambungan sejak 1 bulan sebelum survey



11	Rekam jejak kepatuhan survei akreditasi ulang	Kepatuhan pelaksanaan kegiatan/ pelayanan sejak 12 bulan sebelum survei	Kepatuhan pelaksanaan kegiatan/ pelayanan sejak 4-11 bulan sebelum survei	Kepatuhan pelaksanaan kegiatan/ pelayanan sejak 1-3 bulan sebelum survei
12	Kelengkapan rekam medik (Telaah rekam medik tertutup), pada survei awal 4 bulan sebelum survei, pada survei ulang 12 bulan sebelum survei	Rekam medik lengkap >80,-100% saat di lakukan telaah. Contoh hasil telaah : 9 dari 10 rekam medik yang lengkap	Rekam medik lengkap 50,-80% saat di lakukan telaah. Contoh hasil telaah : 5 - 8 dari 10 rekam medik yang lengkap	Rekam medik lengkap kurang dari 50% saat dilakukan telaah. Contoh hasil telaah: hanya 4 dari 10 rekam medik yang lengkap

Sumber Data : LARSDHP Tahun 2022

Adapun uraian hasil penilaian dari 16 BAB akreditasi RSUD Mohamad Natsir tahun 2022 adalah sebagai berikut:

Tabel 3.6

Hasil Penilaian Akreditasi RSUD Mohammad Natsir Tahun 2022

No	Kelompok Kerja (POKJA/BAB)	Uraian Penjelasan (Standar dan Elemen Penilaian)	Bukti (Regulasi, Bukti Fisik Lainnya)	Skor Akhir Penilaian	
1	Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS)	Bab ini menjelaskan tentang:			
		1	Struktur organisasi serta wewenang pemilik/representasi pemilik yang dijelaskan didalam aturan internal rumah sakit (<i>Hospital by laws</i>)	<ul style="list-style-type: none"> - Pergub Struktur Organisasi - Uraian Tugas Direktur, <i>Hospital By Laws</i> - SK Dewan Pengawas - SK Direktur, 	Terpenuhi Lengkap (10)
		2	Tanggung jawab Direktur untuk menjalankan rumah sakit dan mematuhi peraturan dan perundang- undangan.	<ul style="list-style-type: none"> - Uraian tugas Direktur, - SOTK - Perpres Org di RS, - Kualifikasi Jabatan 	Terpenuhi Lengkap (10)



			<ul style="list-style-type: none"> - Izin Operasional - RBA - Renstra dan Pergub - Laporan Kinerja - Laporan Hasil Evaluasi dari Inspektorat 		
		3	Penyusunan misi, rencana kerja dan kebijakan untuk memenuhi misi rumah sakit serta merencanakan dan menentukan jenis pelayanan klinis untuk memenuhi kebutuhan pasien yang dilayani rumah sakit.	<ul style="list-style-type: none"> - Regulasi penetapan pimpinan RS - SK Panduan SDM - SPO Manajemen SDM - Panduan Penetapan Kepala Ruangan - SPO Uraian Tugas Ka ruangan - Lap Pertanggungjawaban Akhir tahun 2021 - Program Kerja Komite - Bukti Edukasi PPA kepada pasien - Bukti rapat-rapat 	Terpenuhi Lengkap (10)
		4	Perencanaan, pengembangan, dan penerapan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.	<ul style="list-style-type: none"> - Program PMKP - Laporan Pelaksanaan Program PMKP - Mekanisme pemantauan dan koordinasi program peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP) 	Terpenuhi Lengkap (10)
		5	penetapan prioritas perbaikan di tingkat rumah sakit yang merupakan proses yang berdampak luas/menyeluruh di rumah sakit termasuk didalamnya kegiatan keselamatan pasien serta analisa dampak dari perbaikan yang telah dilakukan.	<ul style="list-style-type: none"> - Pelaksanaan penetapan indikator prioritas RS, - Pelaksanaan pemilihan prioritas perbaikan dengan menggunakan kriteria prioritas, - Pelaksanaan kajian dampak perbaikan primer dan sekunder dan pelaksanaan kajian dampak perbaikan 	Terpenuhi Lengkap (10)
		6	Tanggung jawab untuk mengkaji, memilih, dan memantau kontrak klinis dan nonklinis serta	<ul style="list-style-type: none"> - Regulasi tentang kontrak klinis dan non klinis 	Terpenuhi Lengkap



		melakukan evaluasi termasuk inspeksi kepatuhan layanan sesuai kontrak yang disepakati.		(10)
	7	Pengadaan dan pembelian. Penggunaan sumber daya manusia dan sumber daya lainnya harus berdasarkan pertimbangan mutu dan dampaknya pada keselamatan.	<ul style="list-style-type: none">- Panduan penapisan teknologi- SK dan SPO penapisan teknologi- Dokumen HTA Cathlab- Dokumen telaah staf- Dokumen rotasi mutasi pegawai	Terpenuhi Lengkap (10)
	8	Komite medik, komite keperawatan dan komite tenaga kesehatan lainnya dalam menerapkan pengorganisasian sesuai peraturan perundangundangan untuk mendukung tanggung jawab serta wewenang komite.	<ul style="list-style-type: none">- Regulasi penetapan komite keperawatan, komite medik, komite tenaga kesehatan lainnya, komunikasi efektif antar tenaga profesional- panduan praktik klinis, kode etik profesi dokter,- Panduan etik dan disiplin komite tenaga kesehatan lainnya,- Pedoman komite tenaga kesehatan lainnya	Terpenuhi Lengkap (10)
	9	Kompetensi yang dimiliki oleh Unit layanan di rumah sakit dipimpin oleh kepala unit yang ditetapkan oleh Direktur	<ul style="list-style-type: none">- Penetapan Ka Unit sesuai kualifikasi,- Pedoman pelayanan, pedoman pengorganisasian, prosedur unit,- Program kerja neurologi, peningkatan mutu	Terpenuhi Lengkap (10)
	10	Partisipasi dari kepala unit layanan dalam meningkatkan mutu dan keselamatan pasien dengan melakukan pengukuran indikator mutu rumah sakit yang dapat diterapkan di unitnya dan memantau serta memperbaiki pelayanan pasien di unit layanannya	<ul style="list-style-type: none">- Hasil Pengukuran INM di unit klinis,/non klinis,- Hasil pengukuran IMP RS,- Bukti perbaikan indikator mutu, prioritas perbaikan,- Laporan PDSA Indikator Mutu TM I	Terpenuhi Lengkap (10)



		11	Evaluasi kinerja dokter, perawat dan tenaga kesehatan professional lainnya menggunakan indikator mutu yang diukur di unitnya	- Bukti Evaluasi Kinerja Dokter, Perawat, tenaga kesehatan lainnya	Terpenuhi Lengkap (10)
		12	kerangka kerja pengelolaan etik rumah sakit untuk menangani masalah etik rumah sakit meliputi finansial, pemasaran, penerimaan pasien, transfer pasien, pemulangan pasien dan yang lainnya termasuk konflik etik antar profesi serta konflik kepentingan staf yang mungkin bertentangan dengan hak dan kepentingan pasien.	- Program Kerja komite etik, program kerja komite etik RS - Pedoman Pengelolaan Etik RS - Bukti Pelaksanaan pelatihan pengelolaan etik RS	Terpenuhi Lengkap (10)
		13	Penerapan, pemantauan dan pengambilan tindakan serta mendukung Budaya Keselamatan di seluruh area rumah sakit.	- Program Budaya Keselamatan, SK Tim Budaya Keselamatan - Pedoman Sistem Pelaporan dan Pembelajaran Budaya Keselamatan - Bukti Pelatihan Insiden Perilaku yang tidak diinginkan - Bukti hasil Survey Budaya Keselamatan - Bukti hasil penerapan perbaikan dari hasil survey budaya keselamatan	Terpenuhi Lengkap (10)
		14	Program manajemen risiko yang terintegrasi digunakan untuk mencegah terjadinya cedera dan kerugian di rumah sakit	- Bukti Program Manajemen Resiko - Bukti daftar resiko prioritas - Profil Resiko dan Resiko Prioritas	Terpenuhi Lengkap (10)
2.	Kualifikasi dan Pendidikan Staf (KPS)	Bab ini menjelaskan tentang:			
		1	Penetapan perencanaan dan persyaratan pendidikan, keterampilan, pengetahuan, dan persyaratan lainnya bagi semua staf di unitnya sesuai kebutuhan pasien	- SK Manajemen SDM - SPO Manajemen SDM - Panduan Manajemen SDM, Perencanaan di unit, - SPO/Regulasi/Panduan/Dokumen Perencanaan SDM, Rotasi Staf	Terpenuhi Lengkap (10)



				- Dokumen proses pemantauan perencanaan SDM	
		2	Tanggung jawab tiap staf dituangkan dalam uraian tugas	- Uraian tugas staf	Terpenuhi Lengkap (10)
		3	Penyusunan dan penerapan proses rekrutmen, evaluasi, dan pengangkatan staf serta prosedur-prosedur terkait lainnya dari kepala unit	Panduan/SK/SPO dan Dokumen Proses Rekrutmen	Terpenuhi Lengkap (10)
		4	Penetapan proses untuk memastikan bahwa kompetensi Profesional Pemberi Asuhan (PPA) sesuai dengan persyaratan jabatan atau tanggung jawabnya untuk memenuhi kebutuhan rumah sakit	- Panduan/SK Penetapan dan SPO Penetapan Kompetensi dan Kewenangan PPA - Evaluasi Pegawai Baru	Terpenuhi Lengkap (10)
		5	Penetapan proses untuk memastikan bahwa kompetensi staf non klinis sesuai dengan persyaratan jabatan/posisinya untuk memenuhi kebutuhan rumah sakit.	- Panduan/SK/SPO Penetapan Kompetensi Staf Non Klinis - Pelaksanaan Evaluasi Staf Non Klinis	Terpenuhi Lengkap (10)
		6	Informasi kepegawaian yang terdokumentasi dalam file kepegawaian setiap staf.	File Kepegawaian Staf Distandarisasi	Terpenuhi Lengkap (10)
		7	Orientasi dan tanggungjawab staf pada saat pengangkatan staf.	Panduan/SK/SPO dan Dokumen Orientasi Umum dan Khusus Bagi Staf Baru	Terpenuhi Lengkap (10)
		8	Pemberian pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk mendukung atau meningkatkan keterampilan dan pengetahuannya.	- Dokumentasi Hasil Identifikasi Kebutuhan Pendidikan Staf - SK Program Pendidikan dan Pelatihan - SPO Evaluasi Program Diklat, - SPO Mengikuti Pelatihan di luar RS, - Panduan Program Pendidikan dan Pelatihan, - SPO Mengikuti Pelatihan Diklat PIM	Terpenuhi Lengkap (10)



			<ul style="list-style-type: none"> - SPO Prosedur Etika Penelitian, - SPO Pendidikan Formal, - SPO Perencanaan dan Anggaran Belanja Diklat, - SPO Penerimaan Tamu Studi Banding - SPO Adm Surat Masuk dan Keluar, Program Diklat, Sertifikat Workshop, SPO BHD 	
9	Penyelenggaraan pelayanan kesehatan dan keselamatan staf.	<ul style="list-style-type: none"> - Panduan Program K3, - SK Program K3, - SPO Program K3, - Bukti Area Beresiko, - SPO Identitas Pengunjung, - SPO Jam Bezuk, - SPO Lokasi Beresiko, - SPO Kewaspadaan terhadap kehilangan 	Terpenuhi Lengkap (10)	
10	Penyelenggaraan proses kredensial yang seragam dan transparan bagi tenaga medis yang diberi izin memberikan asuhan kepada pasien secara mandiri.	<ul style="list-style-type: none"> - Panduan <i>Medical Staff By Laws</i> - SK By Laws, SOP By Laws - Dokumen Pemberian RKK Dokter - RKK Dokter Referral, - Dokumen SPK Dokter Referral 	Terpenuhi Lengkap (10)	
11	Penetapan proses yang seragam, objektif, dan berdasar bukti (<i>evidence based</i>) untuk memberikan wewenang kepada tenaga medis untuk memberikan layanan klinis kepada pasien sesuai dengan kualifikasinya	<ul style="list-style-type: none"> - Panduan Penetapan SPK dan RKK Komite Medis, - SK Penetapan SPK dan RKK Komite Medis dan - SPO Penetapan SPK dan RKK Komite Medis 	Terpenuhi Lengkap (10)	
12	Penerapan penilaian praktik profesional berkelanjutan (OPPE) tenaga medis secara seragam untuk menilai mutu dan keselamatan serta	<ul style="list-style-type: none"> - SK Penetapan dan Penilaian Kinerja, - SOP Penetapan dan Penilaian Kinerja, - Panduan Penetapan dan Penilaian 	Terpenuhi Lengkap (10)	



			<p>pelayanan pasien yang diberikan oleh setiap tenaga medis.</p>	<p>Kinerja, OPPE Dokter - Bukti Dokumen Pemantauan Kinerja</p>	
		13	<p>Proses rekredensial berdasarkan hasil penilaian praktik profesional berkelanjutan (OPPE) terhadap setiap semua tenaga medis rumah sakit untuk menentukan apabila tenaga medis dan kewenangan klinisnya dapat dilanjutkan dengan atau tanpa modifikasi.</p>	<p>- Dokumen Pelaksanaan Rekredensial, - Bukti Terkini Kredensial, - Bukti Pemberian Kewenangan Klinis Tambahan, RKK Dokter</p>	<p>Terpenuhi Lengkap (10)</p>
		14	<p>Proses yang efektif untuk melakukan kredensial tenaga perawat dengan mengumpulkan, verifikasi pendidikan, registrasi, izin, kewenangan, pelatihan, dan pengalamannya.</p>	<p>- Panduan Kredensial Tenaga Keperawatan, - SK Kredensial Tenaga Keperawatan - SOP Kredensial Tenaga Keperawatan</p>	<p>Terpenuhi Lengkap (10)</p>
		15	<p>Identifikasi tanggung jawab pekerjaan dan memberikan penugasan klinis berdasar atas hasil kredensial tenaga perawat sesuai dengan peraturan</p>	<p>Panduan RKK Perawat Berdasarkan Hasil Kredensial, Panduan SPK Perawat</p>	<p>Terpenuhi Lengkap (10)</p>
		16	<p>Penilaian kinerja tenaga keperawatan termasuk perannya dalam kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta program manajemen risiko rumah sakit.</p>	<p>Dokumen Penilaian Kinerja Perawat</p>	<p>Terpenuhi Lengkap (10)</p>
		17	<p>Proses yang efektif untuk melakukan kredensial tenaga kesehatan lain dengan mengumpulkan dan memverifikasi pendidikan, registrasi, izin, kewenangan, pelatihan, dan pengalamannya.</p>	<p>- Dokumen Kredensial Tenaga Kesehatan Lainnya - Bukti Proses Kredensial Tenaga Kesehatan Lainnya</p>	<p>Terpenuhi Lengkap (10)</p>
		18	<p>Identifikasi tanggung jawab pekerjaan dan memberikan penugasan klinis berdasarkan atas hasil kredensial tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan peraturan perundang-undangan.</p>	<p>- Panduan RKK Tenaga Kesehatan Lainnya Berdasarkan Hasil Kredensial, - SPO Panduan RKK Tenaga Kesehatan Lainnya Berdasarkan Hasil Kredensial, - SK RKK Panduan RKK Tenaga Kesehatan Lainnya Berdasarkan Hasil Kredensial</p>	<p>Terpenuhi Lengkap (10)</p>



		19	Penilaian kinerja tenaga Kesehatan lainnya termasuk perannya dalam kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta program manajemen risiko rumah sakit.	<ul style="list-style-type: none"> - Dokumen Penilaian Kinerja Tenaga Kesehatan Lainnya - Proses Pelaksanaan Ketika Ada Laporan Insiden - Hasil Kajian Kredensial Tenaga Kesehatan Lainnya 	Terpenuhi Lengkap (10)
3	Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)	Bab ini menjelaskan tentang:			
		1	Rumah sakit yang harus mematuhi persyaratan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan bangunan, prasarana dan peralatan medis rumah sakit.	Regulasi Penetapan terkait Manajemen Fasilitas Keselamatan, Regulasi Penetapan MFK dan RBA	Terpenuhi Lengkap (10)
		2	Tanggungjawab Rumah Sakit untuk mengawasi penerapan manajemen fasilitas dan keselamatan di rumah sakit.	<ul style="list-style-type: none"> - Regulasi tentang penetapan penanggungjawab Manajemen Fasilitas dan Keselamatan, Program K3RS, Program Manajemen Resiko, - Dokumen tentang Laporan Kegiatan Pengawasan dan Evaluasi, - Bukti Penerapan Program MFK 	Terpenuhi Lengkap (10)
		3	Penerapan Program Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK) terkait keselamatan di rumah sakit.	<ul style="list-style-type: none"> - Laporan Pengelola Keselamatan, Program Kesehatan dan Keselamatan Kerja RS - Risk Register RSMN th 2022 - Laporan evaluasi pengawasan terhadap MR 	Terpenuhi Lengkap (10)
		4	Penerapan Program Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK) terkait keamanan di rumah sakit	<ul style="list-style-type: none"> - Dokumen Kewaspadaan terhadap kehilangan, - Pemantauan Keamanan, Lokasi beresiko di RS, Identifikasi Pasien, Panduan Pengelolaan Keamanan di RSMN 	Terpenuhi Lengkap (10)



	5	Pengelolaan Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) serta limbah B3 sesuai dengan peraturan perundang-undangan.	<ul style="list-style-type: none">- Lembar Data Keselamatan,- Prosedur Penanganan Tumpahan B3, Inventaris B3 dan Limbah B3,- Penanganan Penyimpanan dan Pelatihan yang dibutuhkan staf untuk menangani B3	Terpenuhi Lengkap (10)
	6	Proses untuk pencegahan, penanggulangan bahaya kebakaran dan penyediaan sarana jalan keluar yang aman dari fasilitas sebagai respons terhadap kebakaran dan keadaan darurat lainnya	<ul style="list-style-type: none">- Risk Register,- Bukti Proteksi Kebakaran,- Bukti Pengkajian Risiko Kebakaran,- Laporan FSRA, Pelatihan APAR,- Bukti Peralatan Pemadaman Kebakaran, Proteksi Kebakaran, Pemeriksaan, rekap dan sertifikat APAR	Terpenuhi Lengkap (10)
	7	Penerapan proses pengelolaan peralatan medik.	<ul style="list-style-type: none">- Bukti Inventarisir Alat Medis yang di RS,- Dokumen pengujian yang dilakukan terhadap alat medis untuk kepastian tidak adanya bahaya yang ditimbulkan,- Bukti Pemeliharaan Preventif dan Kalibrasi dan Seluruh Prosesnya di Dokumentasikan	Terpenuhi Lengkap (10)
	8	Penetapan dan pelaksanaan proses untuk memastikan semua sistem utilitas (sistem pendukung) berfungsi efisien dan efektif yang meliputi pemeriksaan, pemeliharaan, dan perbaikan sistem utilitas.	<ul style="list-style-type: none">- Regulasi Ketersediaan Listrik 24 Jam, SLO TM Instalasi, Perawatan Genset,- Ketersediaan listrik 24 jam setiap hari dan 7 hari seminggu, dan Inventarisir sistem utilitas	Terpenuhi Lengkap (10)
	9	Penerapan proses penanganan bencana untuk menanggapi bencana yang berpotensi terjadi di wilayah rumah sakitnya.	Dokumen tentang penerapan proses pengelolaan bencana,	Terpenuhi Lengkap (10)



		10	Penilaian risiko prakonstruksi/ Pre Construction Risk Assessment (PCRA) pada waktu merencanakan pembangunan baru (proyek konstruksi), renovasi dan pembongkaran.	Penilaian Pra Konstruksi (PCRA)	Terpenuhi Lengkap (10)	
		11	Pelatihan dan pengetahuan tentang pengelolaan fasilitas rumah sakit, program keselamatan dan peran mereka dalam memastikan keamanan dan keselamatan fasilitas secara efektif bagi seluruh staf rumah sakit	<ul style="list-style-type: none"> - Laporan Pelaksanaan Pelatihan terkait Keselamatan, Keamanan, Pengelolaan B3, Pelatihan APAR - Bukti Laporan Pelaksanaan Pelatihan Proteksi Kebakaran, - Bukti Laporan Pelaksanaan Pelatihan terkait Peralatan Medis, - Bukti Laporan Pelaksanaan Pelatihan terkait Penanganan Bencana, - Bukti Laporan Pelaksanaan Pelatihan Pengelolaan Fasilitas dan Program Keselamatan untuk Vendor Pekerja 	Terpenuhi Lengkap (10)	
4	Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)	Bab ini menjelaskan tentang:				
		1	Rumah Sakit telah memiliki Komite/Tim penyelenggara Mutu yang kompeten untuk mengelola kegiatan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) sesuai dengan peraturan perundang-undangan.	<ul style="list-style-type: none"> - Pedoman PMKP, - SK Tim Komite Mutu, - SK Komite Mutu dan Keselamatan Pasien, - Program Kerja PMKP, - Pedoman Peningkatan PMKP, - SK PIC, - Program Kerja PMKP 	Terpenuhi Lengkap (10)	
		2	Dukungan dari Komite/Tim Penyelenggara Mutu dalam proses pemilihan indikator dan melaksanakan koordinasi serta integrasi kegiatan pengukuran data indikator mutu dan keselamatan	<ul style="list-style-type: none"> - Rapat Penyusunan Indikator Mutu Prioritas Unit dan Prioritas, - Daftar indikator Mutu Prioritas Unit, - Daftar Indikator Mutu Prioritas Unit, 	Terpenuhi Lengkap (10)	



			pasien di rumah sakit	<ul style="list-style-type: none">- Laporan Supervisi,- Dokumentasi Sosialisasi Hasil Supervisi PMKP,- Laporan Terintegrasi	
		3	Pengumpulan data indikator mutu dilakukan oleh staf pengumpul data yang sudah mendapatkan pelatihan tentang pengukuran data indikator mutu.	Data Capaian Indikator Mutu Trimester 1,2,3	Terpenuhi Lengkap (10)
		4	Agregasi dan analisis data dilakukan untuk mendukung program peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta mendukung partisipasi dalam pengumpulan database eksternal.	<ul style="list-style-type: none">- Analisis data indikator mutu trimester 1,2,3 PDSA Trimester 1,2,3- Bukti Pelaporan indikator mutu trimester 1,2,3- Bukti pelaporan INM ke kementerian kesehatan,- Bukti IKP dilaporkan, perbandingan capaian data INM	Terpenuhi Lengkap (10)
		5	Proses validasi data terhadap indikator mutu yang diukur.	<ul style="list-style-type: none">- Laporan validasi data indikator mutu trimester 1,2,3- Kebijakan manajemen data program PMKP- Bukti Publikasi data di website dan papan informasi	Terpenuhi Lengkap (10)
		6	Capaian perbaikan mutu rumah sakit	<ul style="list-style-type: none">- Bukti rencana Perbaikan Mutu- Bukti PDSA trimester 2 dan 3- Laporan indikator mutu dan keselamatan pasien trimester 2 dan 3- Bukti regulasi direktur tentang pelayanan IGD, SPO IGD- Laporan validasi data TMT 1,2,3 dan laporan indikator mutu	Terpenuhi Lengkap (10)



	7	Evaluasi proses pelaksanaan standar pelayanan kedokteran di rumah sakit untuk menunjang pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas.	<ul style="list-style-type: none"> - Laporan Evaluasi Clinical Pathway trimester 1,2,3 - Daftar hadir dan dokumentasi evaluasi CP - Bukti audit medis 	Terpenuhi Lengkap (10)
	8	Pengembangan Sistem pelaporan dan pembelajaran keselamatan pasien di rumah sakit (SP2KP-RS).	<ul style="list-style-type: none"> - Pedoman sistem pelaporan dan pembelajaran PMKP - Laporan RCA - Pedoman Investigasi Sederhana - Laporan Insiden PMKP - Bukti sosialisasi ulang keselamatan pasien di komite medik - SPO Komunikasi efektif SBAR - Bukti tindakan pencegahan resiko pasien jatuh - Bukti pelaporan dokter jaga ke DPJP 	Terpenuhi Lengkap (10)
	9	Data laporan insiden keselamatan pasien selalu dianalisis setiap 3 (tiga) bulan untuk memantau ketika muncul tren atau variasi yang tidak diinginkan	<ul style="list-style-type: none"> - Laporan PMKP - Laporan Kejadian Kesalahan Identifikasi Pasien - Pelaporan Indikator Mutu Trimester 1,2,3 	Terpenuhi Lengkap (10)
	10	Pengukuran dan evaluasi budaya keselamatan pasien	<ul style="list-style-type: none"> - Laporan Hasil Pengukuran Budaya Keselamatan Pasien - Program Peningkatan Budaya Keselamatan 	Terpenuhi Lengkap (10)
	11	Penerapan program manajemen risiko di rumah sakit	<ul style="list-style-type: none"> - Panduan Program Manajemen Risiko - Bukti Sosialisasi Manajemen Risiko - Daftar Risiko di RSUD M.Natsir - Profil Risiko - RTP Manajemen Risiko 	Terpenuhi Lengkap (10)



				<ul style="list-style-type: none"> - Bukti rencana penanganan resiko - Program Manajemen Resiko - FMEA dan Proses Penyusunan FMEA 	
5	Manajemen Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (MRMIK)	Bab ini menjelaskan tentang:			
		1	Penerapan proses manajemen informasi untuk memenuhi kebutuhan informasi internal maupun eksternal.	<ul style="list-style-type: none"> - SK Pemberlakuan Pedoman Pengelolaan data dan informasi 2022 - Pedoman Pengelolaan data dan informasi 2022 - Petunjuk penggunaan pendaftaran bridging vclaim - Bukti Pelatihan aplikasi menu pendaftaran Rekam Medis - Bukti Pendampingan aplikasi antrian online - Monev SIMRS 	Terpenuhi Lengkap (10)
		2	Seluruh komponen dalam rumah sakit termasuk pimpinan rumah sakit, PPA, kepala unit klinis / non klinis dan staf dilatih mengenai prinsip manajemen dan penggunaan informasi.	<ul style="list-style-type: none"> - Data Klinis dan Non Klinis SIMRS - SPO Kerahasiaan Data - SK Hak Akses dan Kebijakan 2022 	Terpenuhi Lengkap (10)
		3	Penerapan proses pengelolaan dokumen, termasuk kebijakan, pedoman, prosedur, dan program kerja secara konsisten dan seragam.	<ul style="list-style-type: none"> - Tata Naskah - Buku Pedoman Penyelenggaraan RM - Dokumen Tingkat Unit, Pemilik 	Terpenuhi Lengkap (10)
		4	Kebutuhan data dan informasi dari pihak dalam dan luar rumah sakit dipenuhi secara tepat waktu dalam format yang memenuhi harapan pengguna dan dengan frekuensi yang diinginkan.	<ul style="list-style-type: none"> - Laporan Internal (Tahunan 2021) - Bukti Pelaporan Internal - Buku Laporan Keluar - SK Pengumpulan, Pengolahan dan Pelaporan data - SPO Pengumpulan, Pengolahan data dan Pelaporan - Laporan Penelitian Mahasiswa 	Terpenuhi Lengkap (10)



			<ul style="list-style-type: none"> - SPO Permintaan data dan Informasi Medis Pasien - Laporan SIRS Yankes Kemenkes - Buku Pedoman Penyelenggaraan RM 	
5	Penyelenggaraan dan pengelolaan rekam medis terkait asuhan pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan.	<ul style="list-style-type: none"> - SK Penyelenggaraan Intalasi RM - SK Penyimpanan, Retnsi dan Pemusnahan RM Non Aktif - SK Pengumpulan, Pengolahan data - SPO Alur Pasien - SPO Penyimpanan dokumen RM - Pedoman Pengorganisasian RM - Program Kerja RM 	Terpenuhi Lengkap (10)	
6	Setiap pasien memiliki rekam medis yang terstandarisasi dalam format yang seragam dan selalu diperbaharui (terkini) dan diisi sesuai dengan ketetapan rumah sakit dalam tatacara pengisian rekam medis.	<ul style="list-style-type: none"> - Buku Pedoman Penyelenggaraan RM - SK Penyelenggaraan RM - Bukti Permintaan Pembaharuan, Penambahan Formulir - Proses Pembaharuan Formulir 	Terpenuhi Lengkap (10)	
7	Informasi yang akan dimuat pada rekam medis pasien.	<ul style="list-style-type: none"> - Bukti Rekam Medis telah terisi informasi - SK Pengisian dan Format RM - Bukti RM mengandung informasi 	Terpenuhi Lengkap (10)	
8	Setiap catatan (entry) pada rekam medis pasien mencantumkan identitas Profesional Pemberi Asuhan (PPA) yang menulis dan kapan catatan tersebut ditulis di dalam rekam medis.	<ul style="list-style-type: none"> - Bukti PPA mencantumkan identitas yang jelas pada pengisian RM - Bukti tanggal dan waktu penulisan catatan dalam RM Pasien - Contoh Koreksi RM 1 Kali Pencoretan - Bukti data dilakukan rewiuw kelengkapan penulisan identitas RM 	Terpenuhi Lengkap (10)	
9	Penggunaan kode diagnosis, kode prosedur, penggunaan simbol dan singkatan baku yang	<ul style="list-style-type: none"> - SK Penyelenggaraan Instalasi RM - SPO Penggunaan Kode ICD 	Terpenuhi Lengkap	



			seragam dan terstandarisasi.	<ul style="list-style-type: none"> - Buku Pedoman Penyelenggaraan RM - Bukti Melakukan Perbaikan Singkatan dan Simbol - Bukti Pemberian Singkatan dan Simbol yang sudah terbaik ke ruangan rawatan 	(10)
		10	Jaminan keamanan, kerahasiaan dan kepemilikan rekam medis serta privasi pasien oleh Rumah Sakit.	<ul style="list-style-type: none"> - Formulir RM yang berlaku di RS - SK Penyelenggaraan Instalasi RM - SK Pengisian dan format RM - SK Pelepasan Informasi Medis Pasien - Bukti Permintaan data dari instalasi 	Terpenuhi Lengkap (10)
		11	Lamanya penyimpanan rekam medis, data, dan informasi pasien.	<ul style="list-style-type: none"> - SK Penyelenggaraan RM - SPO Retensi - SPO Pemusnahan Dokumen RM - Prosedur Pemusnahan RM - SK Penyimpanan, Retensi dan Pemusnahan RM non aktif - Bukti Proses Pemusnahan data - Permenkes lama penyimpanan - Daftar Pertelan RM Inaktif - Bukti Proses Pemisahan RM Inaktif di lapangan 	Terpenuhi Lengkap (10)
		12	Upaya perbaikan kinerja, rumah sakit secara teratur melakukan evaluasi atau pengkajian rekam medis.	<ul style="list-style-type: none"> - SK Komite RM - Bukti Sampel Berkas RM Pulang Rawat - Bukti melakukan pengkajian - Laporan pengkajian RM 	Terpenuhi Lengkap (10)
		13	Penerapan sistem teknologi informasi pelayanan Kesehatan untuk mengelola data dan informasi klinis serta non klinis sesuai peraturan perundang-undangan.	<ul style="list-style-type: none"> - SK Pedoman Penyelenggaraan SIMRS - SK Pembentukan Instalasi SIMRS - SK Kepala Instalasi SIMRS - Hasil Evaluasi Antrian Online 	Terpenuhi Lengkap (10)



				<ul style="list-style-type: none"> - SPO Downtime - SPO SEP Manual - Simulasi Down System SIMRS - Dokumen Pemberitahuan Downtime - SPO Downtime - Laporan Downtime 	
6	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	Bab ini menjelaskan tentang :			
		1	Rumah sakit menetapkan Komite/Tim PPI untuk melakukan pengelolaan dan pengawasan kegiatan PPI di rumah sakit serta menyediakan sumber daya untuk mendukung program pencegahan dan pengendalian infeksi	<ul style="list-style-type: none"> - Bukti Kebijakan PPI dan Laporan PPI - Bukti Penetapan Komite PPI - Bukti Koordinasi Pimpinan RS dengan Komite PPI - SK Kebijakan IPCLN - UMAN IPCLN - Laporan pengamatan IPCLN - Hasil Supervisi IPCLN 	Terpenuhi Lengkap (10)
		2	Penyusunan dan penerapan program PPI yang terpadu dan menyeluruh untuk mencegah penularan infeksi terkait pelayanan kesehatan berdasarkan hasil pengkajian risiko proaktif setiap tahun.	<ul style="list-style-type: none"> - Bukti kebijakan kewaspadaan standard an kewaspadaan transmisi - Program PPI sesuai standard an transmisi - Laporan PPI Triwulan I 	Terpenuhi Lengkap (10)
		3	Pengkajian proaktif setiap tahunnya sebagai dasar penyusunan program PPI terpadu untuk mencegah penularan infeksi terkait pelayanan kesehatan.	<ul style="list-style-type: none"> - Bukti Manajemen Resiko CSSD, Gizi, limbah dan Laundry - Bukti ICRA Laundry, Kamar Jenazah, ICRA tindakan Invasive pada terapi cairan - Bukti ICRA alat yang berisiko tinggi - Bukti ICRA HAIs - Laporan PPI 	Terpenuhi Lengkap (10)



		4	Rumah sakit mengurangi risiko infeksi terkait peralatan medis dan/atau bahan medis habis pakai (BMHP) dengan memastikan kebersihan, desinfeksi, sterilisasi, dan penyimpanan yang memenuhi syarat	<ul style="list-style-type: none">- SK Direktur tentang Pelayanan Strelisasi- Bukti Proses Strelisasi- Bukti Kebijakan Pelayanan CSSD- Alur Pelayanan- Bukti Monev penyimpanan alat yang sudah steril- Bukti SK Reuse, bahan habis pakai di HD dan SPO alat reuse	Terpenuhi Lengkap (10)
		5	Identifikasi dan penerapan standar PPI yang diakui untuk pembersihan dan disinfeksi permukaan dan lingkungan	<ul style="list-style-type: none">- SPO Pembersihan dan desinfeksi permukaan lingkungan- SPO Pembersihan tumpahan darah,- SPO Pembersihan ruang isolasi- Bukti observasi lingkungan di isolasi- Bukti Monev kebersihan lingkungan	Terpenuhi Lengkap (10)
		6	Pengelolaan linen/laundry sesuai prinsip PPI dan peraturan perundang undangan	<ul style="list-style-type: none">- Bukti kebijakan dan panduan linen- SPO Linen- Uraian tugas pengelolaan laundry- Bukti supervise linen- Bukti Audit PPI di unit Laundry- Bukti prinsip-prinsip PPI pada pengelolaan linen	Terpenuhi Lengkap (10)
		7	Risiko infeksi melalui pengelolaan limbah infeksius sesuai peraturan perundang undangan	<ul style="list-style-type: none">- Bukti pengelolaan limbah RS- SPO Penanganan dan Pembuangan darah- SPO Penatalaksanaan tertusuk jarum- Bukti daftar kejadian tertusuk jarum- PKS limbah- Sertifikasi dan kompetensi	Terpenuhi Lengkap (10)



	8	Risiko infeksi terkait penyelenggaraan pelayanan makanan	<ul style="list-style-type: none"> - Bukti Kebijakan Gizi - Pedoman Gizi - SPO Penyelenggaraan makanan - Bukti observasi penyimpanan bahan makanan 	Terpenuhi Lengkap (10)
	9	Penurunan risiko infeksi pada fasilitas yang terkait dengan pengendalian mekanis dan teknis (mechanical dan engineering controls) serta pada saat melakukan pembongkaran, konstruksi, dan renovasi gedung	<ul style="list-style-type: none"> - Bukti ventilasi bertekanan positif - Bukti pemanas air cuci piring - Daftar Ceklis Monev Tekanan Positif OK, LAF, Safety Cabinet - Bukti Laporan Icrs 	Terpenuhi Lengkap (10)
	10	Penyediaan APD untuk kewaspadaan (barrier precautions) dan prosedur isolasi untuk penyakit menular melindungi pasien dengan imunitas rendah (immunocompromised) dan mentransfer pasien dengan airborne diseases di dalam rumah sakit dan keluar rumah sakit serta penempatannya dalam waktu singkat jika rumah sakit tidak mempunyai kamar dengan tekanan negatif (ventilasi alamiah dan mekanik)	<ul style="list-style-type: none"> - Bukti Monev transfer pasien isolasi - Monev ruang tekanan negatif - Kebijakan KLB - SPO KLB - Alur pasien masuk ruang isolasi - Bukti kejadian luar biasa tidak terjadi di RS - Bukti Monev ruang isolasi sarunai - Bukti Edukasi tentang outbreak 	Terpenuhi Lengkap (10)
	11	Kebersihan tangan menggunakan sabun dan desinfektan adalah sarana efektif untuk mencegah dan mengendalikan infeksi	<ul style="list-style-type: none"> - Dokumen Handhigine - SPO cuci tangan - Kebijakan kebersihan tangan - Bukti ketersediaan alat cuci tangan - Dokumen pemakaian APD, SPO APD dan pemakaian APB yang benar 	Terpenuhi Lengkap (10)
	12	Kegiatan PPI diintegrasikan dengan program PMKP (Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien) dengan menggunakan indikator yang secara epidemiologik penting bagi rumah sakit	<ul style="list-style-type: none"> - Kebijakan pengolahan data terintegrasi - Bukti pertemuan berkala dengan mutu - Bukti pertemuan dengan PMKP - Laporan PPI TW 1,2,3 	Terpenuhi Lengkap (10)



		13	Edukasi tentang PPI kepada staf klinis dan nonklinis, pasien, keluarga pasien, serta petugas lainnya yang terlibat dalam pelayanan pasien	<ul style="list-style-type: none"> - Kebikan edukasi - Bukti pelatihan PPI pegawai - Dokumen pelaksanaan edukasi pengunjung, pasien dan petugas - Bukti edukasi pada pasien 	Terpenuhi Lengkap (10)
7	Pendidikan Dalam Pelayanan Kesehatan (PPK)	Bab ini menjelaskan tentang			
		1	Penetapan regulasi tentang persetujuan dan pemantauan pemilik pimpinan dalam kerja sama penyelenggaraan pendidikan kesehatan di rumah sakit.	<ul style="list-style-type: none"> - Bukti MOU RSMN dengan Univ Baiturrahmah, YPTK Solok, UMSB, Poltekes Siteba, SMK Genus, FK Unbah, THT Unand, - Bukti Evaluasi Komkordik - Bukti Laporan Tahunan Komkordik 	Terpenuhi Lengkap (10)
		2	Pelaksanaan pelayanan dalam pendidikan klinis yang diselenggarakan di rumah sakit mempunyai akuntabilitas manajemen, koordinasi, dan prosedur yang jelas.	<ul style="list-style-type: none"> - SKB Petunjuk Pelaksanaan Pendidikan Klinis - SOP rekrutmen pendidikan klinis - Buku Panduan Pendidik Klinik 	Terpenuhi Lengkap (10)
		3	Tujuan dan sasaran program pendidikan klinis di rumah sakit disesuaikan dengan jumlah staf yang memberikan pendidikan klinis, variasi dan jumlah pasien, teknologi, serta fasilitas rumah sakit.	<ul style="list-style-type: none"> - Bukti regulasi penerimaan peserta didik - Bukti daftar stase dokter muda - SK Sarana dan Prasarana - Bukti Data Sarana dan Prasarana 	Terpenuhi Lengkap (10)
		4	Seluruh staf yang memberikan pendidikan klinis mempunyai kompetensi sebagai pendidik klinis dan mendapatkan kewenangan dari institusi pendidikan dan rumah sakit.	<ul style="list-style-type: none"> - SK Pendidik Klinis - Bukti Kewenangan Klinis Staf Medis/Perawat dan tenaga penunjang lainnya - Sertifikat Pelatihan Perseptor 	Terpenuhi Lengkap (10)
		5	Pelaksanaan pendidikan yang dijalankan untuk setiap jenis dan jenjang pendidikan staf klinis di rumah sakit aman bagi pasien dan peserta didik.	<ul style="list-style-type: none"> - Regulasi terkait tingkat supervise - SOP - Bukti supervisi mahasiswa kedokteran, kebidanan, farmasi, gizi, fisioterapi, 	Terpenuhi Lengkap (10)



				<ul style="list-style-type: none"> labor, radiologi - SK Batasan kewenangan peserta didik - Laporan Monev komite RM 	
		6	<p>Pelaksanaan pendidikan klinis di RS harus mematuhi regulasi RS dan pelayanan yang diberikan berada dalam upaya mempertahankan/meningkatkan mutu dan keselamatan pasien</p>	<ul style="list-style-type: none"> - SK Komkordik - SK Pengelolaan Pelaksanaan Pendidikan - Program Oerientasi Peserta Didik - SPO Orientasi Mahasiswa - Dokumen Pelaksanaan Orientasi - Panduan Survey Kepuasan Pasien - Survey Kepuasan Pasien 	<p>Terpenuhi Lengkap (10)</p>
8	Akses dan Kesiambungan Pelayanan (AKP)	Bab ini menjelaskan tentang			
		1	<p>Proses skrining baik pasien rawat inap maupun rawat jalan untuk mengidentifikasi pelayanan Kesehatan yang dibutuhkan sesuai dengan misi serta sumber daya rumah sakit.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Regulasi AKP - Bukti Skrening Pasien - Bukti Penyerahan hasil pemeriksaan diagnostik - Bukti proses merujuk - Dokumen RM memuat proses rujukan pasien - Bukti RKK Petugas IGD - Proses Triase - Bukti Penetapan Kriteria Keluar Masuk Ruang Intensif - Bukti Penetapan Kriteria Masuk dan Keluar CVCU - Bukti Regulasi Alura Penerimaan Pasien - Bukti Pendaftaran antrian online - Laporan evaluasi pendaftaran pasien - Penjelasan pada bagian admision - Bukti Edukasi dan Orientasi Ruangan 	<p>Terpenuhi Lengkap (10)</p>



		2	Penetapan proses penerimaan dan pendaftaran pasien rawat inap, rawat jalan, dan pasien gawat darurat.	<ul style="list-style-type: none"> - Bukti Pengelolaan Alur Penumpukan Pasien - Bukti Pengelolaan oleh MPP - Bukti Informasi ketersediaan TT 	Terpenuhi Lengkap (10)
		3	Proses untuk melaksanakan kesinambungan pelayanan di rumah sakit dan integrasi antara profesional pemberi asuhan (PPA) dibantu oleh manajer pelayanan pasien (MPP)/case manager.	<ul style="list-style-type: none"> - Regulasi Asuhan Terintegrasi - Bukti CCPT - Bukti Penunjukkan MPP - Bukti Penetapan DPJP - Regulasi DPJP - Bukti DPJP Rawat Bersama 	Terpenuhi Lengkap (10)
		4	Informasi tentang pasien disertakan pada proses transfer internal antar unit	<ul style="list-style-type: none"> - Bukti Regulasi Transfer Internal - Regulasi Transfer Pasien - Bukti Transfer Internal 	Terpenuhi Lengkap (10)
		5	Penetapan proses transportasi dalam merujuk, memindahkan atau pemulangan, pasien rawat inap dan rawat jalan utk memenuhi kebutuhan pasien.	<ul style="list-style-type: none"> - Regulasi Kriteria Pemulangan - Regulasi Izin Pulang Sementara - Bukti Discharge Planning - Bukti Regulasi Penolakan Asuhan Medis dan Pengobatan - Dokumen Rekam Medis memuat Ringkasan Pasien Pulang Untuk Pasien yang pulang atas permintaan sendiri 	Terpenuhi Lengkap (10)
		6	Penetapan proses transportasi dalam merujuk, memindahkan atau pemulangan pasien rawat inap dan rawat jalan untuk memenuhi kebutuhan pasien	<ul style="list-style-type: none"> - Regulasi Transportasi - Bukti Pemeliharaan Kendaraan Ambulance - Regulasi Alat Transportasi 	Terpenuhi Lengkap (10)
9	Hak Pasien dan Keterlibatan Keluarga (HPK)		Bab ini menjelaskan tentang		
		1	Penerapan proses yang mendukung hak-hak pasien dan keluarganya selama pasien mendapatkan pelayanan dan perawatan di rumah sakit.	<ul style="list-style-type: none"> - SOP Penjelasan Hak Pasien dalam pelayanan - SOP <i>Informed Consent</i> OK 	Terpenuhi Lengkap (10)



				<ul style="list-style-type: none"> - SK dan Panduan Hak Pasien dan Keluarga Dalam Pelayanan - Bukti Pemberian Informasi dan Persetujuan Tindakan Kedokteran - SOP Persetujuan Umum - SPO Kerahasiaan informasi Pat 2022 - SPO Privasi anamnesis - SPO Privasi transportasi - Alur Pelayanan Kerohanian - SK dan Panduan Kerahasiaan Pasien - SPO Penanganan Pencurian - Bukti Laporan Pemantauan CCTV - Laporan Daerah Beresiko - Bukti Fisik Penempatan CCTV 	
		2	Pasien dan keluarga pasien dilibatkan dalam semua aspek perawatan dan tata laksana medis melalui edukasi, dan diberikan kesempatan untuk berpartisipasi dalam proses pengambilan keputusan mengenai perawatan serta tata laksananya.	<ul style="list-style-type: none"> - Second Opinion - SK dan Panduan Pemberian Informasi dan Rencana Pengobatan - Bukti Form identifikasi dan edukasi - SPO Penolakan Resusitasi - SK dan Panduan Penolakan Pengobatan 	Terpenuhi Lengkap (10)
		3	Rumah sakit memberi tahu pasien dan keluarganya mengenai proses untuk menerima dan menanggapi keluhan, tindakan rumah sakit bila terdapat konflik/perbedaan pendapat di dalam perawatan pasien, serta hak pasien untuk berperan dalam semua proses ini.	<ul style="list-style-type: none"> - Alur Pengaduan - Bukti Penyampaian Laporan Pengaduan - SK Penetapan Unit Layanan Pengaduan - SPO Penanganan Komplain - BF Pengaduan - Bukti Fisik Proses Penyelesaian Komplain yang melibatkan keluarga - SK dan Panduan Penyelesaian Komplain 	Terpenuhi Lengkap (10)



		4	Penetapan yang jelas untuk persetujuan umum yang diperoleh pasien pada saat akan menjalani rawat inap atau didaftarkan pertama kalinya sebagai pasien rawat jalan	<ul style="list-style-type: none"> - Surat Persetujuan Umum - SK tindakan yang perlu Informed Consent - Bukti Pemberian informasi dan persetujuan tindakan kedokteran - SPO delegasi wewenang DPJP ke Pokja 	Terpenuhi Lengkap (10)
10	Pengkajian Pasien (PP)	Bab ini menjelaskan tentang			
		1	Identifikasi kebutuhan perawatan kesehatannya melalui suatu proses pengkajian yang telah ditetapkan oleh rumah sakit.	<ul style="list-style-type: none"> - Pedoman Pengkajian Pasien Terintegrasi - Bukti SK Kebijakan PPA - Bukti SIP , SPK dan RKK PPA - Bukti Discharge Planning dari Rawat Inap - Bukti Discharge Planning dari IGD - Bukti Pengkajian dari rawat jalan ke rawat inap - Bukti Pengkajian awal Medis - Bukti Pengkajian awal keperawatan yang menghasilkan kebutuhan asuhan keperawatan tau pemantauan spesifik - Bukti Pengkajian pasien dengan tindakan pembedahan cito - Bukti hasil dari pengkajian dari luar RS yang diverifikasi saat rawat inap 	Terpenuhi Lengkap (10)
		2	Kajian ulang bagi semua pasien dengan interval waktu yang ditentukan untuk kemudian dibuat rencana asuhan lanjutan	<ul style="list-style-type: none"> - Bukti Rekam Medis memuat pengkajian ulang - Bukti Pengkajian Ulang Medis - Bukti Pengkajian Ulang Perawat - Bukti Pengkajian Ulang oleh PPA Lain 	Terpenuhi Lengkap (10)



		3	Pelayanan laboratorium tersedia untuk memenuhi kebutuhan pasien sesuai peraturan perundangan.	<ul style="list-style-type: none">- Bukti Regulasi Pelayanan Laboratorium PK, PA,- Bukti Pelaksanaan Tanggungjawab Pimpinan Laboratorium PK, PA- Bukti Pelaksanaan Tanggungjawab Pimpinan Laboratorium PA- Bukti Penetapan dan Penerapan Kerangka Waktu Penyelesaian Pemeriksaan Regular dan Cito Lab PK	Terpenuhi Lengkap (10)
		4	Pelayanan radiologi klinik menetapkan regulasi pelayanan radiologi klinis di rumah sakit.	<ul style="list-style-type: none">- SK Alur Pelayanan Radiologi- SK Kebijakan Pelayanan Radiologi- Pedoman Pelayanan Radiologi- Program Kerja Radiologi- Bukti Monev Pelayanan RI- Laporan Hasil Kontrol Mutu Rujukan- Laporan Mutu Reject Film- Respon Time Pemeriksaan- Bukti Evaluasi Respon Time- Bukti Menyusun dan Evaluasi Regulasi- Bukti SK Kerangka Waktu Pemeriksaan Radiologi Regular dan Cito- Bukti Pencatatan dan Evaluasi Pemeriksaan Radiologi Klinik- Laporan Evaluasi Pemeriksaan Radiologi Regular- Bukti Pencatatan dan Evaluasi Pemeriksaan Cito- Laporan Evaluasi Pelayanan Cito	Terpenuhi Lengkap (10)



11	Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP)	Bab ini menjelaskan tentang			
		1	Pelayanan dan Asuhan yang seragam diberikan untuk semua pasien sesuai peraturan perundang-undangan	<ul style="list-style-type: none">- Panduan Pelayanan dan Asuhan Pasien- SK Pemberian Pelayanan dan Asuhan- SPO Asuhan Pasien oleh PPA- Dokumen Rekam Medis tentang asuhan pelayanan untuk pasien rawat inap- Dokumen Rekam Medis tentang Pelayanan Terintegrasi- Panduan Pelaksanaan dan Penerapan Dokter Penanggungjawab Pelayanan- SK Penetapan Dokter Penanggungjawab- SOP PPA bekerja secara tim memberikan asuhan pasien terintegrasi- SPK dan RKK PPA- Dokumen permintaan pemeriksaan labortaorim dan diagnostic imaging- Dokumen RM memuat rencana asuhan pasien yang dievaluasi secara berkala- Dokumen Rekam Medis memuat Instruksi PPA berdasarkan rencana asuhan dengan cara yang seragam- Dokumen RM memuat rencana asuhan pasien dengan sasaran yang terukur- Dokumen RM memuat evaluasi/review berkala dan verifikasi harian yang dilakukan DPJP	Terpenuhi Lengkap (10)



		2	Penetapan pasien risiko tinggi dan pelayanan risiko tinggi sesuai dengan kemampuan, sumber daya dan sarana prasarana yang dimiliki.	<ul style="list-style-type: none">- Pedoman Pelayanan Resiko Tinggi- SK Kebijakan Pelayanan Pasien beresiko tinggi- SPO Pelayanan beresiko tinggi- Dokumentasi pelayanan beresiko tinggi- Bukti Sosialisasi CP dan PPK- Regulasi tentang penyelenggaraan pelayanan geriatric- SK Tim Geriatri terpadu- Program kerja PKRS terkait pelayanan kesehatan warga lanjut usia- Dokumen pelaksanaan pemberian edukasi warga lanjut usia- Panduan EWS- Regulasi tentang penerapan EWSS- Bukti penerapan EWS- Dokumen pelaksanaan pelatihan EWS- Dokumen bukti penyelenggaraan pelayanan darah- Regulasi tentang panduan klinis dan prosedur pelayanan darah dan produk darah- Regulasi tentang penetapan penanggungjawab pelayanan darah	Terpenuhi Lengkap (10)
		3	Pemberian makanan untuk pasien rawat inap dan terapi nutrisi terintegrasi untuk pasien dengan risiko nutrisi	<ul style="list-style-type: none">- Bukti pemilihan makanan atau terapi nutrisi yang sesuai untuk kondisi, perawatan, dan kebutuhan- Bukti intruksi pemberian makanan dalam rekam medis pasien	Terpenuhi Lengkap (10)



				<ul style="list-style-type: none"> - Bukti edukasi tentang batasan diet pasien - Bukti pemberian terapi gizi terintegrasi - Bukti pemantauan dan evaluasi terapi gizi 	
		4	pengelolaan nyeri yang efektif bagi pasien	<ul style="list-style-type: none"> - Panduan manajemen Nyeri - SK tentang Manajemen Nyeri - SPO Assesmen Nyeri - Dokumen RM memuat pemberian edukasi mengenai kemungkinan adanya nyeri dan pilihan tata laksana - Dokumen Rekam Medis memuat pemberian edukasi mengenai kemungkinan adanya nyeri dan pilihan tata laksana - Dokumen Rekam Medis memuat edukasi mengenai pengelolaan nyeri - Sosialisasi Manajemen nyeri pada PPA 	Terpenuhi Lengkap (10)
		5	Pemberian asuhan pasien menjelang akhir kehidupan dengan memperhatikan kebutuhan pasien dan keluarga, mengoptimalkan kenyamanan dan martabat pasien, serta mendokumentasikan dalam rekam medis.	<ul style="list-style-type: none"> - Dokumen Pengkajian Pasien menjelang akhir kehidupan - Dokumen Asuhan Pasien menjelang akhir kehidupan 	Terpenuhi Lengkap (10)
12	Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)	Bab ini menjelaskan tentang			
		1	Pelayanan anestesi, sedasi moderat dan dalam untuk memenuhi kebutuhan pasien sesuai dengan kapasitas pelayanan, standar profesi dan perundang undangan yang berlaku.	<ul style="list-style-type: none"> - Panduan Pelayanan Anestesi dan Sedasi - Kebijakan Pelayanan Anestesi - SK Tim Anestesi - Rekapitulasi layanan anestesi dan sedasi - Bukti Daftar Dokter Jaga dan 	Terpenuhi Lengkap (10)



				Perawat/Penata Anestesi - Daftar Jaga PPA Anestesi	
		2	Tanggung jawab pelayanan anestesi, sedasi moderat dan dalam adalah seorang dokter anestesi yang kompeten.	- Kebijakan Pelayanan Anestesi dan Sedasi Seragam - Form Anestesi - SPO Pemberian Layanan Anestesi - SK Penanggungjawab Pelayanan Anestesi - Bukti Kebijakan Mutu - Bukti Monitoring Mutu - Bukti Laporan Evaluasi Tindakan Anestesi - Kebijakan Pelayanan Anestesi	Terpenuhi Lengkap (10)
		3	Pemberian sedasi moderat dan dalam dilakukan sesuai dengan regulasi dan ditetapkan rumah sakit.	- Kebijakan Pelayanan Anestesi dan Sedasi Seragam - Dokumen Rekam Medis Pemberian Sedasi - SPO Pemberian Sedasi - Bukti Pengkajian Praanestesi dan Sedasi - SPO Pengkajian Anestesi dan Sedasi - Bukti Monitoring Post Anestesi	Terpenuhi Lengkap (10)
		4	Profesional pemberi asuhan (PPA) yang kompeten dan telah diberikan kewenangan klinis pelayanan anestesi melakukan asesmen pra-anestesi dan prainduksi.	- Bukti Pengkajian Pra Anestesi - SPO Pengkajian Anestesi dan Sedasi - Pengkajian Pra Induksi - SPO Pengkajian Pra Induksi - Bukti Pengkajian Pra Anestesi dan Pra Induksi	Terpenuhi Lengkap (10)



		5	Risiko, manfaat, dan alternatif tindakan sedasi atau anestesi didiskusikan dengan pasien dan keluarga atau orang yang dapat membuat keputusan mewakili pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan.	<ul style="list-style-type: none"> - SPO Edukasi Anestesi - Bukti Informed Consent Anestesi - SPO Informed Consent Anestesi 	Terpenuhi Lengkap (10)
		6	Status fisiologis setiap pasien selama tindakan sedasi atau anestesi dipantau sesuai dengan panduan praktik klinis (PPK) dan didokumentasikan dalam rekam medis pasien.	<ul style="list-style-type: none"> - Bukti Monitoring Inta Anestesi - SPO Monitoring selama anestesi - Bukti Monitoring inta anestesi - SPO Monitoring ruang pulih sadar - SPO Monitoring Pasca anestesi - Bukti Monitoring Post Anestesi 	Terpenuhi Lengkap (10)
		7	Asuhan setiap pasien bedah direncanakan berdasar atas hasil pengkajian dan dicatat dalam rekam medis pasien.	<ul style="list-style-type: none"> - Bukti pengkajian pra bedah oleh DPJP - Bukti Informed Concent - Bukti Laporan Operasi - Bukti Perencanaan Pasca Bedah - Bukti Kebijakan Pelayanan Bedah - Bukti Pedoman Pelayanan Bedah - Bukti Pemantauan Pemakaian Implant - Bukti Pedoman Pelayanan Bedah - Bukti SPO Recall Implant 	Terpenuhi Lengkap (10)
13	Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO)	Bab ini menjelaskan tentang			
		1	Sistem pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat dikelola untuk memenuhi kebutuhan pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan.	<ul style="list-style-type: none"> - Pedoman Pengorganisasian Kefarmasian - Pedoman Pelayanan Kefarmasian - Bukti Penetapan Komite Farmasi dan Terapi - Bukti Rencana Program Kerja Farmasi - Bukti Penetapan Sistem Pelayanan - SK Supervisi - Bukti Evaluasi Pelayanan Resep 	Terpenuhi Lengkap (10)



				<ul style="list-style-type: none"> - Bukti kajian sistem pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat - SK Sumber Informasi Obat - Bukti Sumber Informasi Obat 	
		2	Penetapan dan penerapan formularium yang digunakan untuk persepan/ permintaan obat / instruksi pengobatan.	<ul style="list-style-type: none"> - SK Komite Farmasi dan Terapi - SK Pemberlakuan Formularium RS - Rapt Penambahan Obat - Bukti Program Kerja KFT - Rapat Penyusunan Formularium - SPO Pemilihan Obat oleh Komite Farmasi dan Terapi - Bukti Formularium MESO - Rapat Pengawasan Obat di RS - SK Kebijakan Pengawasan Obat - Hasil Monitoring Kepatuhan Penggunaan Formularium - SPO Penyediaan Obat diluar Formularium - Hasil Monev Kepatuhan Penggunaan dan Persediaan Obat Sesuai dengan Formularium RS - Bukti Cetak Pesanan Barang - Laporan Evaluasi Perencanaan dan Pengadaan - SPO Pengadaan Sediaan Farmasi 	Terpenuhi Lengkap (10)
		3	Penetapan dan penerapan regulasi penyimpanan sediaan farmasi dan BMHP disimpan dengan benar dan aman sesuai peraturan perundang-undangan dan standar profesi.	<ul style="list-style-type: none"> - SPO Penyimpanan Sediaan Farmasi dan bahan medis habis pakai di gudang - SPO Penyimpanan Obat-obatan di gudang Instalasi Farmasi - SPO Penyimpanan obat-obatan lisa di 	Terpenuhi Lengkap (10)



				<ul style="list-style-type: none">gudang instalasi farmasi- SPO Penyimpanan Obat-Obatan di Depo Instalasi Farmasi- SPO Pengisian Kartu Stok- SPO Pemantauan Suhu Ruangan- Panduan Penyimpanan Sediaan Farmasi dan Bahan Medis Habis Pakai- SPO Penyimpanan obat Narkotika dan Psikotropika di Instalasi Farmasi- Laporan Narkotika dan Psikotropika- Supervisi Apoteker terhadap penyimpanan- SPO Penyimpanan Bahan Berbahaya dan beracun- SPO Pengemasan Ulang Bahan Beracun di Instalasi Farmasi- Panduan Pengelolaan Bahan Berbahaya dan Beracun di Instalasi Farmasi- SPO Penyimpanan Produk Nutrisi Parenteral- SPO Penyimpanan obata dan BMHP Program Pemerintah- Panduan Pengelolaan Obat dan Bahan Medis Habis Pakai Emergensi- SPO Penyimpanan Obat dan Bahan Medis Habis Pakai Emergensi Dalam Troli/KIT Emergensi- SPO Penggantian Obat dan Bahan Medis Habis Pakai Emergensi yang telah terpakai	
--	--	--	--	---	--



			<ul style="list-style-type: none">- SPO Penetapan Beyond Used Dated (BUD) Obat- Pelaporan Obat dan BMHP Kadaluarsa- SPO Identifikasi dan Penarikan Sediaan Farmasi, Bahan Medis Habis Pakai dan Implant- SPO Pengelolaan Sediaan Farmasi, Bahan Medis Habis Pakai dan Implant yang rusak, Mutu Substandar- SPO Pengembalian Sediaan Farmasi, Bahan Medis Habis Pakai dan Implant ke Pemasok- Bukti Serah Terima Barang dari Depo Ke Gudang	
4	Penetapan dan penerapan regulasi rekonsiliasi obat		<ul style="list-style-type: none">- Bukti Kebijakan Reekonsiliasi Obat- SPO Rekonsiliasi Obat- Bukti Obat Pindah Ruangan- Pedoman Penulisan Resep Lengkap- SPO Penulisan Resep dan KIO- Kebijakan Penulisan Resep dan KIO- Bukti Resep Lengkap- Laporan Evaluasi Kelengkapan Penulisan Resep- Kebijakan Penulisan Resep Khusus- Kebijakan Automatic Stop Order- SPO Automatic Stop Order- SK Kebijakan Terapi Titration Obat- Bukti Daftar Obat Pulang	Terpenuhi Lengkap (10)
5	Penetapan dan penerapan regulasi dispensing sediaan farmasi dan bahan medis habis pakai sesuai		<ul style="list-style-type: none">- Bukti Sistem Distribusi Seragam dan Dispensing	Terpenuhi Lengkap



			standar profesi dan peraturan perundang-undangan.	<ul style="list-style-type: none">- Bukti Dispensing Non Steril- Bukti Dispensing Sediaan Steril Non Sitostatik- Bukti Fasilitas (Alat) Dispensing Steril LAF- Bukti Penyerahan Obat yang Siap diberikan untuk pasien rawat inap- Dokumen Pelaksanaan Pengkajian Resep- Dokumen Pelaksanaan Proses Telaah Obat Sebelum diserahkan	(10)
		6	Penetapan dan penerapan regulasi pemberian obat sesuai peraturan perundang-undangan.	<ul style="list-style-type: none">- SK Penetapan Staf Klinis yang berwenang memberikan obat dan batasannya- SK Pelimpahan Wewenang kepada perawat- SPO Telaah Obat oleh Farmasi- SPO Verifikasi Obat oleh Perawat- SPO Pemberian Obat High Alert- Bukti Form Informasi Obat Pasien Poli- Bukti Form Informasi Obat Pulang- Bukti Pemberian Informasi Obat- SK Penanganan Obat yang dibawa Pasien dari luar RS- SK Penggunaan Obat oleh Pasien secara mandiri- Form Edukasi dan Monitoring Obat Pasien secara mandiri- Bukti Edukasi Obat secara mandiri	Terpenuhi Lengkap (10)



		7	Penerapan dan pemantauan terapi obat secara kolaboratif	<ul style="list-style-type: none">- Kebijakan Pemantauan Terapi Obat- Pedoman Pemantauan Terapi Obat- SPO Pemantauan Terapi Obat- Bukti Pelaksanaan Pemantauan Terapi Obat di RM- Kebijakan Monitoring Efek Samping Obat- SPO Monitoring Efek Samping Obat- Bukti Kebijakan Medication Safety- Panduan Penerapan Medication Safety pada pelayanan kefarmasian- SPO Telaah Resep- SPO Telaah Obat- Kebijakan Pelaporan Medication Error- Panduan Pelaporan Medication Error- SPO Pelaporan Insiden Medication Error- SPO Pelaporan Dispensing Error- Laporan Data Prescribing Error- Laporan Data Dispensing Error- Laporan Insiden- Investigasi Sederhana atas laporan insiden- FMEA Proses Dispensing Obat- Bukti Rapat Sosialisasi FMEA- Laporan Pelaksanaan IHT Medication Error	Terpenuhi Lengkap (10)
		8	program pengendalian resistansi antimikroba (PPRA) sesuai peraturan perundang-undangan	<ul style="list-style-type: none">- Regulasi Pengendalian Resistensi antimikroba sesuai peraturan perundang-undangan- SK Pendoman Kerja PPRA	Terpenuhi Lengkap (10)



				<ul style="list-style-type: none"> - Pedoman Kerja PPRA - SPO Pedoman Kerja PPRA - Pelaksanaan Program Kerja - Dokumen Pelaksanaan Pemantauan dan Evaluasi Kegiatan PPRA - Laporan ke KPRA - Evaluasi Indikator Mutu - Dokumen Pelaksanaan Pemantauan 	
14	Komunikasi dan Edukasi (KE)	Bab ini menjelaskan tentang			
		1	Penetapan tim atau unit Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS) dengan tugas dan tanggung jawab sesuai peraturan perundangan.	<ul style="list-style-type: none"> - Regulasi Pelaksanaan PKRS RSMN - SOP Pemberitaan Edukasi - SK Penetapan PKRS - SK Pengelola PKRS - Program PKRS - Bukti Edukasi dengan Media 	Terpenuhi Lengkap (10)
		2	Pemberian informasi kepada pasien dan keluarga tentang jenis asuhan dan pelayanan, serta akses untuk mendapatkan pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> - Bukti Ketersediaan Informasi - SK RS Rujukan - Bukti PKS dengan Dinas Kesehatan Kota Solok - PKS Rujukan RSAM - Bukti Akses Informasi Tepat Waktu - Bukti Pemberian Informasi 	Terpenuhi Lengkap (10)
		3	Pengkajian terhadap kebutuhan edukasi setiap pasien, beserta kesiapan dan kemampuan pasien untuk menerima edukasi.	<ul style="list-style-type: none"> - Bukti Pengkajian Kebutuhan Edukasi - Form dan Bukti Edukasi 	Terpenuhi Lengkap (10)
		4	Edukasi tentang proses asuhan disampaikan kepada pasien dan keluarga disesuaikan dengan tingkat pemahaman dan bahasa yang dimengerti oleh pasien dan keluarga.	<ul style="list-style-type: none"> - Bukti Form Edukasi Hasil Asuhan - Bukti Media Edukasi Cuci Tangan - Bukti Media Edukasi Obat - Bukti Media Edukasi Gizi 	Terpenuhi Lengkap (10)



				<ul style="list-style-type: none"> - Bukti Media Edukasi Teknik Rehab - Bukti Media Edukasi Manajemen Nyeri - Bukti Media Edukasi Asuhan Lanjutan 	
		5	Metode edukasi dipilih dengan mempertimbangkan nilai yang dianut dan preferensi pasien dan keluarganya serta memungkinkan terjadinya interaksi yang memadai antara pasien, keluarga pasien dan staf.	<ul style="list-style-type: none"> - Bukti Dokumentasi Proses Edukasi - Bukti Dokumentasi Proses Edukasi - Bukti Media Edukasi - Bukti Permintaan Media - Bukti Nomor Leaflet - Dokumentasi Edukasi - PKS Penerjemah Bahasa Arab, Bahasa Isyarat dan Penerjemah Bahasa Inggris 	Terpenuhi Lengkap (10)
		6	Upaya promosi kesehatan yang harus dilakukan dalam menunjang keberhasilan asuhan yang berkesinambungan	<ul style="list-style-type: none"> - Daftar FKTP - Bukti BPJS Kesehatan - PKS Komunitas Lansia - SK Komunitas HD - Edukasi di Istanan Lansia, Komunitas HD - Rujuk Balik (Perbaikan) - Form <i>Discharge Planning</i> 	Terpenuhi Lengkap (10)
		7	Profesional Pemberi Asuhan (PPA) mampu memberikan edukasi secara efektif.	<ul style="list-style-type: none"> - Bukti Pelatihan Komunikasi Efektif 1 - Bukti Pelatihan Komunikasi Efektif 2 - Bukti Edukasi Kolaboratif - Bukti Perbaikan Edukasi Kolaboratif 	Terpenuhi Lengkap (10)
15	Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)				
		1	Penerapan proses untuk menjamin ketepatan identifikasi pasien	<ul style="list-style-type: none"> - SK Panduan Sasaran Keselamatan Pasien - SK Panduan Identifikasi Pasien - SK Direktur RS Komunikasi Efektif 2022 	Terpenuhi Lengkap (10)



				<ul style="list-style-type: none">- SK Panduan Pengelolaan Obat High Alert- SK Direktur Tepat Prosedur, Tepat Sasaran, Tepat Pasien, Tepat Pasien, Tepat Lokasi- Panduan Cuci Tangan- SK Kebersihan Tangan- SK Panduan Resiko Jatuh- Panduan Komunikasi Efektif- Panduan Identifikasi Pasien- Panduan Saasran Keselamatan Pasien- Panduan Penandaan Lokasi Operasi- SK identifikasi Pasien- Bukti Gelang Identifikasi Pasien- SPO Identifikasi Pasien yang menjalani tindakan operasi- SPO Identifikasi Pemberian Produk Darah- SPO Prosedur Identifikasi pasien jiwa sebelum pemberian tindakan dan terapi- SPO identifikasi pasien koma- SPO identifikasi pasien pada saat bencana	
		2	Penerapan proses untuk meningkatkan efektivitas komunikasilisan dan/atau telepon di antara para profesional pemberi asuhan (PPA), proses pelaporan hasil kritis pada pemeriksaan diagnostic termasuk POCT dan proses komunikasi saat serah terima (hand over)	<ul style="list-style-type: none">- Bukti Pelaksanaan Komunikasi saat melaporkan kondisi pasien kepada DPJP- SPO Komunikasi Efektif- SK Direktur Panduan Pelaporan Nilai Kritis 2022- SK Direktur tentang pelaporan nilai kritis diagnostic 2022	Terpenuhi Lengkap (10)



				<ul style="list-style-type: none"> - Bukti Pelaporan Nilai Kritis oleh Analisis Labor - Bukti Hasil Laporan Kritis di CPPT - Panduan Pelaporan Nilai Kritis Pemeriksaan Diagnostik - SPO Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium - SPO Palaporan Hasil Kritis Radiologi 	
		3	Penerapan proses untuk meningkatkan keamanan penggunaan obat yang memerlukan kewaspadaan tinggi (high alert medication) termasuk obat Look - Alike Sound Alike (LASA)	<ul style="list-style-type: none"> - SK Direktur tentang obat yang perlu diwaspadai - SPO Penyimpanan High Alert di Depo Farmasi - SPO Penyimpanan Lasa di Gudang Farmasi - SPO Penyimpanan Narkotika - SPO Penyimpanan Obat Hight Alert di Gudang Farmasi - Panduan Pengelolaan Obat Hight Alert - SPO Penyimpanan Obat Higt Alert di Gudang - SPO Penyimpanan Elektrolit Konsentrat di Farmasi - Daftar Obat Lasan dan Konsentrat - SPO Penyimpanan Elektrolit Konsentrat - Bukti Tempat Penyimpanan Elektrolit Konsentrat diluar Farmasi/ICU 	Terpenuhi Lengkap (10)
		4	Proses untuk melaksanakan verifikasi pra operasi, penandaan lokasi operasi dan proses time-out yang dilaksanakan sesaat sebelum tindakan pembedahan/invasif dimulai serta proses sign-out	<ul style="list-style-type: none"> - Daftar tilik verifikasi Pra Operasi - Verifikasi Pra Operasi - SK Direktur Penandaan Lokasi Operasi - Bukti Penandaan Lokasi Operasi 	Terpenuhi Lengkap (10)



			yang dilakukan setelah tindakan selesai.	<ul style="list-style-type: none"> - SK Direktur Panduan Tepat Prosedur, Tepat Sasaran, Tepat Pasien dan Tepat Lokasi - Bukti Penandaan Lokasi Operasi - SPO Pelaksanaan Sign In/Out - SPO Pelaksanaan Time Out - Bukti Check List Keselamatan Operasi 	
		5	Penerapan kebersihan tangan (hand hygiene) untuk menurunkan risiko infeksi terkait layanan kesehatan.	<ul style="list-style-type: none"> - SK Kebersihan Tangan - SPO Kebersihan Tangan - Panduan Kebersihan Tangan - Bukti Sosialisasi Cuci Tangan - Bukti Hasil Audit Kepatuhan Kebersihan Tangan Petugas - Laporan Evaluasi PPI - Evaluasi Program Kebersihan Tangan 	Terpenuhi Lengkap (10)
		6	Penerapan proses untuk mengurangi risiko cedera pasien akibat jatuh di rawat jalan.	<ul style="list-style-type: none"> - Bukti Skrining Risiko Jatuh - SK Panduan Resiko Jatuh - SK Pencegahan Resiko Jatuh - Panduan Resiko Jatuh - SPO Resiko Jatuh - Bukti Edukasi Resiko Jatuh - Asesmen Resiko Jatuh - Bukti Assesmen Awal Resiko Jatuh - Assesmen Awal dan Ulang Resiko Jatuh - SPO Asismen Pasien Resiko Jatuh - Panduan Resiko Jatuh - Pengkajian Ulang Resiko Jatuh - Laporan Insiden Jatuh\ 	Terpenuhi Lengkap (10)



16	Program Nasional (Prognas)	1	Pelaksanaan program PONEK 24 jam dan 7 (tujuh) hari seminggu.	<ul style="list-style-type: none">- SK Kebijakan Pelayanan Ponek 24 Jam di RSMN- SPO Penerimaan dan Penanganan Kegawatdaruratan Obstetrik- SK Pemberlakuan Pedoman Ponek 24 Jam di RS- Pedoman Pelayanan Ponek 24 di RS- Pedoman Pengorganisasian Ponek- SK Tim Ponek- Program Kerja Tim Ponek- Panduan IMD dan ASI Eksklusif- Panduan Rawat Gabung	Terpenuhi Lengkap (10)
		2	Pelaksanaan program penanggulangan tuberculosis.	<ul style="list-style-type: none">- SK Penanggulangan TB- Panduan Penanggulangan TB- SK Panduan Pelayanan TB DOTS- SK Tim TB Dots- Program Kerja Tim TB DOTS- SOP Cross Check Spesimen- SOP Pelacakan Pasien Mangkir- SOP Pasien Rujukan Pindah- SOP PPI TB- SOP Penyediaan Obat- SOP Penerimaan Pasien Baru- SOP Penemuan dan Diagnosis TB- SOP Pelayanan Pasien TB Rawat Inap- SOP PPI TB- Pelaksanaan Promosi Kesehatan dengan Penyebarluaskan informasi- Bukti Promosi Kesehatan melalui	Terpenuhi Lengkap (10)



				Penyuluhan TB - Promosi Kesehatan melalui leaflet	
		3	Penanggulangan HIV/AIDS sesuai dengan peraturan perundang-undangan.	<ul style="list-style-type: none">- SK Penetapan Tim HIV/AIDS dan Uraian tugas- SK Kebijakan Program Pengendalian Terpadu Pelayanan HIV/AIDS- Pedoman Pengorganisasian Tim HIV/AIDS- SK Program Penanggulangan HIV- Program Kerja Tim Penanggulangan HIV/AIDS- SK Pelayanan Penanggulangan HIV/AIDS yang dirujuk- SPO Rujukan VCT- Bukti Form Rujukan Pasien HIV/AIDS- Rekap Data Pasien HIV/AIDS- SK Pelayanan Penanggulangan HIV/AIDS- SPO Pelayanan PMTCT- Bukti Pelayanan PPIA/PMTCT- Rekap Pelayanan KTS dan TIPK- SPO Penanganan IO pada pasien HIV/AIDS- Bukti Dokumen Pasien ODHA yang resiko IO	Terpenuhi Lengkap (10)
		4	Pelaksanaan program penurunan prevalensi stunting dan wasting.	<ul style="list-style-type: none">- SK Program Kerja Penurunan Stunting Wasting- PPK Gizi Buruk- PPK Pemberian Cairan pada pasien Syok dengan Malnutrisi Berat	Terpenuhi Lengkap (10)



				<ul style="list-style-type: none"> - PPK Rehidrasi Gizi Buruk - SPO Pemberian F-75 dan F-100 - SPO Penilaian Pertumbuhan - SPO Resomal - SK Sistem Rujukan Untuk Pasien Stunting dan Wasting - Laporan Kegiatan Sosialisasi Stunting dan Wasting ke Staf - Laporan Kegiatan Sosialisasi Penguatan Jejaring Rujukan Stunting dan Wasting - Laporan Kegiatan Pendamping Klinis Tim Stunting Wasting ke Posyandu - Laporan Program Penurunan Prevalalens stunting dan wasting 	
		5	Program pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi di rumah sakit beserta pemantauan dan evaluasinya.	<ul style="list-style-type: none"> - SK Kebijakan Pelayanan KB - SK Pemberlakuan Panduan Pelayanan KB - Panduan Pelayanan PKBRS - PKS dengan BKKBN Kota Solok - SPO Pemasangan AKBK - SPO Pemasangan AKDR Pasca Salin - SPO Pemasangan AKDR - SK Tim PKBRS - Program Kerja PKBRS - Laporan Penerimaan Alkes dari BKKBN - Bukti Perencanaan Pengadaan Obat dan Alat Kontrasepsi - Bukti Daftar alat, Alkes dan Saran Penunjang KB 	Terpenuhi Lengkap (10)

Sumber Data: Hasil Penilaian Akeeditasi LARSDHP Tahun 2022



Sesuai dengan Peraturan Pemerintah No 47 Tahun 2021 tentang Standar Akreditasi Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitkan maka dapat diketahui persamaan nilai akreditasi rumah sakit sebagai berikut:

Jumlah standar yang tercapai sesuai dengan standar Akreditasi X 100%
Jumlah Standar Akreditasi

Berikut ini diuraikan rekap hasil capaian penilaian standar dari masing-masing Bab/Pokja akreditasi RSUD Mohammad Natsir tahun 2022.

Tabel 3.7
Rekap Hasil Penilaian Akreditasi
RSUD Mohammad Natsir Tahun 2022

No.	BAB/POKJA	Jumlah Standar Sudah Tercapai	Jumlah Standar	Data % Per Bab	Capaian
1	Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS)	14	14	82,03%	100%
2	Kualifikasi dan Pendidikan Staf (KPS)	19	19	92,41%	100%
3	Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)	11	11	92,36%	100%
4	Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)	11	11	93,18%	100%
5	Manajemen Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (MRMIK)	13	13	87,00%	100%
6	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	13	13	83,61%	100%
7	Pendidikan Dalam Pelayanan Kesehatan (PPK)	6	6	91,30%	100%
8	Akses dan Kesenambungan Pelayanan (AKP)	6	6	92,42%	100%
9	Hak Pasien dan Keterlibatan Keluarga (HPK)	4	4	87,18%	100%
10	Pengkajian Pasien (PP)	4	4	96,55%	100%
11	Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP)	5	5	96,51%	100%
12	Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)	7	7	98,65%	100%
13	Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO)	8	8	93,97%	100%
14	Komunikasi dan Edukasi (KE)	7	7	88,00%	100%
15	Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)	6	6	91,67%	100%
16	Program Nasional (Prognas)	5	5	97,30%	100%

Sumber Data : Tabulasi Data Hasil Penilaian Akreditasi LARS DHP Tahun 2022

Berdasarkan data persentase penilaian 16 Bab untuk akreditasi RSUD Mohammad Natsir oleh Lembaga Akreditasi Rumah Sakit (LARS DHP) tahun 2022 diatas dapat diketahui bahwa rata-rata nilai evaluasi per Bab dan Standar mendapatkan

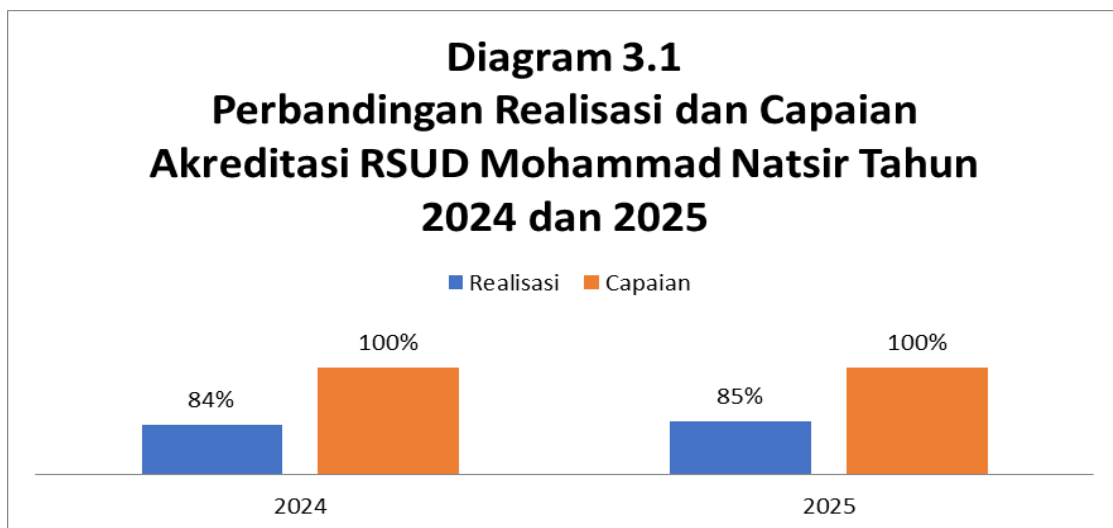


nilai rata-rata sebesar 91,50% dengan prediket **PARIPURNA** sebagaimana yang telah ditetapkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan No. HK/01.07/MENKES/1128/2022 dan penilaian akreditasi ini berlaku untuk 4 tahun (6 Desember 2022 – 6 Desember 2026).

Adapun realisasi akreditasi pada tahun 2025 sebesar 85%. Angka realisasi ini mengacu pada penetapan target akreditasi tahun 2025 sebesar 85% yang termuat dalam Renstra RSUD Mohammad tahun 2021-2026 sehingga dapat disimpulkan bahwa realisasi akreditasi RSUD Mohammad Natsir tahun 2025 sebesar **85% dengan Predikat Paripurna.**

4. Perbandingan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun 2025 dengan tahun lalu

Capaian indikator Akreditasi RSUD Mohammad Natsir tahun 2025 diukur dengan menggunakan metode penilaian dari Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022, maka realisasi untuk akreditasi RSUD Mohammad Natsir adalah paripurna dengan capaian 100%, penilaian ini berlaku untuk 4 tahun (6 Desember 2022 – 6 Desember 2026). Perolehan nilai akreditasi dengan prediket paripurna ini adanya bukti nyata dari komitmen bersama seluruh pegawai RSUD Mohammad Natsir untuk mempertahankan nilai akreditasi paripurna atas capaian penilaian 16 Bab penilaian akreditasi.





5. Perbandingan Realisasi Kinerja Sampai Dengan Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah yang terdapat dalam Dokumen Perencanaan Strategis Organisasi

Tabel 3.8

Perbandingan Realisasi Kinerja Sampai Dengan Tahun 2025 Dengan Target Jangka Menengah (Perencanaan Strategis Organisasi)

INDIKATOR KINERJA	TARGET JANGKA MENENGAH (2026)	TAHUN 2025	
		REALISASI	CAPAIAN
Akreditasi Rumah Sakit	86% (Paripurna)	85% (Paripurna)	100 %

Sumber Data: Hasil Survey Akreditasi

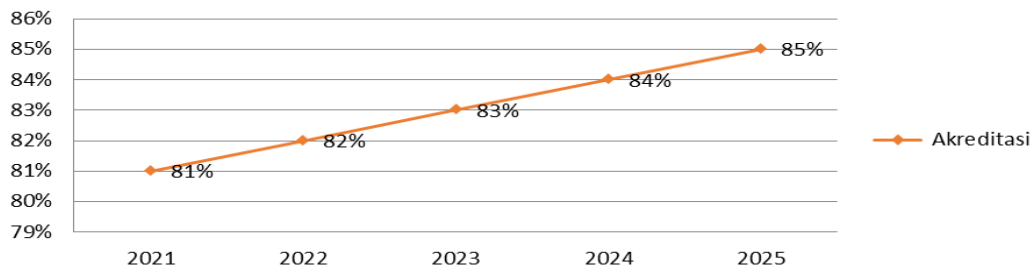
Jika dibandingkan dengan target jangka menengah yang termuat dalam Renstra RSUD Mohammad Natsir 2021-2026, maka target untuk akhir tahun 2025 nilai Akreditasi RSUD Mohammad Natsir sebesar 85% (Paripurna) dengan realisasi Paripurna dan tingkat capaian 100%, dapat dikatakan predikat akreditasi RSUD Mohammad Natsir tahun 2025 sangat tinggi.

Melihat analisis capaian nilai akreditasi diatas dan kondisi target akhir kinerja periode RPJMD, maka RSUD Mohammad Natsir optimis akan memperoleh nilai akreditasi pada akhir periode RPJMD tersebut sebesar 86% (Paripurna), hal ini didukung dengan komitmen bersama dan konsisten dari seluruh pegawai RSUD Mohammad Natsir khususnya dalam upaya peningkatan pelayanan, sarana, prasarana, dan peningkatan kuantitas serta kualitas SDM sehingga pada akhirnya enam belas standar penilaian dan 796 elemen penilaian yang ditetapkan oleh standar akreditasi nasional tersebut dapat dipenuhi dengan baik.

6. Perkembangan Realisasi Indikator Nilai Akreditasi 5 Tahun Terakhir

Perkembangan indikator akreditasi dapat dilihat pada penetapan target indikator yang tertuang dalam Rencana Strategis RSUD Mohammad Natsir dan realisasi capaian indikator selama 5 tahun terakhir, sebagaimana yang tergambar pada grafik 3.1 berikut:

Grafik 3.1
Trend Akreditasi RSUD Mohammad Natsir
2021-2025



Berdasarkan grafik 3.1 diatas dapat dilihat secara jelas trend kenaikan target dari indikator akreditasi RSUD Mohammad Natsir selama 5 tahun terakhir dengan realisasi target paripurna. Penetapan target untuk indikator kinerja ini melalui pembahasan di level manajemen RSUD Mohammad Natsir yang kemudian ditetapkan dalam Rencana Strategis 2021-2026. Kenaikan target ini diharapkan dapat memberikan semangat dan motivasi bagi seluruh *Civitas Hospitalia* RSUD Mohammad Natsir untuk senantiasa memberikan layanan yang paripurna bagi pasien dan masyarakat yang menggunakan jasa medis di RSUD Mohammad Natsir.

7. Perbandingan Realisasi Kinerja Tahun 2025 dengan Standar Nasional

Dari hasil Akreditasi tertinggi saat ini berstatus Paripurna yang berlaku selama 4 tahun (6 Desember 2022 – 6 Desember 2026). Maka Realisasi Capaian Akreditasi RSUD Mohammad Natsir Tahun 2025 (Paripurna) sudah sesuai dengan standar nasional.

Menurut Standar Nasional peringkat akreditasi Rumah Sakit dapat dikategorikan dalam 4 tingkatan yaitu:

1. Akreditasi tingkat paripurna terdiri dari 16 Bab dengan nilai minimal 80%
2. Akreditasi tingkat utama terdiri dari 16 Bab (12 Bab nilai min.80% dan 4 bab nilai diatas 20%)
3. Akreditasi tingkat madya terdiri dari 16 Bab (8 bab Nilai min. 80%, 8 bab nilai diatas 20%)
4. Akreditasi tingkat dasar terdiri dari 16 Bab (4 bab nilai min. 80% dan 12 bab nilai diatas 20%)

Jika dilakukan analisis perbandingan peringkat akreditasi RSUD Mohammad Natsir dari tahun 2025 dengan standar nasional diatas maka RSUD Mohammad Natsir



berada pada peringkat Paripurna dengan perolehan nilai diatas standar nasional (> 80%).

8. Analisis Penyebab Keberhasilan/Kegagalan atau Peningkatan/Penurunan Kinerja serta Alternatif Solusi yang telah dilakukan:

Jika dilihat dari segi pencapaian pada tahun 2025 berdasarkan realisasi dibanding target maka pencapaian untuk tahun 2025 termasuk kategori berhasil dengan capaian sangat tinggi.

Keberhasilan pencapaian akreditasi RSUD Mohammad Natsir dengan prediket paripurna ini disebabkan oleh 9 indikator utama:

- (1) Tindak lanjut dari hasil evaluasi dan rekomendasi akreditasi secara berkala.
- (2) Sosialisasi akreditasi versi Standar Akreditasi Rumah Sakit Kemenkes
- (3) Pelatihan/*workshop* akreditasi
- (4) Pembentukan pokja akreditasi yang terdiri dari 16 bab
- (5) Peningkatan sarana dan prasarana pendukung
- (6) Perbaikan yang dilakukan untuk pemenuhan standar akreditasi
- (7) Komitmen bersama seluruh pegawai dalam meningkatkan pelayanan dan mengembangkan inovasi-inovasi layanan
- (8) Integritas dari manajemen RSUD Mohammad Natsir dalam menerapkan kebijakan yang mendukung suksesnya akreditasi
- (9) Peningkatan kapasitas SDM melalui pelatihan, sosialisasi, seminar, *In House Training*, studi tiru, dan bimbingan teknis dan *workshop* yang diikuti oleh tenaga medis dan non medis RSUD Mohammad Natsir tahun 2025 seperti:
 - Workshop Implementasi Health Technology Assessment Rumah Sakit di Indonesia (Tingkat Dasar)
 - Pelatihan Kardiovaskuler Peminatan khusus Scrub Nurse Intervensi Non Bedah Dewasa
 - Pelatihan Penyusunan Rencana Kontigensi PB
 - Pelatihan *Video Production For Government Campaign*
 - Bimbingan Teknis/Pelatihan Mengoptimalkan Pendapatan Rumah Sakit secara Akuntabel Berbasis Pengelolaan Klaim Biaya JKN yang taat azas dan efektif
 - Bimbingan Teknis Kaji Terap Pengembangan Layanan Rujukan KJSU dan



Persiapan KRIS RSUD MT Wongsonegoro Semarang dan Kaji Terap dan Praktek Audit SPI di RSUD Wongsonegara (SPI Level 3)

- *Global Health Indonesia Summit, Conference and Award 2025*
- Workshop Manajemen Risiko (Optimalisasi Manajemen Risiko di Rumah Sakit Mewujudkan Tata Kelola yang Transparan dan Akuntabel)
- *Obgyn Expert-dition-uncovering new approaches in C-Sections*
- Seminar Ilmiah "*Blood Safaety and Quality*"
- Kegiatan Ilmiah "Program Pengembangan Pendidikan Keprofesian Berkelanjutan (P2KB) "Cardio Pulmonary Reinforcement 2025"
- Pelatihan Hybrid Pelayanan Darah yang aman dan bermutu di BDRS
- Workshop Diagnosis dan tatalaksana Hemofilia pada Dewasa dan anak
- Training & Sertifikasi Penanggungjawab Pengelolaan Limbah PLB3
- Pelatihan Pengelolaan Diabetes Melitus pada anak dan dewasa tingkat dasar bagi dokter spesialis anak

Untuk mempertahankan nilai akreditasi Paripurna RSUD Mohammad Natsir terus melakukan usaha-usaha perbaikan diantaranya:

1. Menyusun perencanaan perbaikan strategi dari hasil penilaian akreditasi
2. Melakukan monitoring dan evaluasi atas capaian hasil akreditasi seperti pelatihan- pelatihan serta pemanfaatan sarana dan prasarana yang ada di Rumah Sakit
3. Melakukan tindaklanjut dari monitoring dan evaluasi atas capaian hasil akreditasi hambatan yang dialami

9. Analisis Atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Berdasarkan jumlah anggaran tahun 2025 sebesar Rp. 2.427.128.027,- terealisasi sebesar Rp. 2.343.361.000,- atau (96,55%), hal ini menunjukkan dalam pencapaian sasaran tersebut terdapat sisa penggunaan anggaran sebesar Rp. 83.767.027,- (3,45%). Jika membandingkan antara capaian indikator kinerja dengan realisasi anggaran diketahui bahwa capaian indikator kinerja pada sasaran Meningkatnya Kualitas Layanan Rumah Sakit (100%) lebih tinggi dari realisasi anggaran (96,55%)

Berdasarkan rumus perhitungan tingkat efisiensi Peraturan Meteri Keuangan Republik Indonesia Nomor 22/PMK.02/2021, maka diperoleh tingkat efisiensi untuk indikator kinerja akreditasi rumah sakit sebagai berikut:

Tabel 3.9
Nilai Efisiensi Sasaran Strategis 1
Indikator Akreditasi Rumah Sakit

Sasaran Strategis	Anggaran	Realisasi Anggaran	Rata-rata Capaian Indikator per Sasaran	Efisiensi Kinerja	Nilai Efisiensi (Konversi Nilai efisiensi skala 0-100%)
				$\frac{((\text{Anggaran} \times \text{Rata2 Capaian}) - \text{Realisasi Anggaran}) : \text{Anggaran}}{\text{Anggaran}} \times 100\%$	$NE = 50\% + (\text{Efisiensi Kinerja} / 20 * 50)$
Sasaran Strategis 1: Meningkatnya Kualitas Layanan Rumah Sakit	2.427.128.027	2.343.361.000	99,74%	0,03	57,98%

$$\text{Nilai Efisiensi (NE)} = \frac{(\text{Pagu Anggaran} \times \text{Capaian Kinerja}) - \text{Realisasi Anggaran}}{\text{Pagu Anggaran}} \times 100\%$$

$$= \frac{(2.427.128.027 \times 99,74\%) - 2.343.361.000}{2.427.128.027} \times 100\%$$

$$= 0,03$$

$$= 50\% + (\text{Efisiensi Kinerja} / 20 * 50)$$

$$= \mathbf{57,98\%}$$

Nilai Efisiensi (Konversi Nilai Efisiensi Skala 0 – 100%) = **57,98%**

10. Analisis Program/Kegiatan yang menunjang Keberhasilan atau Kegagalan Pencapaian Pernyataan Kinerja

Untuk mencapai sasaran Meningkatkan Kualitas Layanan Rumah Sakit terdapat 2 Indikator Kinerja yaitu Akreditasi Rumah Sakit dan Indeks Kepuasan Masyarakat dengan melaksanakan 1 Program (Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat) dengan 1 kegiatan (Penyediaan Fasilitas Pelayanan, Sarana dan Prasarana dan Alat Kesehatan untuk Upaya Kesehatan Perorangan Rujukan, Upaya Kesehatan Masyarakat dan Upaya Kesehatan Masyarakat Rujukan Tingkat Daerah Provinsi) dan 1 subkegiatan (pengembangan Rumah Sakit).

Capaian indikator akreditasi didukung oleh program, kegiatan dan subkegiatan yang berasal dari dana DAK dan APBD Provinsi Sumatera Barat tahun 2025



sebesar Rp. 2.427.128.027- pelaksanaan program dan kegiatan tersebut sudah sesuai dengan efektif mencapai Meningkatnya Kualitas Layanan Rumah Sakit, rincian anggaran dan realisasi anggaran pendukung Sasaran I

B. Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)

1. Indikator Kinerja yang Digunakan

Undang-Undang Nomor 25 tahun 2009 tentang pelayanan publik Bab I Pasal 1 menjelaskan bahwa pelayanan publik adalah kegiatan atau rangkaian kegiatan dalam rangka pemenuhan kebutuhan pelayanan sesuai dengan peraturan perundang-undangan, bagi setiap warga negara dan penduduk atas barang dan jasa, dan/atau pelayanan administratif yang disediakan oleh penyelenggara pelayanan publik. Hal tersebut mempertegas bahwa pelayanan publik menjadi tanggungjawab pemerintah kepada masyarakat, baik pelayanan dalam bentuk administratif publik, jasa publik, maupun barang publik.

Pelayanan publik yang diberikan harus berkualitas. Kualitas pelayanan publik dapat dilihat dari sejauhmana pelayanan publik yang diselenggarakan pemerintah dapat memenuhi harapan dan tuntutan masyarakat terhadap pelayanan publik itu sendiri. Kualitas layanan publik menjadi salah satu indikasi terselenggaranya pemerintah yang baik.

Berdasarkan hal tersebut, “Meningkatnya Kualitas Layanan Rumah Sakit” ditetapkan sebagai sasaran pertama yang harus dicapai oleh RSUD Mohammad Natsir untuk mencapai tujuan meningkatnya derajat kesehatan perorangan. Sasaran meningkatnya kualitas layanan rumah sakit diukur dengan menggunakan indikator kinerja “Indeks Kepuasan Masyarakat”. Indeks Kepuasan Masyarakat menunjukkan sejauhmana persepsi masyarakat terhadap layanan publik yang diberikan oleh RSUD Mohammad Natsir yang diukur dengan melihat rata-rata hasil survey kepuasan masyarakat.

Nilai Indeks Kepuasan Masyarakat RSUD Mohammad Natsir Tahun 2025 merupakan hasil *Survey* dari Lembaga Independen yaitu Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat (LPPM) Universitas Andalas. *Survey* dilakukan dari Agustus-Oktober 2025.

Tabel 3.10

Sasaran Strategis dan Indikator Kinerja

SASARAN STRATEGIS (1)	INDIKATOR KINERJA (2)	TARGET
Meningkatnya Kualitas Layanan Rumah Sakit	Indeks Kepuasan Masyarakat	97,46%

2. Dasar Penetapan Target Indikator Kinerja

RSUD Mohammad Natsir sebagai Perangkat Daerah Provinsi Sumatera Barat yang menyelenggarakan tugas pokok dalam bidang kesehatan telah menetapkan target indikator kinerja untuk Indeks Kepuasan Masyarakat tahun 2025 sebesar 97,46 %. Dasar penetapan target ini berdasarkan realisasi tahun lalu yang melebihi dari target Renstra RSUD Mohammad Natsir 2025.

3. Perbandingan Antara Target dan Realisasi Kinerja Tahun 2025 dilengkapi dengan cara menghitung/mengukur realisasi serta data dukung penjelasan realisasi

Tabel 3.11
Perbandingan Target dan Realisasi Kinerja Tahun 2025

INDIKATOR KINERJA	TAHUN 2025		
	TARGET	REALISASI	CAPAIAN
Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)	97,46 %	96,97 %	99,49%

Sumber Data: Hasil *Survey* IKM Tahun 2025

Dari tabel 3.11 diatas dapat diketahui bahwa capaian indikator kinerja Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) RSUD Mohammad Natsir Tahun 2025 sebesar 96,97%. Kondisi ini memberikan gambaran bahwa Capaian Indikator Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) RSUD Mohammad Natsir Tahun 2025 sangat tinggi. Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) adalah hasil pengukuran dari kegiatan *Survey* Kepuasan Masyarakat berupa angka.dengan persamaan :

$$\frac{\text{Rerata Nilai Persepsi Pelayanan Pasien}}{\text{Rerata Nilai Harapan Pasien (Total Unsur Terisi)}} \times 100\%$$



1. Interval 25,00 - 64,99 : mutu pelayanan tidak baik atau D
2. Interval 65,00 - 76,60 : mutu pelayanan kurang baik atau C
3. Interval 76,00 - 88,30 : mutu pelayanan baik atau B
4. Interval 88,00 - 100.0 : mutu pelayanan sangat baik atau A

Proses, Lokasi dan Waktu Pelaksanaan Survey Kepuasan Masyarakat

Survey Tingkat Kepuasan Pasien di RSUD Mohammad Natsir dilakukan oleh Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat (LPPM) Universitas Andalas yang dilaksanakan pada bulan Agustus sampai Oktober. Desain penelitian ini adalah deskriptif kuantitatif yaitu mendeskripsikan temuan kuantitatif dari hasil survey kepuasan pasien (Sugiyono, 2017). Kepuasan Pasien diukur Berdasarkan Survey yang menggunakan 2 metode yaitu Permeplan Nomor 14 Tahun 2017 dan metode *survqual* pada SPM-RS yang terdiri dari 6 dimensi pelayanan yaitu kehandalan (*Reliability*), *Ketanggapan (Responsiveness)*, Keterjaminan (*Assurance*), *Empati (Empathy)*, *Keberwujudan (Tangibles)* dan Kinerja Manajemen Pelayanan (*Management Performance*). Adapun kriteria dalam pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan mempertimbangkan kriteria inklusi dan eksklusi, untuk kriteria inklusi mempertimbangkan usia, bersedia menjadi responden penelitian dan sudah pernah mendapatkan pelayanan sebelumnya (minimal kedatangan ke-2) serta kriteria eksklusi dengan mempertimbangkan telah terpilih sebagai sampel penelitian pada survey ini di Instansi/unit lain atau di unit yang sama di RSUD Mohammad Natsir serta mengalami hambatan komunikasi.

Penelitian dilakukan pada Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Rawat Inap dan Instalasi Penunjang. Pada Instalasi Rawat Jalan, survey dilakukan pada 17 Poliklinik, Poliklinik yang disurvei adalah klinik anak, klinik bedah, Klinik Geriatri, Klinik Gigi, Klinik Gigi Bedah Mulut, Klinik Interne, Klinik Jantung, Klinik Jiwa, Klinik Kebidanan, Klinik Kulit & Kelamin, Klinik Klinik Mata, Klinik Klinik Orthopedi, Klinik Paru, Klinik Saraf, dan Klinik THT, Klinik Onkologi dan Klinik Gastrologi.

Survey yang dilakukan pada Instalasi Rawat Inap yaitu pada 17 Bangsal. Bangsal yang disurvei adalah Bangsa Anak, Bangsa Bedah, Bangsa Gigi Bedah Mulut, Bangsa CVCU, Bangsa ICU, Bangsa HCU, Bangsa Interne, Bangsa Jantung, Bangsa Neurologi, Bangsa Paru, Bangsa Psikiatri, Pusako, Sarunai,

Bangsasl THT, KulitKelamin dan Mata dan Bangsal Kebidanan serta Bangsal Perinatologi. Untuk Bangsal Kebidanan dan Perinatologi dilakukan pengolahan data dan analisis tersendiri karena memiliki indikator yang berbeda dengan indikator layanan rawat inap. Setiap klinik rawat jalan dideskripsikan Tingkat kepuasannya. Setiap bangsal juga diuraikan tingkat kepuasannya, namun untuk bangsal THT, kulit kelamin dan Mata diuraikan menjadi satu kesatuan karena berada di bawah satu manajemen kepala ruang.

Survey Kepuasan Masyarakat Pada Instalasi Penunjang dilakukan pada 5 unit penunjang layanan Kesehatan. Unit tersebut adalah Unit Rehabilitasi Medik/Fisioterapi, Unit Pelayanan Hemodialisis, Instalasi Laboratorium, Unit Radiologi, dan Instalasi Farmasi. Lima intalasi penunjang selain hemodialisis mempunyai indikator kepuasan tersendiri. Sedangkan indikator kepuasan Masyarakat untuk layanan hemodialisis tidak tertuang di dalam SPM-RS, namun kami mengambil patokan dengan nilai yang sama dengan Instalasi Penunjang lainnya yaitu $\geq 80\%$.

Definisi Operasional

Adapun definisi operasional dari variabel yang diteliti disesuaikan dengan metode survey yaitu Metode Permenpan dan Metode *Servqual* sebagai berikut:

Defenisi Operasional Kepuasan Menurut Metode Permenpan

1. Persyaratan

Definisi : Persyaratan yang harus dipenuhi dalam pengurusan suatu jenis pelayanan, baik persyaratan teknis maupun administratif di RSUD Mohammad Natsir

Skala Ukur : *Rating Scale*

Alat Ukur : Kuisisioner

Hasil Ukur :

- 1 = Tidak Sesuai
- 2 = Kurang Sesuai
- 3 = Sesuai
- 4 = Sangat Sesuai



2. Persyaratan Pelayanan

Definisi: Tata cara pelayanan yang dilakukan bagi pemberi dan penerima pelayanan termasuk pengaduan di RSUD Mohammad Natsir

Skala Ukur : *Rating Scale*

Alat Ukur : Kuisisioner

Hasil Ukur :

- 1 = Tidak Mudah
- 2 = Kurang Mudah
- 3 = Mudah
- 4 = Sangat Mudah

3. Waktu Penyelesaian

Definisi: Jangka waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan seluruh proses pelayanan dari setiap jenis pelayanan di RSUD Mohammad Natsir

Skala Ukur : *Rating Scale*

Alat Ukur : Kuisisioner

Hasil Ukur :

- 1 = Tidak Cepat
- 2 = Kurang Cepat
- 3 = Cepat
- 4 = Sangat Cepat

4. Biaya/Tarif

Definisi: Pengorbanan biaya pada penerima layanan dalam mengurus dan/atau memperoleh pelayanan kesehatan di RSUD Mohammad Natsir

Skala Ukur : *Rating Scale*

Alat Ukur : Kuisisioner

Hasil Ukur :

- 1 = Sangat Mahal
- 2 = Cukup Mahal
- 3 = Murah
- 4 = Gratis

5. Biaya/Tarif

Definisi: Hasil pelayanan yang diberikan dan diterima sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan. Produk pelayanan ini merupakan hasil dari setiap spesifikasi jenis pelayanan di RSUD Mohammad Natsir

Skala Ukur : *Rating Scale*

Alat Ukur : Kuisisioner

Hasil Ukur :

- 1 = Tidak Sesuai
- 2 = Kurang Sesuai
- 3 = Sesuai
- 4 = Sangat Sesuai

6. Kompetensi Pelaksana

Definisi: Kompetensi pelaksana adalah kemampuan yang harus dimiliki oleh pelaksana pelayanan meliputi pengetahuan, keahlian, keterampilan dan pengalaman di RSUD Mohammad Natsir

Skala Ukur : *Rating Scale*

Alat Ukur : Kuisisioner

Hasil Ukur :

- 1 = Tidak Kompeten
- 2 = Kurang Kompeten
- 3 = Kompeten
- 4 = Sangat Kompeten

7. Perilaku Pelaksana

Definisi: Sikap petugas dalam memberikan pelayanan di RSUD Mohammad Natsir

Skala Ukur : *Rating Scale*

Alat Ukur : Kuisisioner

Hasil Ukur :

- 1 = Tidak Sopan dan Ramah
- 2 = Kurang Sopan dan Ramah
- 3 = Sopan dan Ramah
- 4 = Sangat Sopan dan Ramah

8. Penanganan, Pengaduan, Saran dan Masukan

Definisi: Tata cara pelaksanaan penanganan pengaduan dan tindak lanjutnya di RSUD Mohammad Natsir

Skala Ukur : *Rating Scale*

Alat Ukur : Kuisisioner

Hasil Ukur :

- 1 = Tidak Ada
- 2 = ada tetapi tidak berfungsi
- 3 = Berfungsi kurang maksimal
- 4 = Dikelola dengan baik

9. Sarana dan Prasarana

Definisi: Segala sesuatu yang digunakan untuk mendukung pelayanan berupa benda yang dapat digerakkan (peralatan) maupun yang tidak dapat digerakkan (bangunan, lift) di RSUD Mohammad Natsir

Skala Ukur : *Rating Scale*

Alat Ukur : Kuisisioner

Hasil Ukur :

- 1 = Buruk
- 2 = Cukup
- 3 = Baik
- 4 = Sangat Baik

Defenisi Operasional Kepuasan Menurut Metode *Servqual*

Parasuraman menyatakan bahwa kepuasan pasien diukur berdasarkan 5 dimensi mutu pelayanan yaitu *Reliability*, *Responsiveness*, *Assurance* dan *Empathy*. Kelima dimensi tersebut dijelaskan sebagai berikut (Supranto, 2013)

1. *Realibility* (Keandalan) adalah kemampuan RSUD Mohammad Natsir untuk memberikan pelayanan kesehatan yang dijanjikan dengan tepat dan terpercaya. Pada survey ini, *Realibility* dinilai 4 pertanyaan yaitu:
 - a. Prosedur penerimaan pasien yang cepat dan tepat
 - b. Pelayanan, pemeriksaan dan pengobatan yang cepat dan tepat
 - c. Jadwal pelayanan dijalankan dengan tepat
 - d. Prosedur pelayanan tidak berbelit-belit



2. *Responsiveness* (Keresponsifan) adalah kemampuan untuk membantu pasien/keluarga dan memberikan pelayanan kesehatan dengan cepat tanggap di RSUD Mohammad Natsir. Pada Survey ini *Responsiveness* dinilai 3 pertanyaan, yaitu:
 - a. Kemampuan petugas kesehatan untuk cepat tanggap menyelesaikan keluhan pasien
 - b. Petugas memberikan informasi yang jelas dan mudah dimengerti
 - c. Tindakan cepat pada saat pasien membutuhkan
3. *Assurance* (Keterpercayaan) adalah kepercayaan, keyakinan pasien/keluarga terhadap pengetahuan, kesopanan serta kemampuan tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan. Pada survey ini, *Assurance* dinilai dengan 4 pertanyaan yaitu:
 - a. Pengetahuan dan kapasitas petugas pelayanan kesehatan
 - b. Keterampilan petugas kesehatan dalam bekerja
 - c. Petugas kesehatan sopan dan ramah dalam melayani
 - d. Kepercayaan terhadap keamanan pelayanan
4. *Empathy* (empati) adalah kepedulian dan perhatian tenaga pelayanan kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada setiap pasien RSUD Mohammad Natsir. Pada Survey ini *Empathy* dinilai dengan 3 pertanyaan yaitu:
 - a. Memberikan perhatian secara khusus pada setiap pasien
 - b. Perhatian terhadap keluhan pasien/keluarga
 - c. Pelayanan tanpa membedakan status sosial ekonomi dan lainnya
5. *Tangibles* (berwujud) adalah penampilan fasilitas fisik, peralatan, media komunikasi dan pemberi pelayanan di RSUD Mohammad Natsir, pada survey ini, *Tangible* dinilai dengan 4 pertanyaan yaitu:
 - a. Kebersihan, kerapian, kenyamanan lingkungan
 - b. Penataan eksterior dan interior ruangan
 - c. Kelengkapan, Kesiapan dan Kebersihan alat-alat yang dipakai
 - d. Kerapian dan kebersihan penampilan petugas kesehatan

Berdasarkan kelima dimensi *Servqual*, maka dilakukan penilaian Tingkat Harapan (kepentingan) dan Tingkat Persepsi (pelayanan) yang diukur secara *Rating Scale* dengan 7 nilai gradasi (1-7) sebagai berikut:



Pada Kolom Ekspektasi

- STB : Sangat Tidak Baik (=1)
- TB : Tidak Baik (=2)
- ATB : Agak Tidak Baik (=3)
- N : Netral (=4)
- AB : Agak Baik (=5)
- B : Baik (=6)
- SB : Sangat Baik (=7)

Pada Persepsi Pelayan

- STB : Sangat Tidak Baik (=1)
- TB : Tidak Baik (=2)
- ATB : Agak Tidak Baik (=3)
- N : Netral (=4)
- AB : Agak Baik (=5)
- B : Baik (=6)
- SB : Sangat Baik (=7)

Data Hasil Survey Sesuai Formulasi Perhitungan Realisasi

Berdasarkan survey yang dilakukan oleh tim Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat (LPPM) Universitas Andalas maka diperoleh hasil nilai IKM, Mutu Pelayanan dan Pemenuhan SPM Tahun 2025 sebagai berikut

Tabel 3.12

Rekap IKM, Mutu Kinerja dan Pemenuhan SPM antar Instalasi RSUD Mohammad Natsir dengan Menggunakan Metode PERMENPAN dan Metode SERVQUAL

No	Lokasi	Metode PERMENPAN			Metode SERVQUAL	
		IKM	Mutu Pelayanan	Kinerja Pelayanan	Tingkat Kepuasan	Pemenuhan SPM
1	IGD	89,97	A	Sangat Baik	96,4	Memenuhi
2	IRJ	89,07	A	Sangat Baik	96,7	Memenuhi
3	IRNA	89,45	A	Sangat Baik	98,4	Memenuhi
4	Pers-Perina	91,55	A	Sangat Baik	98,3	Memenuhi
5	Farmasi	88,69	A	Sangat Baik	95,6	Memenuhi
6	R.Medis	88,07	B	Baik	99,6	Memenuhi



7	Laboratorium	87,65	B	Baik	94,3	Memenuhi
8	Radiologi	87,48	B	Baik	94,5	Memenuhi
9	Hemodialisis	93,81	A	Sangat Baik	99,1	Memenuhi
Nilai Kepuasan		89,17	A	Sangat Baik	96,97	Memenuhi

Sumber : Hasil Olahan Data Survey IKM oleh LPPM Unand Tahun 2025

Berdasarkan Tabel diatas dapat diketahui bahwa survey nilai IKM dan tingkat kepuasan masyarakat khususnya pasien yang menggunakan jasa kesehatan pada 9 lokus instalasi RSUD Mohammad Natsir tahun 2025 menunjukkan tingkat kepuasan yang sangat baik dengan perolehan angka 96,97

Berikut rincian Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM), Mutu Pelayanan dan Kinerja Pelayanan, Pemenuhan Standar Pelayanan Minimum (SPM) Antar Poliklinik Instalasi Rawat Jalan di RSUD Mohammad Natsir Tahun 2025

Tabel 3.13
Rekap IKM, Mutu Kinerja dan Pemenuhan SPM antar Poliklinik Instalasi Rawat Jalan RSUD Mohammad Natsir dengan Menggunakan Metode PERMENPAN dan Metode SERVQUAL

No	Lokasi	Metode PERMENPAN			Metode SERVQUAL	
		Nilai IKM	Mutu Pelayanan	Kinerja Pelayanan	Tingkat Kepuasan	Pemenuhan SPM
1	Klinik Anak	88,14	B	Baik	97,21	Memenuhi
2	Klinik Bedah	89,71	A	Sangat Baik	98,43	Memenuhi
3	Klinik Geriatri	90,16	A	Sangat Baik	96,85	Memenuhi
4	Klinik Gigi	89,30	A	Sangat Baik	94,88	Memenuhi
5	Klinik Gigi Bedah Mulut	88,67	A	Sangat Baik	94,34	Memenuhi
6	Klinik Interne	91,61	A	Sangat Baik	95,94	Memenuhi
7	Klinik Jantung	88,46	A	Sangat Baik	96,39	Memenuhi
8	Klinik Kebidanan	87,30	B	Baik	94,85	Memenuhi
9	Klinik Jiwa	89,49	A	Sangat Baik	96,79	Memenuhi
10	Klinik Kulit, Kelamin	89,82	A	Sangat Baik	95,77	Memenuhi
11	Klinik Mata	89,8	A	Sangat Baik	95,72	Memenuhi
12	Klinik Ortopedi	88,43	A	Sangat Baik	99,09	Memenuhi
13	Klinik Paru	88,17	B	Baik	95,67	Memenuhi
14	Klinik Syaraf	88,2	B	Baik	95,65	Memenuhi
15	Klinik THT	84,34	B	Baik	94,69	Memenuhi
Nilai IRJ		89,07	A	Sangat Baik	96,67	Memenuhi



Berdasarkan Tabel diatas dapat diketahui bahwa survey IKM dan tingkat kepuasan masyarakat khususnya pasien yang menggunakan jasa kesehatan pada 15 klinik RSUD Mohammad Natsir tahun 2025 menunjukkan tingkat kepuasan yang sangat baik dengan perolehan angka 96,67. Hal ini mencerminkan bahwa RSUD Mohammad Natsir dipercaya dalam pemberian pelayanan bagi masyarakat khusus pasien yang memakai jasa kesehatan dan medis RSUD Mohammad Natsir.

Berikut rincian Nilai Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM), Mutu Pelayanan dan Kinerja Pelayanan, Pemenuhan Standar Pelayanan Minimum (SPM) Antar Bangsal Intalasi Rawat Inap di RSUD Mohammad Natsir Tahun 2025.

Tabel 3.14

Rekap IKM, Mutu Kinerja dan Pemenuhan SPM antar Bangsal Rawat Inap RSUD Mohammad Natsir dengan Menggunakan Metode PERMENPAN dan Metode SERVQUAL

No	Lokasi	Metode PERMENPAN			Metode SERVQUAL	
		Nilai IKM	Mutu Pelayanan	Kinerja Pelayanan	Tingkat Kepuasan	Pemenuhan SPM
1	Ranap Anak	88,51	A	Sangat Baik	98,73	Memenuhi
2	Ranap Bedah	88,94	A	Sangat Baik	97,73	Memenuhi
3	Ranap CVCU	96,75	A	Sangat Baik	99,92	Memenuhi
4	Ranap Gigi Bedah Mulut	87,52	B	Baik	100	Memenuhi
5	Ranap ICU	95	A	Sangat Baik	99,73	Memenuhi
6	Ranap HCU	82,54	B	Baik	89,3	Memenuhi
7	Ranap Interne	90,82	A	Sangat Baik	99,26	Memenuhi
8	Ranap Jantung	87,95	B	Baik	99,22	Memenuhi
9	Ranap Kebidanan	92,18	A	Sangat Baik	97,86	Memenuhi
10	Ranap Perinatologi	90,92	A	Sangat Baik	99,81	Memenuhi
11	Ranap Mata	86,80	B	Baik	95,94	Memenuhi
12	Ranap THT	86,80	B	Sangat Baik	95,94	Memenuhi
13	Ranap Syaraf	89,88	A	Sangat Baik	99,42	Memenuhi
14	Ranap Paru	90,98	A	Baik	93,67	Memenuhi
15	Ranap Psikiatri	86,7	B	Baik	94,02	Memenuhi
16	Ranap Pusako	89,21	A	Sangat Baik	98,24	Memenuhi
17	Ranap Sarunai	91,43	A	Sangat Baik	97,81	Memenuhi
Nilai IRNA		89,45	A	Sangat Baik	98,36	

Hasil Pengukuran Survey Yang Diformulasikan Ke Rumus Perhitungan Realisasi

Berikut Hasil IKM, Mutu dan Kinerja Pelayanan RSUD Mohammad Natsir Tahun 2025 Berdasarkan Metode Permenpan

Tabel 3.15

Rincian Hasil IKM, Mutu dan Kinerja Pelayanan

RSUD Mohammad Natsir Tahun 2025 Berdasarkan Metode Permenpan

No	Pertanyaan	Nilai Rerata	NRR Tertimbang	IKM	Mutu Pelayanan	Kinerja Pelayanan
I	Dimensi <i>Realibility</i>					
1	Kesesuaian Persyaratan administrasi dengan jenis pelayanan	3,57	0,12	89,19	A	Sangat Baik
2	Kemudahan Prosedur Pelayanan	3,57	0,12	89,29	A	Sangat Baik
3	Kesesuaian hasil pelayanan dengan standar pelayanan	3,57	0,12	89,15	A	Sangat Baik
4	Ketepatan waktu pelayanan dengan jadwal yang telah ditetapkan	3,51	0,12	87,79	B	Baik
5	Kemudahan informasi layanan untuk dipahami (alur, prosedur, petunjuk)	3,57	0,12	89,37	A	Sangat Baik
II	Dimensi <i>Responsiveness</i>					
6	Ketanggapan petugas saat penerimaan pasien	3,59	0,12	89,78	A	Sangat Baik
7	Kecepatan petugas dalam menyelesaikan proses penerimaan pasien	3,57	0,12	89,36	A	Sangat Baik
8	Ketanggapan dalam mengatasi keluhan pasien	3,59	0,12	89,66	A	Sangat Baik
9	Kecepatan tindakan pelayanan saat dibutuhkan pasien	3,56	0,12	89,10	A	Sangat Baik
10	Kecepatan petugas dalam menyelesaikan administrasi setelah pelayanan	3,55	0,12	88,87	A	Sangat Baik
III	Dimensi <i>Assurance</i>					
11	Kesesuaian pelayanan dengan perkembangan teknologi Pelayanan	3,53	0,12	88,19	B	Baik
12	Keterampilan petugas dalam administrasi pelayanan	3,58	0,12	89,40	A	Sangat Baik
13	Kompetensi petugas dalam pelayanan Kesehatan	3,58	0,12	89,49	A	Sangat Baik
14	Kecanggihan peralatan yang Digunakan	3,54	0,12	88,43	A	Sangat Baik
15	Perasaan nyaman ketika dilayani petugas kesehatan	3,60	0,12	89,90	A	Sangat Baik



IV Dimensi Empathy						
16	Perhatian petugas terhadap keluhan pasien	3,58	0,12	89,62	A	Sangat Baik
17	Perhatian petugas kepada satu per-satu pasien sesuai kondisinya	3,58	0,12	89,44	A	Sangat Baik
18	Keadilan pelayanan tanpa memandang kelas sosial/ekonomi/kolega/kekeraban dengan pasien, dll	3,57	0,12	89,13	A	Sangat Baik
19	Keramahan komunikasi petugas pelayanan	3,56	0,12	89,10	A	Sangat Baik
20	Kesopanan perilaku petugas pelayanan	3,58	0,12	89,42	A	Sangat Baik
IV Dimensi Tangibles						
21	Kebersihan ruangan pelayanan	3,55	0,12	88,77	A	Sangat Baik
22	Kenyamanan ruangan pelayanan	3,54	0,12	88,57	A	Sangat Baik
23	Kelengkapan peralatan Pelayanan	3,56	0,12	89,02	A	Sangat Baik
24	Kesiapan peralatan pelayanan untuk digunakan	3,57	0,12	89,25	A	Sangat Baik
25	Kebersihan penampilan petugas Pelayanan	3,62	0,12	90,55	A	Sangat Baik
VI Dimensi Management Performance						
26	Kualitas prasarana layanan di RSUD (bangunan, ruang tunggu, toilet, musholla, tangga/lift, parkir,dll	3,51	0,12	87,86	B	Baik
27	Penanganan Keluhan Pelanggan di RSUD ini	3,54	0,12	88,52	A	Sangat Baik
28	Upaya peningkatan kualitas pelayanan pelanggan di RSUD ini	3,51	0,12	87,77	B	Baik
29	Upaya Promosi yang dilakukan RSUD	3,46	0,12	86,62	B	Baik
30	Tambahan biaya pelayanan di RSUD ini	3,79	0,12	94,63	A	Sangat Baik
Rata-rata (Total rerata=100%)		3,57	0,12	89,17	A	Sangat Baik

Berdasarkan tabel 3.15 terlihat bahwa nilai rerata kepuasan Masyarakat per atribut pertanyaan kepuasan adalah 3,57 (Skala 4). Nilai Indeks Kepuasan Masyarakat adalah 89,17 (Skala 100). Rerata Mutu Pelayanan Masyarakat di RSUD M. Natsir dengan nilai A dan Kinerja Pelayanan pada kategori “Sangat Baik”.

Terdapat beberapa atribut kepuasan masyarakat dengan nilai kepuasan melebihi 89,66 dengan Mutu Pelayanan “A” dan Kinerja Pelayanan “Sangat Baik” yaitu:

- a. Ketanggapan petugas penerimaan pasien (Atribut 6)
- b. Ketanggapan dalam mengatasi keluhan (Atribut 8)
- c. Perasaan nyaman ketika dilayani petugas kesehatan (Atribut 15)
- d. Kebersihan penampilan petugas (Atribut 25)
- e. Tambahan biaya pelayanan (Atribut 30)

Terdapat satu atribut pelayanan dengan nilai terendah (86,62) yaitu; Upaya Promosi yang dilakukan RSUD (Atribut 29). Atribut dengan Nilai Mutu Pelayanan “A” dan Kinerja Pelayanan “Sangat Baik” perlu untuk dipertahankan di masa yang akan datang. Atribut dengan Nilai Mutu Pelayanan “B” dan Kinerja Pelayanan “Baik” agar dapat dipertahankan dan bahkan ditingkatkan pelayanannya menjadi mutu “A” dan Kinerja Pelayanan “Sangat Baik”. Atribut dengan nilai Mutu “C” dengan Kinerja Pelayanan “Kurang Baik” serta atribut dengan nilai Mutu “D” dengan Kinerja Pelayanan “Tidak Baik”, kedepan perlu untuk segera dievaluasi dan dilakukan perbaikan berkelanjutan.

Berikut Hasil Tingkat Kepuasan Pelanggan dan Pemenuhan SPM RSUD Mohammad Natsir Tahun 2025 Berdasarkan Metode Servqual

Tabel 3.16

**Rincian Tingkat Kepuasan Pelanggan dan Pemenuhan SPM
RSUD Mohammad Natsir Tahun 2025 Berdasarkan Metode Servqual**

No	Pertanyaan	Ekspektasi		Pelayanan		Tingkat Kepuasan	
		Nilai	TCR	Nilai	TCR	Servqual (%)	Pemenuhan SPM
I	Dimensi <i>Reliability</i>						
1	Kesesuaian Persyaratan administrasi dengan jenis pelayanan	7010	92%	6805	89%	97%	Memenuhi
2	Kemudahan Prosedur Pelayanan	7014	92%	6813	89%	97%	Memenuhi
3	Kesesuaian hasil pelayanan dengan standar pelayanan	7000	92%	6802	89%	97%	Memenuhi
4	Ketepatan waktu pelayanan dengan jadwal yang telah ditetapkan	6995	92%	6698	88%	96%	Memenuhi
5	Kemudahan informasi layanan untuk dipahami (alur, prosedur, petunjuk)	7007	92%	6819	89%	97%	Memenuhi
II	Dimensi <i>Responsiveness</i>						
6	Ketanggapan petugas saat penerimaan pasien	7008	92%	6850	90%	98%	Memenuhi



7	Kecepatan petugas dalam menyelesaikan proses penerimaan pasien	7006	92%	6818	89%	97%	Memenuhi
8	Ketanggapan dalam mengatasi keluhan pasien	7015	92%	6841	90%	98%	Memenuhi
9	Kecepatan tindakan pelayanan saat dibutuhkan pasien	7007	92%	6798	89%	97%	Memenuhi
10	Kecepatan petugas dalam menyelesaikan administrasi setelah pelayanan	7003	92%	6781	89%	97%	Memenuhi
III	Dimensi Assurance						
11	Kesesuaian pelayanan dengan perkembangan teknologi Pelayanan	6966	91%	6729	88%	97%	Memenuhi
12	Keterampilan petugas dalam administrasi pelayanan	6983	92%	6821	89%	98%	Memenuhi
13	Kompetensi petugas dalam pelayanan Kesehatan	6994	92%	6828	89%	98%	Memenuhi
14	Kecanggihan peralatan yang digunakan	6996	92%	6747	88%	96%	Memenuhi
15	Perasaan nyaman ketika dilayani petugas kesehatan	7010	92%	6859	90%	98%	Memenuhi
IV	Dimensi Empathy						
16	Perhatian petugas terhadap keluhan pasien	7006	92%	6838	90%	98%	Memenuhi
17	Perhatian petugas kepada satu per-satu pasien sesuai kondisinya	7009	92%	6824	89%	97%	Memenuhi
18	Keadilan pelayanan tanpa memandang kelas sosial/ekonomi/kolega/kekeraban dengan pasien, dll	6991	92%	6801	89%	97%	Memenuhi
19	Keramahan komunikasi petugas pelayanan	7008	92%	6798	89%	97%	Memenuhi
20	Kesopanan perilaku petugas pelayanan	7034	92%	6823	89%	97%	Memenuhi
V	Dimensi Tangibles						
21	Kebersihan ruangan pelayanan	7009	92%	6773	89%	97%	Memenuhi
22	Kenyamanan ruangan pelayanan	7010	92%	6758	89%	96%	Memenuhi
23	Kelengkapan peralatan Pelayanan	7016	92%	6792	89%	97%	Memenuhi
24	Kesiapan peralatan pelayanan untuk digunakan	7011	92%	6810	89%	97%	Memenuhi
25	Kebersihan penampilan petugas pelayanan	7037	92%	6909	91%	98%	Memenuhi
VI	Dimensi Management Performance						
26	Kualitas prasarana layanan di RSUD (bangunan, ruang tunggu, toilet, musholla, lift, parkir, dll	6992	92%	6704	88%	96%	Memenuhi



27	Penanganan Keluhan Pelanggan di RSUD ini	6990	92%	6754	89%	97%	Memenuhi
28	Upaya peningkatan kualitas pelayanan pelanggan di RSUD ini	6992	92%	6697	88%	96%	Memenuhi
29	Upaya Promosi yang dilakukan RSUD	6977	91%	6609	87%	95%	Memenuhi
30	Tambahan biaya pelayanan di RSUD ini	7394	97%	7220	95%	98%	Memenuhi
Rata-rata (Total rerata=100%)		7016	91,96%	6804	89,17%	96,97%	Memenuhi

Sumber : Kuisioner yang telah diolah (Laporan IKM RSMN tahun 2025)

Tabel diatas menunjukkan tingkat kepuasan pelanggan berdasarkan Metode Servqual di RSUD Mohammad Natsir tahun 2025. Dari tabel tersebut terlihat bahwa 8 dari 30 atribut kepuasan pelanggan, memiliki nilai kepuasan Servqual hampir mendekati maksimal yaitu 98% yaitu atribut nomor 6, 8, 12, 13, 15, 16, 25, dan 30. Sebagian besar atribut memiliki nilai kepuasan Servqual 97% yaitu sebanyak 16 atribut. Kemudian sisanya 6 atribut mendapatkan nilai kepuasan Servqual kurang dari 97%. Nilai Kepuasan Servqual didapatkan dari perbandingan tingkat persepsi dengan tingkat ekpekstasi pada masing-masing atribut kepuasan Masyarakat. Nilai persentase persepsi (TCR persepsi) tertinggi pada atribut nomor 25, “Kebersihan penampilan petugas pelayanan”. Nilai persentase persepsi (TCR persepsi) terendah pada atribut nomor 29, “Upaya Promosi yang dilakukan RSUD”. Tingkat kepuasan pasien per-atribut pelayanan berkisar dari yang terendah 95% dan tertinggi 98%. Rerata tingkat kepuasan pelanggan di RSUD M. Natsir adalah 96,97%. Berdasarkan Kepmenkes No 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimum Rumah Sakit (SPM-RS) dapat disimpulkan bahwa semua atribut pelayanan pasien di RSUD Mohammad Natsir memenuhi indikator kepuasan yang tercantum di dalam SPM-RS.

Berdasarkan 2 uraian dari metode Survey Kepuasan Masyarakat diatas, Untuk tahun 2025 RSUD Mohammad Natsir menggunakan Metode Servqual (*Service Quality*) dalam rangka melihat kepuasan masyarakat dengan hasil sebagai berikut:

$$Indeks Kepuasan Masyarakat = \frac{\text{Rerata Nilai Persepsi Pelayanan Pasien}}{\text{Rerata Nilai Harapan Pasien (Tot Unsur Terisi)}} \times 100\%$$

$$Indeks Kepuasan Masyarakat = \frac{6.804}{7.016} \times 100\%$$

$$Indeks Kepuasan Masyarakat = 96,97\%$$

Adapun dasar RSUD Mohammad Natsir menggunakan metode Serqual daripada metode Permenpan adalah:

1. Metode *Servqual* memberikan gambaran lebih akurat mengenai dimensi pelayanan yang benar-benar kurang memenuhi ekspektasi pengguna, jika Metode Permenpan seringkali focus pada kepuasan terhadap kinerja tanpa membandingkan dengan harapan khusus dari setiap atribut
 2. Kelebihan metode *Servqual* memberikan pendekatan yang memungkinkan peneliti untuk mengidentifikasi kelemahan mendetail di berbagai aspek layanan sedangkan metode Permenpan biasanya mengikuti standar birokrasi yang memungkinkan kurang fleksibel dibandingkan dengan dimensi yang digunakan dan sudah teruji dalam metode *Servqual*
 3. Metode *Servqual* memungkinkan adanya pemetaan dimensi yang membutuhkan tindakan segera berdasarkan tingkat kepentingan dan kinerja nyata sedangkan metode Permenpan umumnya digunakan sebagai alat evaluasi mandiri yang menghasilkan skor akhir tetapi jarang dan bahkan tidak pernah dibandingkan dengan analisis pemetaan strategis
 4. Metode *Servqual* memiliki keunggulan yang mana kuisisioner dapat disesuaikan dengan mudah untuk mengevaluasi interksi khusus antara masyarakat/pasien dengan pihak rumah sakit selaku pemberi layanan
 5. Metode *Servqual* hasil analisis lebih strategis dan membantu dalam memprioritaskan perbaikan
4. **Perbandingan antara Realisasi Kinerja serta Capaian Kinerja Tahun 2025 dengan Tahun Lalu**



Persentase Capaian Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) RSUD Mohammad Natsir dari Tahun 2024 dan 2025 selalu diatas 91%, hal ini dikarenakan RSUD

Mohammad Natsir selalu berkomitmen dan konsisten dalam memberikan pelayanan yang terbaik untuk pasien dan masyarakat yang menggunakan jasa medis di RSUD Mohammad Natsir.

5. **Perbandingan antara Realisasi Kinerja serta Capaian Kinerja Tahun 2025 dengan Jangka Menengah yang terdapat dalam Dokumen Perencanaan Strategi Organisasi**

Tabel 3.17
Perbandingan Realisasi Kinerja Sampai Dengan Tahun 2025
Dengan Target Jangka Menengah (Perencanaan Strategis Organisasi)

INDIKATOR KINERJA	TARGET JANGKA MENENGAH (2026)	TAHUN 2025	
		REALISASI	CAPAIAN
Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)	96 %	96,97 %	101,01%

Sumber Data: Hasil *Survey* IKM Tahun 2025

Jika dibandingkan dengan target jangka menengah yang termuat dalam Renstra RSUD Mohammad Natsir 2021-2026, maka target untuk tahun akhir 2025 nilai IKM sebesar 97,46 % sedangkan realisasi Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) sebesar 96,97% nilai ini sangat tinggi dan sudah melebihi dari target akhir kinerja periode RPJMD. hal ini didukung dengan beberapa usaha yang dilakukan oleh RSUD Mohammad Natsir diantaranya:

1. Optimalisasi/peningkatan layanan:

- (1) Peningkatan pelayanan dengan terus memperbaiki mutu pelayanan, seperti mempermudah pasien dalam pendaftaran *online* (SIMGOS), pengurangan antrian pasien, mengurangi komplek, dan menetapkan jadwal dokter setiap minggunya hal ini dilakukan untuk memberikan pelayanan yang prima terlebih RSUD Mohammad Natsir merupakan rumah sakit regional rujukan III dari RSUD Sawahlunto, RSUD Sijunjung, RSUD Sungai Dareh Kabupaten Dharmasraya, RSUD Asoruka Kabupaten Solok, RSUD Muara Labuh Kabupaten Solok Selatan, RST Kota Solok dan Rumah Sakit Swasta yang berada di wilayah regional III.

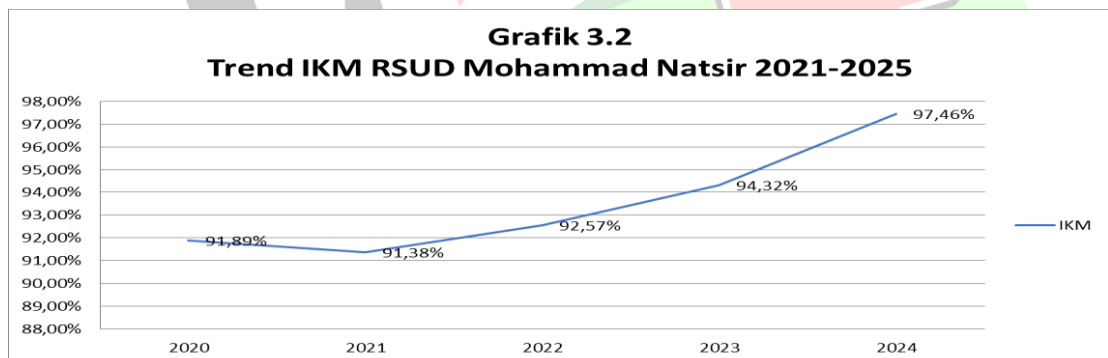
- (2) Peningkatan layanan teknologi informasi rumah sakit dengan menggunakan aplikasi GOS untuk seluruh layanan rawat jalan dan rawat inap.
- (3) Peningkatan kualitas (SDM) melalui pelatihan, magang, bimbingan teknis, dan *workshop* serta dengan menyekolahkan dokter untuk mengambil Sp1, dan Sp2
- (4) Mengoptimalkan layanan rumah sakit
- (5) Mengoptimalkan layanan unggulan yang dimiliki seperti layanan geriatri, hemodialisa, dan layanan jantung intervensi.
- (6) Penambahan bed HD dari 10 menjadi 25 bed

2. Pembukaan Layanan Baru:

- (1) Pembukaan Layanan Bedah Onkologi, Onkologi Paru
 - (2) Pembukaan Layanan Gastroenterologi Hepatologi
3. Perbaikan sarana, prasarana seperti pelaksanaan pekerjaan rehab rawat inap paru, bedah, dan neurologi yang bersumber dari dana DAK dan pelaksanaan pekerjaan rehab ruang *Cytotoxic* untuk layanan kanker dan rehab poli 2 (THT) yang bersumber dari dana BLUD

6. Perkembangan Realisasi Indikator Kinerja Sasaran 5 Tahun Terakhir

Berikut capaian Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) RSUD Mohammad Natsir



Berdasarkan Grafik 3.2 perkembangan indikator Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) RSUD Mohammad Natsir 5 tahun terakhir (2020-2024) dengan capaian indikator kinerja IKM selalu diatas 100%, hal ini dikarenakan RSUD Mohammad Natsir selalu berkomitmen memberikan pelayanan yang terbaik untuk pasien dan masyarakat yang menggunakan jasa medis di RSUD Mohammad Natsir.

7. Perbandingan antara Realisasi Kinerja serta Capaian Kinerja Tahun 2025 dengan Standar Nasional

Menurut Standar Nasional ada 4 kategori interval penilaian Indeks Kepuasan Masyarakat Rumah Sakit

Tabel 3.18
Predikat Survei Kepuasan Masyarakat

Nilai Internal Konversi	Mutu Pelayanan	Kinerja Unit Pelayanan
25,00 – 64,99	D	Tidak Baik
65,00 – 76,60	C	Kurang Baik
76,61 – 88,30	B	Baik
88,31 – 100,0	A	Sangat Baik

Sumber : Permenpan No.14/2017

Berdasarkan tabel 3.18 diatas maka dapat diketahui dengan jelas bahwa capaian Indeks kepuasan masyarakat RSUD Mohammad Natsir tahun 2024 sebesar 97,46% jika dibandingkan dengan internal konversi penilaian standar nasional RSUD Mohammad Natsir telah memenuhi kualitas pelayanan sangat baik dengan mutu pelayanan A, capaian ini tidak terlepas dari komitmen bersama dan konsisten dari seluruh *Civitas Hospitalia* dalam memberikan pelayanan yang terbaik terhadap pasien dan masyarakat.

8. Analisis Penyebab Keberhasilan/Kegagalan atau Peningkatan/Penurunan Kinerja Serta Alternatif Solusi yang telah dilakukan:

Adapun penyebab keberhasilan dan peningkatan kinerja (*Continuous Improvement*) yang dilakukan untuk indikator Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) oleh RSUD Mohammad Natsir selama tahun 2025 dilatar belakangi oleh 2 faktor utama yaitu peningkatan kualitas pelayanan SDM dengan 7 indikator dan Perbaikan Kualitas Pelayanan Sarana dan Prasarana dengan 4 indikator.

1. Peningkatan Kualitas Pelayanan SDM

Kegiatan-kegiatan yang berhubungan dengan peningkatan SDM terus dilaksanakan oleh RSUD Mohammad Natsir, baik secara monitoring dan evaluasi maupun dengan pemberian *reward* dan pembinaan bagi petugas yang langsung memberikan pelayanan kepada pasien. Untuk penilaian evaluasi kinerja yang berhubungan dengan pelayanan dilakukan 6 bulan sekali dengan beberapa indikator pelayanan seperti : penampilan, disiplin, kejujuran, percaya



diri, santun, gotong royong, tanggung jawab rekan kerja, atasan, pribadi dan profesional serta kemampuan melayani pelanggan.

Forum Bersama OPD Rumah Sakit

Forum bersama rumah sakit merupakan kegiatan berkumpul menjadi satu forum, Adapun tujuan forum OPD Rumah Sakit adalah untuk memetakan permasalahan-permasalahan yang ada guna menghasilkan kerjasama yang mampu meningkatkan kapasitas masing-masing rumah sakit selain itu dengan adanya forum OPD rumah sakit ini mampu menghasilkan aturan-aturan serta mekanisme sistem dalam hal Sumber Daya Manusia (SDM), infrastruktur dan teknologi yang dapat diimplementasikan di rumah sakit. Selain itu, dengan adanya forum OPD dapat meningkatkan akses pelayanan dan mutu pelayanan, serta kerjasama bermanfaat kepada semua *stakeholder*, permasalahan-permasalahan lokal bisa diselesaikan dengan lebih cepat guna meningkatkan layanan kesehatan menjadi lebih baik.

Promosi Kesehatan

Penyelenggaraan Promosi Kesehatan Rumah Sakit membutuhkan komitmen dari seluruh pemangku kepentingan yang dilakukan secara terpadu dan berkesinambungan. Komitmen pimpinan rumah sakit merupakan modal utama dalam penyelenggaraan PKRS disertai dengan dukungan mitra-mitra potensial dan sumber daya lainnya. Penguatan peran PKRS sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 44 tahun 2018. Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS) adalah upaya Rumah Sakit untuk mengedukasi, mengajak, mempromosikan dan juga memberitahu kepada masyarakat yang berobat memahami kondisi sakit mereka, meningkatkan kemampuan pasien, klien dan kelompok masyarakat sehingga pasien dapat mandiri dalam mempercepat kesembuhan dan rehabilitasinya, mandiri dalam meningkatkan kesehatan, mencegah masalah kesehatan, dan mengembangkan upaya kesehatan melalui pembelajaran sesuai sosial budaya masing-masing. RSUD Mohammad Natsir rutin memberikan edukasi kepada pengunjung baik melalui media sosial seperti *Podcast, Instragram, Facebook, Twitter* maupun media promosi lainnya.

Forum Bersama Dengan Tokoh Masyarakat

Dalam membuat rencana kerja dan kegiatan RSUD Mohammad Natsir selalu melibatkan masyarakat terutama tokoh-tokoh masyarakat yang sangat berperan besar dalam menyukseskan program-program dan kegiatan di rumah sakit. Kegiatan ini untuk membangun sistem penyelenggaraan komunikasi publik yang adil, transparan dan akuntabel. Hal ini diperlukan dalam menjalin kolaborasi antara penyelenggara dan stakeholder/pemangku kepentingan serta masyarakat selaku pengguna atau penerima layanan.

Forum komunikasi publik ini juga bertujuan memberikan informasi tentang pelayanan dan hasil pelayanan serta menyampaikan visi, misi, moto juga maklumat pelayanan RSUD Mohammad Natsir. Dalam kegiatan ini, pihak RSUD Mohammad Natsir menggali saran, serta kritik konstruktif dalam peningkatan mutu pelayanan dalam cakupan pelayanan tanpa mengenyampingkan peningkatan kepuasan pelayanan masyarakat. Forum Komunikasi Publik ini juga bertujuan untuk menjembatani standar pelayanan yang dilakukan tetap selaras untuk meningkatkan pelayanan pada kepuasan masyarakat.

Pembinaan Mental dan Spriritual Petugas

Pelaksanaan kegiatan siraman rohani bagi petugas RSUD Mohammad Natsir dilaksanakan di Lapangan Apel setiap Jum'at, Aula Pertemuan Pusako, Poliklinik dan pada hari-hari besar keagamaan dilaksanakan di Masjid Al.Mustasyfa RSUD Mohammad Natsir dengan menghadirkan penceramah-penceramah kondang di Sumatera Barat. Dengan kegiatan ini para pegawai dapat meningkatkan mental dan spiritual mereka serta meningkatkan integritas, kualitas kinerja, meningkatkan kompetensi, memperkuat mental dan mengimplementasikan nilai-nilai agama dalam menjalankan tugas negara maupun menjalani kehidupan sehari-hari.

Diharapkan petugas dalam bekerja penuh rasa tanggung jawab dan bisa menjadi pemimpin dalam lingkungan kerjanya. Pemimpin tidak hanya bagi orang lain tetapi diri sendiri yang mampu bekerja secara disiplin dan maksimal dalam menjalankan pekerjaannya, amanah serta ikhlas dalam setiap pekerjaan yang dilaksnakan.

Pada bagian rohani rumah sakit juga rutin melaksanakan kegiatan konselor rohani baik pada pasien, pengunjung maupun petugas rumah sakit. Untuk petugas konselor rohani di rumah sakit tersedia 2 orang petugas yang setiap jam kerja siap memberikan bantuan berupa konselor rohani maupun agama kepada pengunjung maupun petugas.

Pelaksanaan Edukasi Peserta Didik di Rumah Sakit

Kegiatan penyuluhan ini disebut sebagai PKRS (Pendidikan Kesehatan Rumah Sakit). Kegiatan ini merupakan kegiatan wajib yang dilakukan mahasiswa yang melaksanakan praktek di Rumah Sakit. Dengan adanya penyuluhan ini, diharapkan pasien dan keluarga pasien dapat mengetahui bahwa mereka datang ke rumah sakit bukan hanya pergi berobat tetapi juga paham dan mengerti tentang sakitnya, cara makan obat, gizinya serta pengetahuan kesehatan lainnya. Respon keluarga mengenai penyuluhan yang diberikan sangat baik. Keluarga pasien antusias mengikuti kegiatan penyuluhan. Terlihat beberapa pasien dan keluarga pasien tidak segan bertanya terkait penyakit serta tindakan yang akan dilakukan setelah sehat nantinya.

Menciptakan Inovasi-Inovasi Baru dalam Pelayanan

Sebagai wujud peningkatan kualitas SDM maka RSUD Mohammad Natsir menggiatkan Inovasi-Inovasi baru dalam bidang pelayanan diantaranya:

Tabel 3.19

INOVASI RSUD MOHAMMAD NATSIR TAHUN 2025

NAMA INOVASI	MANFAAT INOVASI
BUKU SAKU POLISI (Buku Saku Peduli Pola Hidup Penderita Hipertensi) merupakan inovasi pelayanan kesehatan berbasis digital untuk meningkatkan pengetahuan, kepatuhan pengobatan, serta pengendalian tekanan darah pada penderita hipertensi melalui media edukasi elektronik yang mudah diakses oleh pasien dan keluarga melalui media sosial dan platform digital rumah sakit.	<ol style="list-style-type: none">1) Mempermudah pasien dan keluarga mengakses informasi tentang hipertensi melalui media digital.2) Meningkatkan pemahaman pasien tentang pengendalian tekanan darah dan pencegahan komplikasi.3) Meningkatkan kepatuhan pasien dalam mengonsumsi obat secara rutin.4) Membantu tenaga kesehatan dalam memberikan edukasi yang lebih efektif dan terstandar.5) Mendukung peningkatan mutu pelayanan kesehatan



<p>LEGO (Leaflet Elektronik Gudang Informasi) adalah media edukasi kesehatan berbasis digital dan menyediakan leaflet elektronik melalui pemindaian QR Code. Inovasi ini memudahkan tenaga kesehatan, pasien, dan masyarakat dalam mengakses informasi kesehatan yang cepat, praktis, dan terpercaya kapan saja dan di mana saja.</p>	<p>Bagi Rumah Sakit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Media KIE digital yang mudah dan efisien - Memudahkan tenaga kesehatan dalam edukasi pasien - Mendukung pengembangan inovasi layanan <p>Bagi Pasien dan Masyarakat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Akses informasi kesehatan cepat dan mudah - Meningkatkan pengetahuan dan literasi kesehatan <p>Bagi Peserta Didik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menambah referensi pembelajaran - Membantu pembuatan media edukasi kesehatan
<p>Bank Sampah “SADAR DOSA” (Sehatkan dan Asrikan Rumah Sakit dengan Olah Sampah) adalah upaya pengelolaan sampah domestik RSUD Mohammad Natsir Solok melalui sistem reduce, reuse, dan recycle agar sampah bernilai ekonomis serta mengurangi timbulan sampah ke TPA.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menerapkan reduce, reuse, dan recycle sampah domestik rumah sakit 2. Menambah pemasukan rumah sakit dari pengelolaan sampah 3. Mempererat kerja sama dan interaksi antar karyawan/karyawati
<p>OPERLA JANIN SUMBARBAGSEL Optimalisasi peran RSUD Mohammad Natsir sebagai rumah sakit rujukan layanan jantung intervensi di Regional III Sumatera Barat Bagian Selatan melalui penguatan layanan jantung intervensi mandiri, pembentukan sistem rujukan dan SPGDT terintegrasi, peningkatan koordinasi jejaring rumah sakit, serta pengembangan promosi dan edukasi kesehatan jantung yang inovatif dan berkelanjutan.</p>	<p>Bagi Pemerintah</p> <ul style="list-style-type: none"> • Efisiensi pelayanan kesehatan • Penghematan anggaran kesehatan • Peningkatan mutu layanan jantung <p>Bagi Masyarakat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Akses layanan jantung lebih cepat dan akurat • Penurunan risiko dan angka kematian akibat penyakit jantung • Mengurangi biaya pengobatan dan meningkatkan kualitas hidup <p>Bagi Rumah Sakit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan kapasitas dan kompetensi SDM • Optimalisasi sistem layanan dan rujukan dan Peningkatan pendapatan rumah sakit



	<p>Bagi <i>Project Leader</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Peningkatan kapasitas kepemimpinan strategis• Penguatan kolaborasi dan pengambilan Keputusan• Pengembangan kepemimpinan digital dan kewirausahaan
<p>SIAP LAPOR adalah inovasi SIMRS yang mengintegrasikan data pelayanan dan administrasi rumah sakit ke dalam sistem pelaporan otomatis. Sistem ini memungkinkan setiap unit menginput data secara real-time sehingga laporan dapat disusun lebih cepat, akurat, dan terstandar.</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Mempercepat proses pendaftaran, pelayanan, dan pelaporan2. Mengurangi kesalahan pencatatan dan duplikasi data3. Meningkatkan koordinasi antar unit/ruangan4. Meningkatkan kepuasan pasien dan kinerja tenaga kesehatan
<p>REMIX (Reuse Jerigen Bekas Menjadi Safety Box) adalah inovasi pengelolaan limbah padat di RSUD Mohammad Natsir yang memanfaatkan jerigen bekas dari Instalasi Hemodialisa. Jerigen tersebut didesinfeksi dengan klorin 1%, dilubangi tutupnya menggunakan mesin bor, diberi pengait tali, dan diberi label simbol infeksius menggunakan cat pilox agar dapat digunakan kembali sebagai wadah limbah medis tajam yang sesuai standar sanitasi</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Efisiensi Biaya: Menekan biaya pengadaan safety box yang dibutuhkan secara terus-menerus.2. Produktivitas Tinggi: Mampu menghasilkan 200-300 safety box per bulan untuk kebutuhan internal.3. Distribusi Terjamin: Memastikan ketersediaan wadah limbah medis yang memadai di seluruh ruangan hospital.4. Keberlanjutan: Dapat diterapkan atau dikerjasamakan dengan fasilitas kesehatan (Fasyankes) lainnya
<p>RUJUK KITA adalah platform digital rujukan cerdas yang menghubungkan faskes secara real-time. Sistem ini memastikan pasien mendapatkan rumah sakit yang memiliki sediaan kamar dan dokter ahli yang tepat secara otomatis, sehingga tidak ada lagi pasien yang mengalami hambatan saat tiba di RS tujuan.</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Pasien: Mendapat kepastian layanan dan peluang sembuh lebih tinggi.2. Rumah Sakit: Dapat bersiap lebih awal sebelum pasien sampai di lokasi.3. Pemerintah: Memiliki data akurat untuk memantau beban layanan kesehatan wilayah.



<p>BAGIAN JIWA DENAI adalah layanan kesehatan jiwa yang memberikan pendampingan pasien secara rutin melalui skrining sederhana, edukasi langsung kepada pasien dan keluarga, serta pemantauan berkelanjutan agar pasien lebih terkontrol dan tidak mudah kambuh.</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Pasien mendapatkan pelayanan jiwa yang lebih terarah dan berkesinambungan2. Keluarga lebih memahami cara merawat dan mendampingi pasien3. Tenaga kesehatan lebih mudah melakukan pemantauan kondisi pasien4. Mutu pelayanan kesehatan jiwa di rumah sakit meningkat
<p>DEDIKASI RSMN (Dengan Skendit Gerakkan Informasi Mitra Kerjasama RSUD M. Natsir) merupakan inovasi penyediaan informasi terintegrasi dan terjadwal mengenai mitra kerjasama RSUD M. Natsir Solok melalui media digital dan edukasi singkat, sehingga seluruh unit dan mitra memperoleh informasi yang sama, jelas, dan mudah diakses.</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Dapat mempercepat perpanjangan perjanjian kerjasama dan mengoptimalkan pelayanan.2. Mengurangi kesalahan komunikasi kerjasama3. Mempercepat proses pelayanan administrasi4. Meningkatkan citra profesional RSUD
<p>SAMOSE (Santiang Basamo Selebelt / Selasa Belajar) merupakan sebuah inovasi pelayanan publik di bidang kesehatan yang diinisiasi oleh Bidang Keperawatan RSUD M. Natsir. Inovasi ini berfokus pada pengembangan kompetensi perawat secara internal dan mandiri guna meningkatkan kemampuan dalam memberikan asuhan keperawatan, khususnya bagi pasien kritis. Program ini memanfaatkan sumber daya manusia (SDM) internal yang telah tersertifikasi melalui pelatihan eksternal untuk melatih sejawat lainnya melalui metode workshop, magang, dan Bed Side Teaching (BST) secara berkesinambungan. Inovasi ini hadir sebagai solusi atas</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Peningkatan Kompetensi: Perawat menjadi lebih ahli dalam memberikan layanan pasien kritis sesuai standar.2. Keselamatan Pasien: Menjamin keselamatan pasien dan menurunkan angka kesakitan serta kematian.3. Kepuasan Layanan: Menurunkan jumlah komplain dan meningkatkan kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan.4. Efisiensi Mandiri: Terciptanya budaya belajar mandiri (Self Directed Learning) di lingkungan perawat.



<p>keterbatasan anggaran pendidikan dan pelatihan (Diklat) di rumah sakit.</p>	
<p>CAMAR adalah Inovasi ini mengintegrasikan modul pelatihan berbasis simulasi digital (VR/AR) dengan penyederhanaan langkah teknis pemadaman api. CAMAR mengonversi instruksi rumit menjadi alur visual yang intuitif, serta menyediakan stasiun APAR pintar yang dilengkapi sensor otomatis. Alat ini mampu memberikan panduan suara secara real-time saat segel APAR ditarik, membantu pengguna yang panik agar tetap mengikuti prosedur keselamatan tanpa harus menghafal manual yang panjang.</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Keamanan Pengguna: Menjamin jarak aman antara pemadam dan titik api sehingga risiko cedera akibat jilatan api dapat dihindari.2. Efisiensi Pemadaman: Penggunaan media pemadam (powder/CO2) menjadi lebih efektif karena teknik penyemprotan yang lebih akurat.3. Pengurangan Kerugian Material: Mencegah kebakaran skala kecil meluas menjadi kebakaran besar yang merusak aset dan bangunan.4. Psikologis: Mengurangi rasa panik berlebih melalui panduan yang interaktif dan mudah diingat.
<p>ADU AYAM Inovasi ini berupa sistem pelaporan berbasis QR Code yang ditempelkan pada setiap unit alat medis. Perawat atau teknisi tidak perlu lagi mengisi formulir kertas atau menelepon bagian teknis secara manual. Cukup dengan memindai (scan) kode QR menggunakan ponsel, pengguna akan diarahkan ke formulir digital yang otomatis sudah terisi identitas alat (ID, jenis, lokasi). Pelapor tinggal mengunggah foto/video kerusakan dan memilih tingkat urgensi. Laporan ini langsung terhubung ke dashboard teknisi secara real-time dan memberikan notifikasi status perbaikan kepada pelapor secara otomatis.</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Efisiensi Waktu: Memangkas waktu pelaporan dari menit menjadi hitungan detik.2. Peningkatan Keamanan Pasien: Mengurangi risiko kegagalan tindakan medis akibat alat yang rusak namun belum terdata.3. Transparansi Status: Pelapor dapat memantau apakah alat sedang dalam antrean, sedang diperbaiki, atau sudah selesai.4. Efisiensi Biaya: Membantu pemeliharaan preventif sehingga memperpanjang usia pakai alat medis.5. Analisis Data: Memudahkan manajemen rumah sakit dalam mengambil keputusan untuk pengadaan alat baru berdasarkan frekuensi kerusakan.



<p>INOVASI SIKONSI (Sesi Konsultasi Asi) Inovasi untuk meningkatkan derajat kesehatan bayi baru lahir di ruangan kebidanan dilakukan melalui penguatan pemberian ASI sejak dini. Penerapan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan rawat gabung memungkinkan bayi memperoleh kolostrum yang kaya antibodi serta mendukung pemberian ASI eksklusif. Inovasi ini diperkuat dengan edukasi dan pendampingan menyusui oleh tenaga kesehatan, sehingga ibu lebih percaya diri dalam memberikan ASI. Dengan dukungan lingkungan dan pelayanan yang ramah ASI, kesehatan dan tumbuh kembang bayi baru lahir dapat meningkat secara optimal.</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Edukasi ASI: Ibu (normal/operasi) mendapat bimbingan langsung mengenai proses menyusui.2. Grup Konsultasi: Akses ke grup WhatsApp komunitas untuk tanya jawab masalah ASI kapan saja.3. Pemantauan 6 Bulan: Pendampingan intensif agar sukses memberikan ASI Eksklusif selama 6 bulan. <p>Materi Digital: Akses mudah ke buku panduan (manual book) dan leaflet melalui ponsel.</p>
<p>INOVASI MOBIL SINADA (Mobilisasi Dini dan Relaksasi Nafas Dalam)</p> <p>Inovasi ini diterapkan pada ibu nifas di ruangan kebidanan dengan mengombinasikan mobilisasi dini dan teknik relaksasi napas dalam. Mobilisasi dini dilakukan secara bertahap setelah persalinan untuk membantu pemulihan fisik, sedangkan relaksasi napas dalam diberikan sebagai metode sederhana untuk meningkatkan kenyamanan, mengurangi nyeri, dan memperbaiki sirkulasi tubuh ibu.</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Mengurangi nyeri dan ketegangan otot2. Melancarkan sirkulasi darah dan involusi uterus3. Menurunkan risiko trombosis dan konstipasi4. Meningkatkan kualitas istirahat dan kesejahteraan ibu



Perbaikan Kualitas Pelayanan Sarana dan Prasarana

1) Rehab rawat inap paru, bedah dan neurologi

Dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan RSUD Mohammad Natsir melakukan rehab rawat inap paru, bedah dan neurologi yang bersumber dari dana DAK

2) Rehab Ruang *Cytotoxic* untuk layanan kanker

3) Rehab Poli 2 (THT)

4) Penambahan bed HD dari 10 menjadi 25 bed

5) Konsep *Green Hospital*

Rumah Sakit adalah tempat berkumpulnya orang-orang atau pasien dengan berbagai masalah kesehatan. Dengan artian orang yang datang ke rumah sakit adalah orang yang datang dengan berbagai masalah. Maka dengan konsep *Green Hospital* yang menyediakan lingkungan yang asri dan menyejukkan diharapkan perasaan pasien ketika sampai di RSUD Mohammad Natsir bisa merasa senang. Dalam konsep *green hospital*, rumah sakit mengorientasikan sebagai bangunan yang berwawasan lingkungan dan juga menjawab tuntutan kebutuhan layanan dan pelayanan yang berbasis kenyamanan dan keamanan lingkungan.

6) Penyediaan dan Pengaturan Parkir dan *Pool Ambulance*

7) Meningkatkan kinerja *cleaning service* agar lebih intensif untuk membersihkan toilet dan menjaga ketersediaan air di toilet

8) Menjaga stabilitas jaringan internet agar melancarkan proses input resep pasien BPJS.

9. Analisis Atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Berdasarkan jumlah anggaran tahun 2025 sebesar Rp. 2.427.128.027,- terealisasi sebesar Rp. 2.343.361.000,- atau (96,55%), hal ini menunjukkan dalam pencapaian sasaran tersebut terdapat sisa penggunaan anggaran sebesar Rp. 83.767.027,- (3,45%). Jika membandingkan antara capaian indikator kinerja dengan realisasi anggaran diketahui bahwa capaian indikator kinerja pada sasaran Meningkatkan Kualitas Layanan Rumah Sakit (100%) lebih tinggi dari realisasi anggaran (96,55%)

Berdasarkan rumus perhitungan tingkat efisiensi Peraturan Meteri Keuangan Republik Indonesia Nomor 22/PMK.02/2021, maka diperoleh tingkat efisiensi untuk indikator kinerja Indeks Kepuasan Masyarakat sebagai berikut:

Tabel 3.20**Nilai Efisiensi Sasaran Strategis 1****Indikator Indeks Kepuasan Masyarakat**

Sasaran Strategis	Anggaran	Realisasi Anggaran	Rata-rata Capaian Indikator per Sasaran	Efisiensi Kinerja	Nilai Efisiensi (Konversi Nilai efisiensi skala 0-100%)
				$\frac{((\text{Anggaran} \times \text{Rata2 Capaian}) - \text{Realisasi Anggaran}) : \text{Anggaran}}{100\%}$	$NE = 50\% + (\text{Efisiensi Kinerja} / 20 * 50)$
Sasaran Strategis 1: Meningkatnya Kualitas Layanan Rumah Sakit	2.427.128.027	2.343.361.000	99,74%	0,03	57,98%

$$\text{Nilai Efisiensi (NE)} = \frac{(\text{Pagu Anggaran} \times \text{Capaian Kinerja}) - \text{Realisasi Anggaran}}{\text{Pagu Anggaran}} \times 100\%$$

$$\begin{aligned} &= \frac{(2.427.128.027 \times 99,74\%) - 2.343.361.000}{2.427.128.027} \times 100\% \\ &= 0,03 \\ &= 50\% + (\text{Efisiensi Kinerja} / 20 * 50) \\ &= 57,98\% \end{aligned}$$

Nilai Efisiensi (Konversi Nilai Efisiensi Skala 0 – 100%) = **57,98%**

10. Analisis Program/Kegiatan yang menunjang Keberhasilan atau Kegagalan Pencapaian Pernyataan Kinerja

Untuk mencapai sasaran Meningkatkan Kualitas Layanan Rumah Sakit terdapat 2 Indikator Kinerja yaitu Akreditasi Rumah Sakit dan Indeks Kepuasan Masyarakat dengan melaksanakan 1 Program (Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat) dengan 1 kegiatan (Penyediaan Fasilitas Pelayanan, Sarana dan Prasarana dan Alat Kesehatan untuk Upaya Kesehatan Perorangan Rujukan, Upaya Kesehatan Masyarakat dan Upaya Kesehatan Masyarakat Rujukan Tingkat Daerah Provinsi) dan 1 subkegiatan (pengembangan Rumah Sakit).

Capaian indikator Indeks Kepuasan Masyarakat didukung oleh program, kegiatan dan subkegiatan yang berasal dari dana DAK dan APBD Provinsi Sumatera Barat tahun 2025 sebesar Rp. 2.427.128.027- pelaksanaan program dan kegiatan tersebut sudah sesuai dengan efektif mencapai Meningkatnya Kualitas Layanan Rumah Sakit, rincian anggaran dan realisasi anggaran pendukung Sasaran I

b. Sasaran Strategis 2 : Meningkatnya Akuntabilitas Kinerja Organisasi

Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah adalah perwujudan kewajiban suatu instansi pemerintah untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan-tujuan dan sasaran-sasaran yang telah ditetapkan melalui alat pertanggungjawaban secara periodik. Meningkatnya akuntabilitas kinerja organisasi merupakan sasaran strategis RSUD Mohammad Natsir dengan indikator kinerja nilai evaluasi SAKIP.

1. Indikator Kinerja yang Digunakan

Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 telah menjelaskan tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah berikut Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 88 Tahun 2021 tentang Evaluasi Akuntabilitas Instansi Pemerintah dan Peraturan Gubernur Sumatera Barat Nomor 2 Tahun 2025 tentang Perubahan Atas Peraturan Gubernur Sumatera Barat Nomor 71 Tahun 2020 tentang Pelaksanaan Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah di Lingkungan Pemerintah Provinsi Sumatera Barat yang kemudian diturunkan dalam Surat Edaran Gubernur Sumatera Barat Nomor 100.3.4.1/373/ED/GSB-2025 tentang Penyampaian Hasil Pengukuran dan Analisa Kinerja Pemerintah Provinsi Sumatera Barat Tahun 2025 dan Penyampaian Laporan Kinerja Perangkat Daerah Tahun 2025.

Tabel 3.21
Sasaran Strategis dan Indikator Kinerja

SASARAN STRATEGIS (2)	INDIKATOR KINERJA	TARGET
Meningkatnya Akuntabilitas Kinerja Organisasi	Nilai Evaluasi SAKIP	80,61

Meningkatnya akuntabilitas kinerja organisasi ditetapkan sebagai sasaran kedua yang harus dicapai oleh RSUD Mohammad Natsir untuk mencapai tujuan “Meningkatnya Tata Kelola Rumah Sakit”. Sasaran meningkatnya akuntabilitas kinerja organisasi ini diukur dengan menggunakan indikator kinerja “Nilai Evaluasi

SAKIP". Nilai Evaluasi SAKIP merupakan nilai capaian dari pelaksanaan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah yang dinilai.

2. Dasar Penetapan Target Indikator Kinerja

RSUD Mohammad Natsir sebagai Perangkat Daerah Provinsi Sumatera Barat yang menyelenggarakan tugas pokok dalam bidang kesehatan telah menetapkan target indikator kinerja nilai evaluasi SAKIP sebesar 80,61. Dasar penetapan target ini berdasarkan realisasi tahun lalu yang melebihi dari target Renstra RSUD Mohammad Natsir 2025.

3. Perbandingan antara Target dan Realisasi Kinerja Tahun 2025 dilengkapi dengan cara menghitung/Mengukur Realisasi serta data dukung Penjelasan Realisasi

Sejalan dengan tujuan dari Pemerintah Provinsi Sumatera Barat dalam meningkatkan akuntabilitas kinerja Rumah Sakit yang baik adalah penerapan fungsi-fungsi manajemen rumah sakit berdasarkan prinsip *Good Governance*. Maka dapat diketahui secara jelas perbandingan antara target dan realisasi kinerja untuk indikator kinerja RSUD Mohammad Natsir tahun 2025 sebagai berikut

Tabel 3.22

Perbandingan antara Target dan Realisasi Kinerja Tahun 2025

No	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA	TAHUN 2025		
			TARGET	REALISASI	%
1	Meningkatnya Akuntabilitas Kinerja Organisasi	Nilai Evaluasi SAKIP	A (80,61)	A (81,76)	101,43

Sumber Data : Laporan Hasil Evaluasi SAKIP oleh Inspektorat Tahun 2025

Dari tabel 3.22 diatas dapat diketahui bahwa indikator kinerja dari Evaluasi SAKIP RSUD Mohammad Natsir memiliki target 80,61 dan realisasi untuk penilaian SAKIP 81,76 dengan capaian 101,43% dapat disimpulkan bahwa kategori tingkat akuntabilitas kinerja RSUD Mohammad Natsir pada tahun 2025 adalah A.

Penilaian Evaluasi SAKIP OPD merupakan penilaian akuntabilitas kinerja RSUD Mohammad Natsir yang dievaluasi setiap tahunnya. Penilaian akuntabilitas kinerja OPD dinilai oleh Inspektorat Provinsi Sumatera Barat dan dilaporkan dalam bentuk hasil penilaian atas kinerja organisasi dan kinerja keuangan organisasi yang dituangkan dalam dokumen Lembar Hasil Evaluasi (LHE). Bentuk akhir dari SAKIP ini berupa Laporan Kinerja Instansi Pemerintah yang sering dikenal dengan

nama LKjIP. Dalam dokumen Lembar Hasil Evaluasi (LHE) disampaikan cara perhitungan dan penilaian atas dokumen SAKIP dan Laporan Kinerja Instansi Pemerintah yang meliputi:

Ruang Lingkup Evaluasi

- a. Penilaian Kualitas Perencanaan kinerja yang selaras yang akan dicapai untuk mewujudkan hasil yang berkesinambungan;
- b. Penilaian Pengukuran kinerja berjenjang dan berkelanjutan yang telah menjadi kebutuhan dalam penyesuaian strategi dalam mencapai kinerja;
- c. Penilaian Pelaporan kinerja yang menggambarkan kualitas atas pencapaian kinerja, baik keberhasilan/kegagalan kinerja serta upaya perbaikan/penyempurnaannya yang memberikan dampak besar dalam penyesuaian strategi/kebijakan dalam mencapai kinerja berikutnya;
- d. Penilaian evaluasi akuntabilitas kinerja internal yang memberikan kesan nyata (dampak) dalam peningkatan implementasi SAKIP untuk efektifitas dan efisiensi kinerja;
- e. Penilaian capaian kinerja atas *output* dan *Outcome* serta kinerja lainnya

Metodologi Evaluasi

Metodologi yang dapat digunakan dalam evaluasi AKIP adalah kombinasi dari metodologi kualitatif dan kuantitatif dalam mempertimbangkan segi kepraktisan dan kegunaan (kemanfaatan) karena akan disesuaikan dengan tujuan evaluasi yang telah ditetapkan dan mempertimbangkan kendala yang ada.

Komponen dan Predikat Penilaian

Evaluasi dilakukan terhadap 4 (empat) komponen dasar manajemen kinerja, yang meliputi

Tabel 3.23
Komponen Penilaian

No.	Komponen Yang Dinilai	Sub Komponen			Total Bobot (%)
		Keberadaan (20%)	Kualitas (30%)	Pemanfaatan (50%)	
1	Perencanaan Kinerja	6	9	15	30
2	Pengukuran Kinerja	6	9	15	30
3	Pelaporan Kinerja	3	4,5	7,5	15



4	Evaluasi Internal	5	7,5	12,5	25
	Nilai Evaluasi	20	30	50	100

Sumber : LHE AKIP Inspektorat Tahun 2025

Nilai hasil akhir dari penjumlahan komponen-komponen memberikan gambaran tingkat AKIP, dengan kategori predikat sebagai berikut:

Tabel 3.24
Predikat Penilaian

Predikat	Interpretasi
AA (Nilai > 90 – 100)	Sangat Memuaskan Telah terwujud <i>Good Governance</i> . Seluruh kinerja dikelola dengan sangat memuaskan di seluruh unit kerja. Telah terbentuk pemerintah yang yang dinamis, adaptif, dan efisien (Reform). Pengukuran kinerja telah dilakukan sampai ke level individu
A (Nilai > 80 – 90)	Memuaskan Terdapat gambaran bahwa instansi pemerintah/unit kerja dapat memimpin perubahan dalam mewujudkan pemerintahan berorientasi hasil, karena pengukuran kinerja telah dilakukan sampai ke level eselon 4/Pengawas/Subkoordinator.
BB (Nilai > 70 – 80)	Sangat Baik Terdapat gambaran bahwa AKIP sangat baik pada 2/3 unit kerja, baik itu unit kerja utama, maupun unit kerja pendukung. Akuntabilitas yang sangat baik ditandai dengan mulai terwujudnya efisiensi penggunaan anggaran dalam mencapai kinerja, memiliki sistem manajemen kinerja yang andal dan berbasis teknologi informasi, serta pengukuran kinerja telah dilakukan sampai ke level eselon 3/coordinator
B (Nilai > 60-70)	Baik Terdapat gambaran bahwa AMP sudah baik pada 1/3 unit kerja, khususnya pada unit kerja utama. Terlihat masih perlu adanya sedikit perbaikan pada unit kerja, serta komitmen dalam manajemen kinerja. Pengukuran kinerja baru dilaksanakan sampai dengan level eselon 2/unit kerja.
CC (Nilai > 50 – 60)	Cukup (Memadai) Terdapat gambaran bahwa AMP cukup baik. Namun demikian, masih perlu banyak perbaikan walaupun



	tidak mendasar khususnya akuntabilitas kinerja pada unit kerja.
C (Nilai > 30 – 50)	Kurang Sistem dan tatanan dalam AKIP kurang dapat diandalkan. Belum terimplementasi sistem manajemen kinerja sehingga masih perlu banyak perbaikan mendasar di level pusat.
D (Nilai > 0 – 30)	Sangat Kurang Sistem dan tatanan dalam AMP sama sekali tidak dapat diandalkan. Sama sekali belum terdapat penerapan manajemen kinerja sehingga masih perlu banyak perbaikan/perubahan yang sifatnya sangat mendasar, khususnya dalam implementasi SAKIP.

Sumber : LHE AKIP Inspektorat Tahun 2025

Komponen Penilaian SAKIP RSUD Mohammad Natsir

Berdasarkan penilaian SAKIP RSUD Mohammad Natsir tahun 2025 ada 4 komponen penilaian SAKIP yang sudah disiapkan RSUD Mohammad Natsir untuk tahun 2024, diantaranya:

Perencanaan Kinerja

- RSUD Mohammad Natsir Solok sudah menyusun seluruh dokumen perencanaan kinerja tahun 2025 yang meliputi Perencanaan Strategis, Indikator Kinerja Utama, Perjanjian Kinerja, Rencana Aksi dan Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) dengan mempedomani Pedoman Teknis Perencanaan Kinerja yang sudah ditetapkan melalui Peraturan Gubernur Sumatera Barat Nomor 2 Tahun 2025 tentang Perubahan Atas Peraturan Gubernur Sumatera Barat Nomor 71 Tahun 2020 tentang Pelaksanaan Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah di Lingkungan Pemerintah Daerah Provinsi Sumatera Barat;
- Setiap Unit/Satuan Kerja/Bidang dan Sub Bidang serta seluruh pegawai sudah menyusun perencanaan kinerja tahun 2025 yang terbukti dengan Dokumen Perencanaan Kinerja Unit;
- Seluruh Dokumen Perencanaan Kinerja tahun 2025 sudah diformalkan dan dipublikasikan melalui *website* <http://rsudmnatsir.sumbarprov.go.id>, *ESR* *menpan* *dan e-Sakip.sumbarprov.go.id*. dan aplikasi internal RSUD Mohammad Natsir dengan nama Aplikasi SIKEREN;



- d. Dokumen Perencanaan Kinerja tahun 2025 telah menggambarkan kebutuhan atas kinerja sebenarnya yang akan dicapai;
- e. Indikator Kinerja Utama (IKU) telah menggambarkan kondisi kinerja utama yang harus dicapai, tertuang secara berkelanjutan dan tidak sering diganti selama periode Perencanaan Strategis;
- f. Dokumen perencanaan kinerja tahun 2025 telah menggambarkan hubungan yang berkesinambungan, serta selaras antara kondisi/hasil yang akan dicapai di setiap level jabatan (*Cascading*) serta telah memperhatikan kinerja antar bidang/bagian (*Crosscutting*);
- g. Untuk penyempurnaan Perencanaan Kinerja tahun 2024 RSUD Mohammad Natsir telah berkomitmen dan melakukan beberapa perbaikan dan penyempurnaan dari tahun sebelumnya yaitu:
 - 1) Telah dilakukan analisis dalam penetapan indikator kinerja utama. Dimana terdapat 1 (Satu) Indikator Kinerja yaitu akreditasi rumah sakit telah dilakukan pengkajian setiap tahun, penilaian akreditasi RS akan dilakukan secara berkala (tiap tiga tahun) untuk periode Renstra tahun 2025-2029 yang mengacu pada hasil analisis dan perbaikan kinerja periode Renstra tahun 2020-2025.
 - 2) RSUD Mohammad Natsir berkomitmen dan memberikan pemahaman kepada setiap pegawai dalam mencapai kinerja yang telah direncanakan.

Pengukuran Kinerja

Pengukuran Kinerja yang dilakukan oleh RSUD Mohamad Natsir pada tahun 2025 adalah sebagai berikut:

- a. RSUD Mohammad Natsir sudah Menyusun Standar Operasional Prosedur (SOP) terkait pengukuran Kinerja diantaranya :
 - SOP Pengukuran kinerja dan
 - SOP Pengumpulan Data Kinerja
- b. Pimpinan sudah terlibat dalam pengambilan keputusan (*decision maker*) dalam mengukur capaian kinerja salah satunya Instruksi Direktur RSUD Mohammad Natsir Nomor: 189/081/Angg/2025 tanggal 02 Januari 2025 tentang Gerakan Efisiensi Operasional BLUD



- c. Pengukuran kinerja sudah dilakukan secara berkala yaitu melalui realisasi rencana aksi setiap triwulan yang dimonitor dengan aplikasi yang dirancang oleh tim IT SIMRS RSUD Mohammad Natsir.
- d. Pengumpulan data kinerja dan pengukuran capaian kinerja Eselon II telah memanfaatkan teknologi informasi melalui aplikasi *ESR menpan dan e-Sakip.sumbarprov.go.id*. dan penyampaian data capaian kinerja Eselon II RSUD Mohammad Natsir tahun 2025 selalu disampaikan tepat waktu sebagaimana yang dapat dilihat pada aplikasi diatas.
- e. Telah terdapat banyak peningkatan capaian kinerja dari tahun sebelumnya
- f. Pengukuran Kinerja telah dijadikan dasar dalam penyesuaian strategi, aktivitas dan anggaran dalam mencapai kinerja RSUD Mohammad Natsir, hal ini terbukti dari pelaksanaan rapat kerja (RAKER), Forum OPD serta rapat monitoring dan evaluasi internal bidang dan bagian RSUD Mohammad Natsir
- g. Hasil Pengukuran Kinerja sudah menjadi kepedulian seluruh pegawai, terbukti dengan penerapan SOP, perbaikan dokumen serta peningkatan kualitas SDM dan lain-lain

Pelaporan Kinerja

- a. Dokumen laporan kinerja telah disusun, telah diformalkan, telah direviu, telah dipublikasikan dan disampaikan tepat waktu;
- b. Dokumen laporan kinerja telah disusun secara berkualitas sesuai dengan standar yang telah ditetapkan dalam Peraturan Gubernur Sumatera Barat Nomor 71 Tahun 2020 tentang pelaksanaan Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah di Lingkungan Pemerintah Daerah Provinsi Sumatera Barat meliputi Perjanjian Kinerja, Indikator Kinerja Individu, Rencana Aksi, dan Realisasi Rencana Aksi.
- c. Dokumen laporan kinerja RSUD Mohammad Natsir tahun 2025 telah menginformasikan analisis dan evaluasi realisasi kinerja dengan target tahunan, target jangka menengah, dengan realisasi kinerja tahun-tahun sebelumnya dan realisasi kinerja di level nasional.
- d. Dokumen laporan kinerja RSUD Mohammad Natsir tahun 2025 telah menginformasikan kualitas atas keberhasilan/kegagalan mencapai target kinerja



beserta upaya nyata dan/atau hambatannya, telah menginfokan efisiensi atas penggunaan sumber daya dalam mencapai kinerja serta telah menginfokan upaya perbaikan dan penyempurnaan kinerja ke depan.

- e. Beberapa upaya penyempurnaan pelaporan kinerja RSUD Mohammad Natsir tahun 2025 yang telah dilakukan:
- Informasi dalam laporan kinerja sudah sepenuhnya digunakan dalam penyesuaian perencanaan kinerja yang akan dihadapi berikutnya, hal ini terbukti dari Unit kerja telah membuat perencanaan kinerja sesuai kondisi terkini sebagaimana yang telah tertuang dalam laporan kinerja RSUD Mohammad Natsir Tahun 2024 dari masing-masing indikator kinerja pada BAB II (Perencanaan Kinerja)
 - Pelaporan Kinerja sudah memberikan dampak dalam penyesuaian anggaran untuk mencapai kinerja yang dituangkan dalam dokumen perencanaan dan anggaran
 - Informasi dalam laporan kinerja sudah dimanfaatkan untuk evaluasi keberhasilan kinerja, hal ini terbukti dari Bidang dan bagian telah melakukan rapat monitoring dan evaluasi kinerja rutin bulanan dan triwulan serta telah menyampaikan informasi atas kerjanya dalam bentuk laporan monitoring dan evaluasi realisasi rencana aksi bidang dan bagian untuk kemudian dievaluasi langsung oleh Direktur

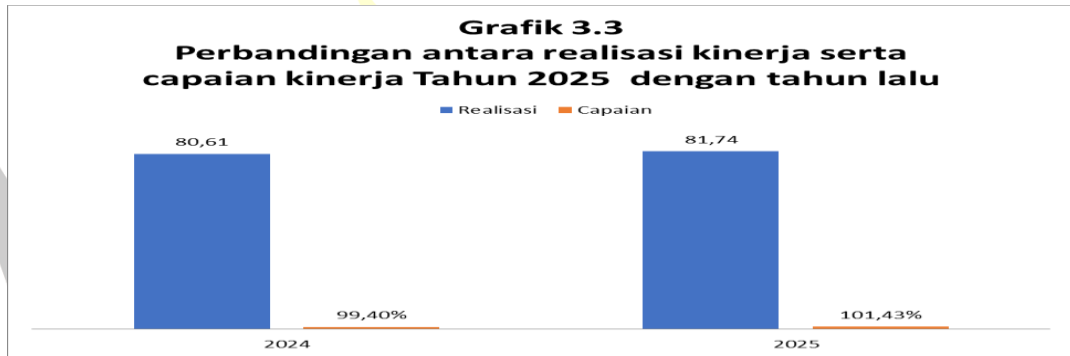
Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Internal

Hasil Evaluasi terhadap pengukuran evaluasi akuntabilitas kinerja Internal RSUD Mohammad Natsir Tahun 2024 adalah sebagai berikut:

- a. RSUD Mohammad Natsir telah Menyusun SOP Pemantauan Capaian Kinerja Internal
- b. Untuk penyempurnaan evaluasi akuntabilitas kinerja internal RSUD Mohammad Natsir telah melakukan usaha sebagai berikut:
 - 1) Pemantauan Capaian Kinerja Internal telah menggunakan teknologi informasi (aplikasi) SIKEREN dan telah sampai ke level staf
 - 2) Hasil dari evaluasi akuntabilitas kinerja telah mendukung efisiensi dan efektivitas kinerja.

4. **Perbandingan antara Realisasi Kinerja serta Capaian Kinerja Tahun 2025 dengan Tahun Lalu**

Perbandingan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun 2025 dengan tahun lalu berdasarkan hasil penilaian Evaluasi SAKIP RSUD Mohammad Natsir dapat dilihat pada grafik berikut ini:



Sumber : Laporan LKjIP RSUD Mohammad Natsir

Dari Grafik 3.3 di atas dapat dilihat bahwa nilai LKjIP RSUD Mohammad Natsir Tahun 2025 dan tahun lalu berada pada prediket A (memuaskan), hal ini tidak terlepas dari komitmen dari manajemen RSUD Mohammad Natsir dalam memimpin perubahan dan mewujudkan pemerintahan berorientasi hasil dengan pengukuran kinerja telah dilakukan sampai ke level individu.

5. **Perbandingan Realisasi Kinerja Sampai Dengan Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah yang terdapat dalam Dokumen Perencanaan Strategis Organisasi**

Tabel 3.25
Perbandingan Realisasi Kinerja Sampai Dengan Tahun 2025
Dengan Target Jangka Menengah (Perencanaan Strategis Organisasi)

INDIKATOR KINERJA	TARGET JANGKA MENENGAH (2026)	TAHUN 2025	
		REALISASI	CAPAIAN
Nilai Evaluasi SAKIP	80,16 (A)	81,76 (A)	101,43 %

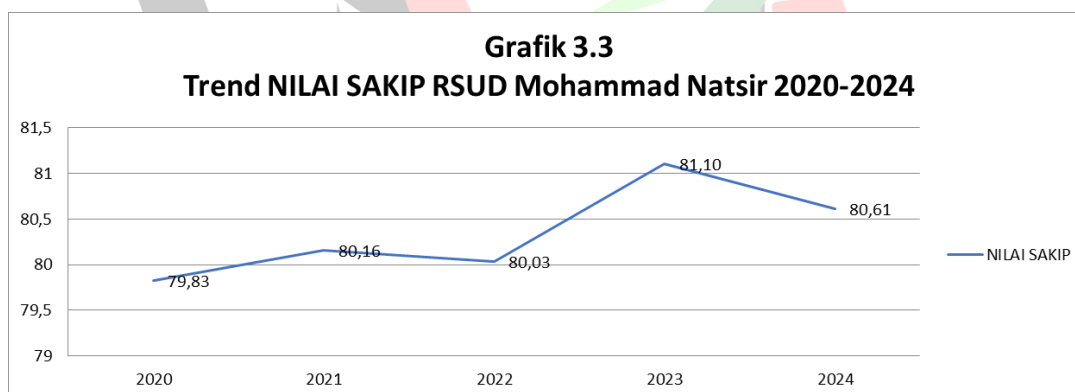
Sumber Data: Renstra RSUD Mohammad Natsir 2021-2026

Jika dibandingkan dengan target jangka menengah yang termuat dalam Renstra RSUD Mohammad Natsir 2021-2026, maka realisasi untuk tahun akhir 2025 nilai SAKIP sebesar 81,76 (A) nilai ini sudah melebihi dari target akhir kinerja periode

RPJMD. Hal ini didukung dengan beberapa usaha yang dilakukan oleh RSUD Mohammad Natsir diantaranya:

- 1) Peningkatan pelayanan dengan terus memperbaiki mutu layanan, seperti mempermudah pasien dalam pendaftaran *online*, pengurangan antrian pasien, mengurangi komplek, dan menetapkan jadwal dokter;
- 2) Peningkatan sarana, prasarana dan alat kesehatan melalui dana SIHREN dan DAK;
- 3) Peningkatan kualitas Sumber Daya Manusia melalui pelatihan, magang, bimbingan teknis, dan *workshop* serta dengan menyekolahkan dokter untuk mengambil Sp1, dan Sp2;
- 4) Peningkatan sarana gedung rumah sakit melalui pengembangan rumah sakit melalui (rehab berat gedung) guna menunjang *performace* rumah sakit;
- 5) Peningkatan layanan teknologi informasi rumah sakit dengan menggunakan aplikasi GOS untuk seluruh layanan rawat jalan dan rawat inap.

6. Perkembangan Realisasi Indikator Nilai Evaluasi SAKIP 5 Tahun Terakhir



Sumber Data: LAKIP/LKJIP RSUD Mohammad Natsir 2020-2024

Berdasarkan grafik 3.3 diatas dapat diketahui perkembangan indikator nilai evaluasi SAKIP RSUD Mohammad Natsir dari tahun 2020-2024 memiliki kecendrungan mengalami peningkatan dan pada 5 tahun terakhir RSUD Mohammad Natsir memperoleh nilai A. Capaian indikator ini didukung dari komitmen bersama pegawai RSUD Mohammad Natsir dalam meningkatkan akuntabilitas kinerja dengan mengedepankan nilai-nilai berikut:



Berorientasi Pelayanan

Komitmen dari semua pegawai RSUD Mohammad Natsir dalam memberikan pelayanan prima untuk kepuasan masyarakat dan pasien;

Akuntabel

Bertanggungjawab atas kepercayaan yang diberikan dalam memimpin perubahan dan mewujudkan pemerintahan berorientasi hasil dengan pengukuran kinerja telah dilakukan sampai ke level eselon IV/Pengawas dengan capaian kinerja memuaskan

Kompeten

RSUD Mohammad Natsir terus belajar dan mengembangkan kapabilitas dalam menghadapi tantangan global dan perkembangan IT dalam bidang kesehatan

Harmonis

Seluruh pegawai RSUD Mohammad Natsir saling peduli dan saling menghargai perbedaan baik diantara sesama pegawai maupun *Civitas Hospitalia* lainnya.

Loyal

RSUD Mohammad Natsir senantiasa berdedikasi dan mengutamakan kepentingan umum daripada kepentingan pribadi/golongan.

Adaptif

RSUD Mohammad Natsir terus berinovasi dan antusias dalam menghadapi perubahan teknologi di bidang kesehatan dan lainnya

Kolaboratif

RSUD Mohammad Natsir terus membangun kerjasama yang sinergis dengan semua pihak (*Stakeholders*)

7. Perbandingan Realisasi Kinerja Tahun 2025 dengan Standar Nasional

Untuk sasaran meningkatnya akuntabilitas kinerja organisasi dengan indikator nilai evaluasi SAKIP tidak dapat diperbandingkan dengan standar nasional

8. Analisis Penyebab Keberhasilan/Kegagalan atau Peningkatan/Penurunan Kinerja serta alternatif solusi yang telah dilakukan

Adapun penyebab keberhasilan yang dilakukan untuk mencapai target Nilai Evaluasi SAKIP RSUD Mohammad Natsir diantaranya:



- 1) Penetapan Tujuan dan Sasaran yang jelas, baik untuk jangka pendek maupun jangka menengah. Rencana tata kelola telah mengandung visi dan misi yang jelas sebagai acuan untuk menyusun tujuan dan sasaran tata kelola
- 2) Struktur kelembagaan yang solid untuk mendorong terwujudnya sistem manajemen yang efisien dan efektif guna mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan
- 3) Penetapan kebijakan yang jelas dan terarah, konsisten dengan tujuan organisasi, tertulis dan transparan
- 4) Perencanaan yang realistis, terinci dan sesuai dengan kebutuhan, transparan dan partisipatif dan akomodatif serta merupakan penjabaran tujuan dan sasaran yang ditetapkan
- 5) Penetapan prosedur kerja yang jelas, tepat, mudah dimengerti, mudah dilaksanakan dan mempertimbangkan peraturan perundangan terkait.
- 6) Sumber Daya Manusia (SDM) yang kompeten, professional dan beretika
- 7) Pelaksanaan kegiatan yang efektif dan efisien, tertib administrasi, transparan baik dalam pengadaan barang dan jasa, pengelolaan keuangan, aset daerah dan pengelolaan barang inventaris
- 8) Sistem pencatatan yang jelas dan akurat
- 9) Sistem monitoring dan evaluasi telah dilakukan secara berkala, terukur dan hasil monitoring dan evaluasi digunakan untuk mengambil kebijakan guna peningkatan kinerja

Dalam mendorong capaian nilai akuntabilitas kinerja OPD, dapat dioptimalkan melalui beberapa upaya untuk meminimalisir kegagalan yaitu dengan:

- (1) Optimalisasi sosialisasi kebijakan dibidang akuntabilitas seperti Pembahasan bersama Sistem AKIP dan Pembelajaran dari rekomendasi nilai tahun sebelumnya
- (2) Adanya keterbatasan kapasitas SDM di bidang akuntabilitas kinerja maka perlu diminimalisir dengan pelatihan peningkatan kapasitas SDM

Dalam mengurangi dampak risiko kurang optimalnya capaian ini, maka perlu dilakukan pengendalian risiko dengan menyiapkan alternatif solusi diantaranya:



1. Dari sisi Perencanaan perlu disampaikan keseluruhan unit kerja di RSUD Mohammad Natsir
2. Dari Sisi Pengendalian RSUD Mohammad Natsir melakukan monitoring dan evaluasi atas capaian kinerja untuk setiap triwulan diantisipasi segala permasalahan dengan cepat;
3. Dari sisi Pengukuran terhadap kinerja RSUD Mohammad Natsir telah melakukan pengukuran mulai dari eselon II, III, IV sampai level staf;
4. Dari sisi Pelaporan capaian kinerja RSUD Mohammad Natsir telah melaporkan capaian kinerja melalui aplikasi dengan situs *ESR menpan dan e-Sakip.sumbarprov.go.id*.

Untuk peningkatan LKJIP pada tahun 2025 RSUD Mohammad Natsir sudah melakukan beberapa usaha, diantaranya:

- (1) Pemanfaatan aplikasi (SIKEREN) yang dirancang khusus oleh tim IT SIMRS dalam menghimpun dokumen perencanaan seperti perjanjian kinerja, indikator kinerja, rencana aksi dan pengukuran kinerja (realisasi rencana aksi)
- (2) Melakukan revisi perjanjian kinerja dan pengukuran kinerja dari eselon II, III dan fungsional penyeteraan dengan tujuan sasaran, target, dan indikator kinerja dapat memiliki hubungan yang berkelanjutan dan sebagai wujud monitoring dan evaluasi dari atasan ke bawahan.
- (3) Menyampaikan laporan realisasi rencana aksi setiap triwulannya kepada biro organisasi melalui aplikasi dengan situs *ESR menpan dan e-Sakip.sumbarprov.go.id*.

9. Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya

Berdasarkan jumlah anggaran sebesar Rp.178.901.268.231,- terealisasi sebesar Rp.174.953.650.848,- atau (97,79%), hal ini menunjukkan dalam pencapaian sasaran tersebut terdapat sisa penggunaan anggaran sebesar Rp.3.947.617.383,- (2,21%). Jika membandingkan antara capaian indikator kinerja dengan realisasi anggaran diketahui bahwa capaian indikator kinerja nilai evaluasi SAKIP dari sasaran strategis Meningkatnya Akuntabilitas Kinerja Organisasi (101,43%) lebih tinggi dari realisasi anggaran (97,79%) dengan tingkat efisiensi 59,09% (berdasarkan rumus perhitungan tingkat efisiensi PMK RI No.22/PMK.02/2021) berikut:

Tabel 3.26
Nilai Efisiensi Sasaran Strategis 2
Indikator Nilai Evaluasi SAKIP

Sasaran Strategis	Anggaran	Realisasi Anggaran	Rata-rata Capaian Indikator per Sasaran	Efisiensi Kinerja	Nilai Efisiensi (Konversi Nilai efisiensi skala 0-100%)
				$\frac{((\text{Anggaran} \times \text{Rata2 Capaian}) - \text{Realisasi Anggaran}) : \text{Anggaran}}{\text{Anggaran}} \times 100\%$	$NE = 50\% + (\text{Efisiensi Kinerja} / 20 * 50)$
Sasaran Strategis 2: Meningkatnya Akuntabilitas Kinerja Organisasi	178.901.268.231	174.953.650.848	101,43%	0,04	59,09%

$$\text{Nilai Efisiensi (NE)} = \frac{(\text{Pagu Anggaran} \times \text{Capaian Kinerja}) - \text{Realisasi Anggaran}}{\text{Pagu Anggaran}} \times 100\%$$

$$= \frac{(178.901.268.231 \times 101,43 \%) - 174.953.650.848}{178.901.268.231} \times 100\%$$

$$= 0,04$$

$$= 50\% + (\text{Efisiensi Kinerja} / 20 * 50)$$

$$= 59,09\%$$

Nilai Efisiensi (Konversi Nilai Efisiensi Skala 0 – 100%) = **59,09%**

10. Analisis program/kegiatan yang menunjang ataupun kegagalan pencapaian pernyataan kinerja

Untuk mencapai sasaran Meningkatkan Akuntabilitas Kinerja Organisasi terdapat 1 Indikator Kinerja yaitu Nilai Evaluasi SAKIP dengan 1 Program (Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Provinsi) dengan 2 kegiatan yaitu Administrasi Keuangan Perangkat Daerah, dengan kegiatan dan output kegiatan ini adalah terbayarnya gaji dan tunjangan ASN tahun 2025 dan Peningkatan Pelayanan BLUD dengan output kegiatan terpenuhinya semua kebutuhan belanja operasional BLUD Rumah Sakit. Capaian indikator Nilai Evaluasi SAKIP didukung oleh program, kegiatan yang berasal dari dana APBD Provinsi Sumatera Barat tahun 2025 dan dana BLUD dengan anggaran sebesar Rp.178.901.268.231,- dan realisasi Rp. 174.953.650.848,- pelaksanaan program dan kegiatan tersebut sudah sesuai dan efektif mencapai dan mendukung sasaran strategis Meningkatkan Akuntabilitas Kinerja Organisasi.

c. Sasaran Strategis 3 Meningkatkan Kemandirian dan Keuangan Rumah Sakit

Meningkatnya kemandirian keuangan rumah sakit merupakan salah satu sasaran strategis RSUD Mohammad Natsir dengan indikator kinerja Tingkat Kemandirian Keuangan (TKK) Rumah Sakit.

1) Indikator Kinerja yang Digunakan

Kemandirian Keuangan pada Rumah Sakit merupakan pola pengelolaan keuangan yang memberikan keleluasaan berupa fleksibilitas dalam pengelolaan keuangan dan aset agar rumah sakit dapat beroperasi lebih efisien, produktif dan tidak sepenuhnya bergantung pada APBD serta dapat meningkatkan pelayanan kepada masyarakat tanpa mencari keuntungan.

Tujuan utama kemandirian keuangan adalah sebagai berikut:

1. Peningkatan Mutu Pelayanan Publik

Dengan fleksibilitas anggaran, rumah sakit dapat bertindak cepat untuk merespon kebutuhan pasien seperti perbaikan fasilitas atau peningkatan kualitas pelayanan

2. Penerapan Praktik Bisnis yang Sehat

Rumah Sakit dituntut mengelola keuangan berdasarkan prinsip ekonomi dan produktivitas yakni efektif, efisien, ekonomis, transparan dan bertanggungjawab

3. Meningkatkan Kemampuan Biaya Sendiri (*Cost Recovery*)

Tujuan utamanya adalah agar Rumah Sakit semakin mandiri dan tidak bergantung penuh pada subsidi APBD terutama untuk membiayai biaya operasional sehari-hari

4. Fleksibilitas Pengelolaan Sumber Daya

Rumah Sakit dapat melakukan SDM dan Pengadaan barang/jasa secara lebih mandiri dan cepat termasuk pengelolaan pendapatan secara langsung.

Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) adalah unit kerja perangkat daerah yang dibentuk untuk memberikan layanan kepada masyarakat (barang/jasa) dengan fleksibilitas pengelolaan keuangan tanpa mengutamakan keuntungan. BLUD bertujuan meningkatkan kualitas pelayanan public dan efisiensi serta diperbolehkan memungut biaya dari masyarakat sebagai pendapatan operasional.

RSUD Mohammad Natsir sebagai salah satu OPD yang menerapkan BLUD milik Provinsi Sumatera Barat yang dibentuk berdasarkan Surat Keputusan Gubernur Sumatera Barat Nomor 903-688-2013 tanggal 20 Agustus 2013 Adapun Sasaran Strategis Meningkatnya Kemandirian Keuangan Rumah Sakit memiliki indikator kinerja Tingkat Kemandirian Keuangan Rumah Sakit. Berdasarkan uraian diatas, maka sasaran strategis dan indikator kinerja yang digunakan oleh RSUD Mohammad Natsir adalah sebagai berikut:

Tabel 3.27
Sasaran Strategis dan Indikator Kinerja

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA	TARGET
Meningkatnya Kemandirian Keuangan Rumah Sakit	Tingkat Kemandirian Keuangan (TKK)	64,55%

2) Dasar Penetapan Target Indikator Kinerja

RSUD Mohammad Natsir sebagai Perangkat Daerah Provinsi Sumatera Barat yang menyelenggarakan tugas pokok dalam bidang kesehatan telah menetapkan target indikator kinerja sebesar 64,55% Dasar penetapan target ini berdasarkan realisasi tahun lalu yang melebihi dari target Renstra RSUD Mohammad Natsir 2025.

3) Perbandingan Target dan Realisasi Kinerja Tahun 2025 dilengkapi dengan Cara Menghitung/Mengukur Realisasi serta Data Dukung Penjelasan Realisasi

Tabel 3.28
Perbandingan Target dan Realisasi Kinerja Tahun 2025

NO	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	CAPAIAN
1	Meningkatnya Kemandirian Keuangan RS	Tingkat Kemandirian Keuangan RS	64,55%	65,98%	102,21%

Sumber Data : PK dan Laporan Realisasi Anggaran 2025

Berdasarkan tabel 3.28 diatas diketahui bahwa realisasi dari indikator Tingkat Kemandirian Keuangan RSUD Mohammad Natsir sebesar 65,98% dengan persentase capaian 102,21%, jika dibandingkan dengan target kinerja tahun 2025 kondisi ini sudah mendekati target kinerja yang ditetapkan. Hal ini didukung dengan

komitmen bersama dan konsisten dari seluruh pegawai RSUD Mohammad Natsir dalam upaya meningkatkan pendapatan yang disertai dengan upaya yang saling bersinergi dalam optimalisasi belanja BLUD sampai akhir tahun 2025.

Berdasarkan Standar Nasional penilaian kemampuan keuangan, maka dapat diketahui cara menghitung/mengukur realisasi tingkat kemandirian keuangan Rumah Sakit sebagai berikut:

$$\frac{\text{Pendapatan BLUD}}{\text{Total Belanja BLUD + APBD}} \times 100\%$$

Tabel 3.29
Tabel Standar Nasional Kemampuan Keuangan

Kemampuan Keuangan	Rasio Kemandirian	Pola Hubungan Pusat-Daerah dalam Otonomi Daerah
Rendah Sekali	0% - 25%	Instruktif
Rendah	>25% - 50%	Konstruktif
Sedang	>50%-75%	Partisipatif
Tinggi	>75%-100%	Delegatif

Sumber Data: Standar Nasional Penilaian Keuangan BLUD

Keterangan:

1. Pola hubungan instruktif, yaitu pola hubungan yang terjadi ketika peranan pemerintah pusat atau pemerintah daerah lebih dominan daripada kemandirian BLUD, atau BLUD tidak mampu melaksanakan otonomi BLUD secara finansial
2. Pola hubungan konsultatif, yaitu pola hubungan lebih banyak kepada konsultasi karena BLUD dianggap sedikit lebih mampu untuk melaksanakan otonomi BLUD
3. Pola hubungan partisipatif, yaitu tingkat kemandirian BLUD mendekati mampu untuk melaksanakan otonomi sehingga peran pemerintah semakin sedikit
4. Pola hubungan delegatif, yaitu pola hubungan yang terjadi ketika campur tangan pemerintah pusat sudah tidak ada lagi karena BLUD dipandang telah benar-benar mampu dan mandiri dalam melaksanakan urusan otonomi

Untuk indikator Tingkat Kemandirian Keuangan ini dipengaruhi oleh peningkatan pendapatan dan pembiayaan yang dikeluarkan termasuk pembiayaan investasi. Semakin tinggi pendapatan dan semakin rendah biaya operasional dan investasi maka semakin naik tingkat kemandirian. Adapun uraian Pendapatan dan Belanja RSUD Mohammad Natsir Tahun 2025 adalah sebagai berikut



Tabel 3.30
Rekapitulasi Pendapatan RSUD Mohammad Natsir Tahun 2025

URAIAN PENDAPATAN	2025												
	TARGET	JANUARI	FEBRUARI	MARET	APRIL	MEI	JUNI	JULI	AGUSTUS	SEPT	OKT	NOV	DES
Pendapatan BLUD	110.250.000.000	4.735.565.685	15.266.591.000	24.568.621.918	33.738.136.686	40.851.574.461	49.900.109.936	61.144.008.880	70.592.493.879	80.108.098.191	90.857.470.555	98.257.562.832	116.986.439.007
Rawat Jalan	2.085.000.000	820.850.849	1.119.963.632	1.222.253.747	1.370.190.716	1.502.988.224	1.634.820.337	1.880.504.772	2.041.247.075	2.184.336.147	2.295.637.181	2.413.751.723	2.551.969.462
Rawat Inap	3.844.000.000	232.486.446	517.751.464	741.389.098	942.299.482	1.128.656.115	1.277.357.399	1.486.982.314	1.633.922.782	1.862.651.778	2.087.869.395	2.348.117.653	2.633.566.700
BPJS	97.886.000.000	3.431.411.945	13.079.274.901	21.047.870.903	29.347.363.577	35.715.065.615	44.281.415.404	54.331.403.996	61.279.233.216	69.756.329.615	79.609.736.344	86.143.898.012	103.522.324.330
IGD	517.000.000	49.044.795	89.754.088	119.255.615	149.451.810	180.670.498	204.336.563	229.904.102	251.005.688	264.929.148	283.677.407	306.377.629	325.659.528
Apotek	606.000.000	28.954.347	59.743.982	87.280.235	121.272.511	150.115.445	177.157.321	216.349.176	235.939.736	265.238.585	289.881.090	314.263.227	339.871.285
Pendapatan dari Pihak Ke-3	3.327.000.000	109.926.471	247.463.399	807.211.321	950.781.271	1.108.597.661	1.215.665.059	1.581.318.674	3.260.777.707	3.847.597.123	3.992.095.985	4.266.819.088	4.779.091.385
Pendapatan lainnya	1.960.000.000	60.018.908	145.834.908	532.464.795	842.074.043	1.048.892.243	1.091.117.243	1.397.407.243	1.867.853.926	1.902.413.013	2.271.494.720	2.434.680.556	2.800.538.028
Pendapatan BLUD dari Jasa Giro	25.000.000	2871924	6.804.626	10.896.204	14.703.276	16.588.660	18.240.610	20.138.603	22.513.749	24.602.782	27.078.433	29.654.944	33.418.289

Sumber Data: Rekapitulasi Pendapatan dari Bendahara Penerimaan BLUD



Tabel 3.31
Realisasi Fisik dan Keuangan Program dan Kegiatan
APBD RSUD Mohammad Natsir Tahun 2025

NO	Nama Kegiatan	Anggaran (Rp)	Realisasi		
			Fisik	Keuangan (Rp)	% Keu
A	Urusan Pemerintah Bidang Kesehatan	181.328.396.258	100	177.297.011.848	97,78
I	Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah	178.901.268.231	100	174.953.650.848	97,79
	Kegiatan Administrasi keuangan Perangkat Daerah	63.909.348.710	100	61.828.767.617	96,74
	-Penyediaan Gaji dan Tunjangan ASN	63.909.348.710	100	61.828.767.617	96,74
	Kegiatan Peningkatan Pelayanan BLUD	114.991.919.521	100	113.124.883.231	98,38
	-Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	114.991.919.521	100	113.124.883.231	98,38
	Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat	2.427.128.027	100	2.343.361.000	96,55
	Kegiatan : Penyediaan fasilitas pelayanan sarana, prasarana dan alat kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi	2.427.128.027	100	2.343.361.000	96,55
	Pengembangan Rumah Sakit	2.427.128.027	100	2.343.361.000	96,55
	Total	181.328.396.258	100	177.297.011.848	97,78

Sumber Data : Laporan Realisasi Fisik dan Keuangan *Simbangda Based Evidence* 2025

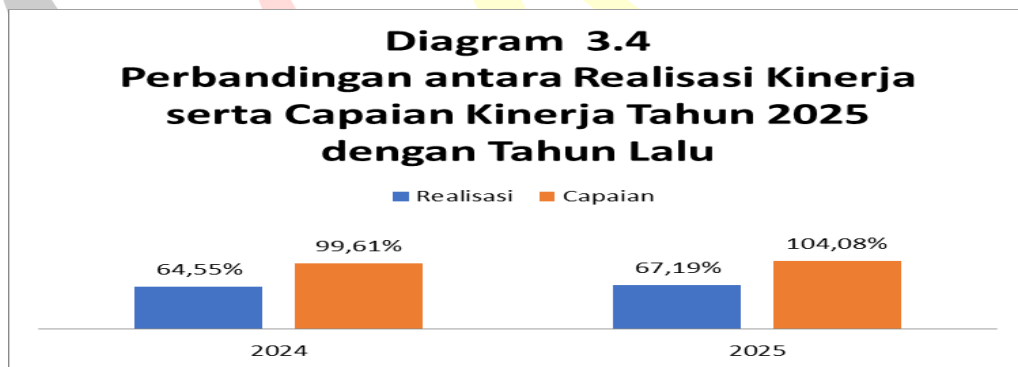


Berdasarkan Uraian Pendapatan dan Belanja diatas maka dapat diketahui Tingkat Kemandirian Keuangan RSUD Mohammad Natsir Tahun 2025

$$\frac{\text{Pendapatan BLUD}}{\text{Total Belanja BLUD + APBD}} \times 100\%$$

$$\frac{\text{Rp. 116.986.439.007, -}}{\text{Rp. 177.297.011.848, -}} \times 100\% = 65,98\%$$

4) Perbandingan antara Realisasi Kinerja serta Capaian Kinerja Tahun 2025 dengan Tahun Lalu



Sumber Data : Laporan Keuangan 2024-2025

Dari Diagram 3.4 diatas dapat diketahui bahwa capaian Tingkat Kemandirian Keuangan (TKK) RSUD Mohammad Natsir dari tahun 2024 dan 2025 mengalami peningkatan seiring dengan kenaikan realisasi hal ini terjadi karena adanya peningkatan target pendapatan rumah sakit dari tahun sebelumnya yang diikuti dengan gerakan efisiensi belanja BLUD di RSUD Mohammad Natsir.

5) Perbandingan Realisasi Kinerja sampai dengan tahun ini dengan target Jangka Menengah yang terdapat dalam dokumen Perencanaan Strategis Organisasi

Tabel 3.32
Perbandingan Realisasi Kinerja Sampai Dengan Tahun 2025
Dengan Target Jangka Menengah (Perencanaan Strategis Organisasi)

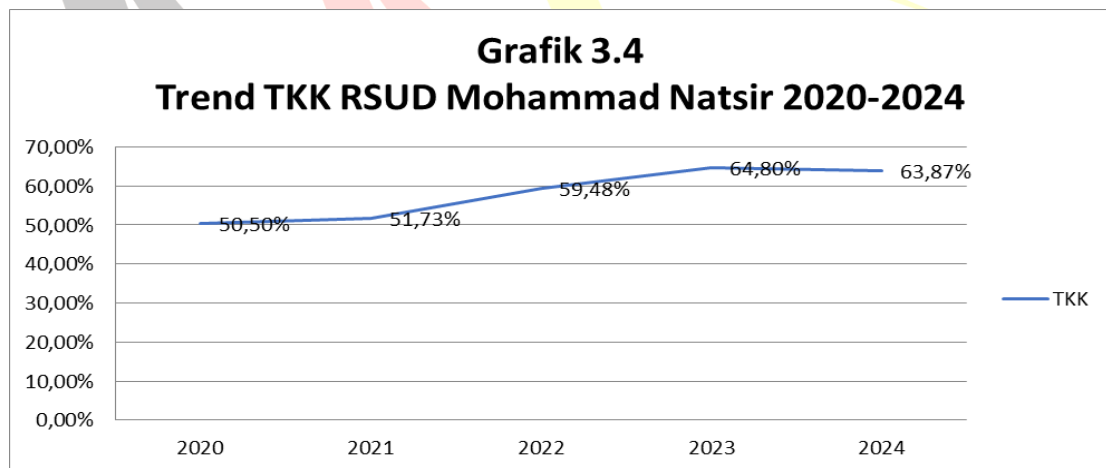
INDIKATOR KINERJA	TARGET JANGKA MENENGAH (2026)	TAHUN 2025	
		REALISASI	CAPAIAN
Tingkat Kemandirian Keuangan (TKK)	65%	65,98%	102,21%

Sumber Data : Renstra RSUD Mohammad Natsir Tahun 2021-2026

Jika dibandingkan dengan target jangka menengah yang termuat dalam Renstra RSUD Mohammad Natsir 2021-2026, maka target untuk akhir tahun 2026 Tingkat Kemandirian Keuangan RSUD Mohammad Natsir sebesar 65% dengan realisasi 65,98% dan tingkat capaian 102,21%, dapat dikatakan predikat Tingkat Kemandirian Keuangan RSUD Mohammad Natsir tahun 2025 sangat tinggi. Hal ini didukung oleh Sinergi dari seluruh *Civitas Hospitalia* untuk pencapaian target dalam upaya peningkatan pelayanan, konsistensi dari bidang/unit layanan medis dalam menyelesaikan administrasi keuangan serta gerakan efisiensi BLUD yang dilaksanakan.

6) Perkembangan Realisasi Indikator Kinerja Sasaran 5 Tahun Terakhir

Untuk perkembangan indikator Tingkat Kemandirian Keuangan RSUD Mohammad Natsir 5 tahun terakhir dapat dilihat pada grafik 3.4 berikut



Berdasarkan Grafik 3.4 diatas secara rata-rata Tingkat Kemandirian Keuangan RSUD Mohammad Natsir diatas 50%. Hal ini menjelaskan bahwa belanja operasional Rumah Sakit diatas 50% bersumber dari dana BLUD (Pendapatan Asli Rumah Sakit).

7) Perbandingan Realisasi Kinerja Tahun ini dengan Standar Nasional

Jika dibandingkan dengan standar nasional Rumah Sakit BLUD menurut Kementerian Dalam Negeri, Rumah Sakit BLUD sudah harus mampu membiayai seluruh belanja yang dikeluarkan dari pendapatan sendiri. Berikut terdapat 6 tingkat kemampuan keuangan yang diukur pada standar nasional keuangan, sebagaimana yang disajikan pada tabel berikut ini

Tabel 3.33

Standar Nasional Kemampuan Keuangan

Kemampuan Keuangan	Rasio Kemandirian	Pola Hubungan Pusat-Daerah dalam Otonomi Daerah
Rendah Sekali	0% - 25%	Instruktif
Rendah	>25% - 50%	Konstruktif
Sedang	>50%-75%	Partisipatif
Tinggi	>75%-100%	Delegatif

Sumber Data: Standar Nasional Penilaian Keuangan BLUD

Berdasarkan tingkat kemampuan keuangan Rumah Sakit yang dimuat pada Standar Nasional diatas, maka Tingkat Kemandirian Keuangan (TKK) RSUD Mohammad Natsir tahun 2024 dalam kategori sedang (>50%-75%) dengan pola hubungan Partisipatif, dimana tingkat kemandirian BLUD RSUD Mohammad Natsir mendekati mampu untuk melaksanakan otonomi sehingga peran pemerintah semakin sedikit.

8) Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja serta alternatif solusi yang telah dilakukan.

Adapun penyebab keberhasilan dari indikator Tingkat Kemandirian Keuangan (TKK) dapat dilihat pada capaian pendapatan RSUD Mohammad Natsir berikut:

Tabel 3.34
Analisis Capaian Keberhasilan Tahun 2025

Uraian Pendapatan	Target Pendapatan Tahun 2025 (Rp)	Kondisi Pendapatan Tahun 2025	
		Realisasi Keuangan (Rp)	% Capaian
Pendapatan Umum	7.052.000.000	5.862.355.458	83,13
Rawat Jalan	2.085.000.000	2.551.969.462	122,40
Rawat Inap	3.844.000.000	2.644.855.183	68,80
IGD	517.000.000	325.659.528	62,99
Apotik	606.000.000	339.871.285	56,08
Pendapatan BPJS	97.886.000.000	103.522.324.330	105,76
Pendapatan dari Pihak Ke-3	3.327.000.000	4.779.091.385	143,65
Ambulance		89.781.000	
PT Inheal		69.424.215	
PT Jasa Raharja		1.526.680.374	
PT Bukit Asam		483.480.516	



PT PLN Wilayah Sumbar		106.361.071	
PT KAI		-	
Rujukan Parsial		361.127.098	
Dana Pendamping		55.060.175	
Jam Persal		-	
Telkom		173.120.795	
Kemenkes		-	
PT Taspen		180.215.190	
Dana BAZ/UPZ		366.010.651	
Disput Covit		1.367.830.300	
Pendapatan Lainnya	1.960.000.000	2.789.249.545	142,31
Sewa Gedung PMC		4.000.000	
Sewa Bank BNI		20.000.000	
Sewa ATM dan Kantor Kas Bank Nagari		48.000.000	
Sewa Lahan Parkir		62.764.087	
Sewa Tanah KPRI		1.200.000	
Food Court		48.000.000	
Pendapatan Lain-lain		26.646.941	
Komkordik		375.784.000	
Universitas Baiturahmah		2.176.800.000	
Diklat		37.343.000	
Pendapatan BLUD dari Jasa Giro	25.000.000	33.418.289	133,67
Jasa Giro Pengeluaran		30.586.169	
Jasa Giro Penerimaan		2.832.120	
Jumlah	110.250.000.000	116.986.439.007	106,11

Berdasarkan tabel 3.33 diatas dapat diketahui penyebab keberhasilan indikator Tingkat Kemandirian Keuangan (TKK) didominasi dari pendapatan yang bersumber dari BPJS, Pendapatan dari pihak ketiga (yang berasal dari pendapatan *Ambulance*, PT, Inheal, PT Jasa Raharja, PT Bukit Asam, PT PLN Wilayah Sumbar, PT KAI, Rujukan Parsial, Dana Pendamping, Jam Persal, Telkom, Kemenkes, PT Taspen, Dana BAZ/UPZ dan disput covit serta Pendapatan lainnya yang bersumber dari sewa gedung PMC, Sewa Bank BNI, Sewa ATM dan kantor kas Bank Nagari, Sewa Lahan Parkir, Sewa Tanah KPRI, Food Court, pendapatan lain-lain, Komkordik, Universitas Baiturahmah, dan diklat. Terakhir Pendapatan BLUD dari jasa giro berupa jasa giro pengeluaran dan giro penerimaan.



Adapun usaha yang dilakukan oleh RSUD Mohammad Natsir dalam upaya meningkatkan Tingkat Kemandirian Keuangan (TKK) pada tahun 2025 diantaranya adalah:

- (1) Meningkatkan pendapatan melalui:
 - a. Meningkatkan layanan yang ada di rumah sakit sehingga RSUD Mohammad Natsir menjadi pilihan utama masyarakat 6 kabupaten/kota (sumatera barat bagian selatan dalam berobat):
 - b. Pembukaan layanan *Cathlab* untuk pasien Umum dan BPJS
 - c. Melengkapi sarana, prasarana dan alat Kesehatan yang diusulkan melalui dana SIHREN, DAK dan APBD
 - d. Meningkatkan kompetensi Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan melalui pelatihan, magang dan bimbingan teknis serta *workshop* dengan menyekolahkan dokter untuk mengambil Sp1 dan Sp2.
 - e. Meningkatkan sarana gedung rumah sakit melalui pengembangan rumah sakit seperti (rehab gedung rawat inap bedah, paru dan neurologi)
 - f. Membuka layanan baru seperti bedah onkologi dan onkologi paru sewa warung
 - g. Mengoptimalkan layanan unggulan Geriatri dan Hemodialisa
- (2) Melakukan efisiensi dalam belanja

10) Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya

Berdasarkan jumlah anggaran tahun 2025 sebesar Rp. 181.328.396.258,- terealisasi sebesar Rp.177.297.011.848,- atau (97,78%), hal ini menunjukkan dalam pencapaian sasaran tersebut terdapat sisa penggunaan anggaran sebesar Rp.4.031.384.410,- Jika membandingkan antara capaian indikator kinerja dengan realisasi anggaran diketahui bahwa capaian indikator kinerja sasaran Meningkatnya Kemandirian Keuangan Rumah Sakit (102,21%) lebih tinggi dari realisasi anggaran (97,78%) dengan tingkat efisiensi 61,08% (berdasarkan rumus perhitungan tingkat efisiensi PMK RI No.22/PMK.02/2021) berikut ini

Tabel 3.35

**Nilai Efisiensi Sasaran Strategis 3
Indikator Tingkat Kemandirian Keuangan**

Sasaran Strategis	Anggaran	Realisasi Anggaran	Rata-rata Capaian Indikator per Sasaran	Efisiensi Kinerja	Nilai Efisiensi (Konversi Nilai efisiensi skala 0-100%)
				$\frac{((\text{Anggaran} \times \text{Rata2 Capaian}) - \text{Realisasi Anggaran})}{\text{Anggaran}} \times 100\%$	$NE = 50\% + (\text{Efisiensi Kinerja}/20 * 50)$
Sasaran Strategis 3 : Meningkatnya Kemandirian Keuangan Rumah Sakit	181.328.396.258	177.297.011.848	102,21%	0,04	61,08%

$$\begin{aligned} \text{Nilai Efisiensi (NE)} &= \frac{(\text{Pagu Anggaran} \times \text{Capaian Kinerja}) - \text{Realisasi Anggaran}}{\text{Pagu Anggaran}} \times 100\% \\ &= \frac{(181.328.396.258 \times 102,21\%) - 177.297.011.848}{181.328.396.258} \times 100\% \\ &= 0,04 \\ &= 50\% + (\text{Efisiensi Kinerja}/20 * 50) \\ &= 61,08\% \end{aligned}$$

Nilai Efisiensi (Konversi Nilai Efisiensi Skala 0 – 100%) = **61,08%**

Upaya Efisiensi RSUD Mohammad Natsir Tahun 2025

Dalam capaian empat indikator kinerja utama diatas maka RSUD Mohammad Natsir telah melakukan efisiensi Program, Kegiatan dan Subkegiatan pada masing-masing unit-unit/bidang yang terdiri dari:

- (1) Pemanfaatan teknologi dan informasi berupa penggunaan media *online* dalam kegiatan sosialisasi dan *workshop* akreditasi yang sudah dilaksanakan oleh RSUD Mohammad Natsir dapat memberikan kontribusi positif terhadap efisiensi sumber daya keuangan dan sumber daya manusia.
- (2) Penggunaan Sumber Daya Manusia (SDM) berupa pengadaan pelatihan yang diadakan dengan menggunakan fasilitas rumah sakit yang ada dengan metode *In House Training*, dapat menghemat pemakaian anggaran dibandingkan dengan mengadakan pelatihan di hotel atau mengirim petugas pelatihan keluar daerah.
- (3) Dengan adanya pelatihan di Rumah Sakit dengan sistem bergilir dapat menekan biaya/belanja operasional Rumah Sakit yang pada akhirnya tetap memberikan pelayanan yang terbaik bagi masyarakat dan pasien.
- (4) Penggunaan Sumber Daya berupa pemanfaatan sarana dan prasarana yang ada dengan memodifikasinya sesuai dengan standar yang telah ditetapkan dalam Akreditasi Rumah Sakit dapat meningkatkan efisiensi, seperti pemakaian lift,

penerangan, alat pendingin ruangan (AC), air dan listrik gedung kantor/bangunan/unit

(1) Pengaturan penggunaan lift:

1. Pemakaian lift pada gedung pusako hanya boleh digunakan untuk pasien dan hemodialisa yang memerlukan transportasi lift. Bagi petugas, pegawai serta mahasiswa dengan kondisi sehat agar menggunakan tangga untuk naik/turun ke lantai 2 dan 3.
2. Untuk lift di gedung serunai dan gedung IDT agar dikendalikan pemakaiannya hanya untuk pasien yang membutuhkan saja

(2) AC dapat dihidupkan pada awal jam kerja sampai dengan berakhirnya jam kerja

(3) Setiap pegawai wajib mematikan listrik/AC dan peralatan kantor yang menggunakan energi jika ruangan kerja atau ruangan pasien tidak digunakan.

(4) Setiap *Cleaning Service* memastikan bahwa semua listrik/AC dalam keadaan mati ketika selesai melakukan pekerjaan dan sebelum ruangan dikunci

(5) Satpam wajib memonitor dan mematikan lampu penerangan di luar ruangan pada pagi hari

(6) Mematikan *computer /PC* jika akan meninggalkan ruangan kerja lebih dari 30 menit

(7) Mematikan printer jika tidak digunakan dan hanya akan menyalakan sesaat sebelum mencetak

(5) Penggunaan Sumber Daya Manusia (SDM) berupa peningkatan komunikasi yang efektif antara petugas rumah sakit dengan Masyarakat dan pasien dengan mengedepankan 8 indikator pelayanan prima yaitu: penampilan, disiplin, kejujuran, percaya diri, santun, gotong royong, tanggungjawab, dan profesional.

(6) Pemanfaatan Sumber Daya Teknologi dan Informasi berupa adanya inovasi-inovasi unggul dalam bidang pelayanan yang dapat meningkatkan efisiensi pelayanan kepada masyarakat dan pasien

(7) Pemanfaatan Sumber Daya Sarana dan Prasarana yang telah disediakan oleh Rumah Sakit membuat pasien nyaman dan tenang berada di Rumah Sakit seperti



penataan parkir, menyediakan tempat istirahat bagi keluarga pasien, menciptakan lingkungan hijau pada Rumah Sakit dan lainnya.

- (8) Menurunkan harga kontrak dibawah pagu anggaran (hasil negosiasi dengan pihak ke-3) untuk kegiatan rehab gedung rawat inap bedah, paru dan neurologi;
- (9) Efisiensi terhadap anggaran juga telah dilakukan oleh RSUD Mohammad Natsir seperti Pembangunan/rehab sarana dan prasarana untuk menghemat APBD dan efisiensi dana BLUD, RSUD Mohammad Natsir melakukan beberapa permintaan dana dari pusat seperti dana SIHREN dan DAK.
- (10) Efisiensi terhadap anggaran kegiatan juga ditemukan pada Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Medis RSUD Mohammad Natsir yakni dengan melakukan perbaikan dan pemeliharaan untuk alat elektromedis dan kesehatan pada tahun 2025 telah mengefisiensi anggaran rumah sakit sebesar Rp. 932.885.000,-

PENGHEMATAN PEMELIHARAAN IPS MEDIS

Alat Elektromedis						
No.	Nama Alat	Tgl	Kerusakan	Biaya Perbaikan	Biaya Pemeliharaan yang harus di keluarkan	Ruangan
1	EKG MAC 2000	08 October 2025	motor printer	Rp16.000.000		
2	syringe pump	13 October 2025	pegangang syringe	Rp21.000.000		
3	syringe pump	12 November 2025	pegangang syringe	Rp21.000.000		
4	Jasa Pengecekan Fluoroscopy	17 November 2025	Service dengan pengecekan alat	Rp24.000.000		
5	Perbaikan USG	02 January 2025	Over heating vertoruy saat pengamuran	Rp300.000.000		
6	Perbaikan bact Labor	03 January 2025		Rp4.000.000		
7	Perbaikan lampu IGD	07 January 2025	lampu tidak hidup	Rp6.500.000		
8	pemasangan central monitor GE di CVCU	21 January 2025	install	Rp60.000.000		
9	Incubator GE	05 February 2025	Tidak Panas	Rp350.000.000		
10	Perbaikan Strecher	07 February 2025	tidak bisa naik	Rp24.000.000		
11	Perbaikan Nebulizer	20 February 2025	perbaikan ultrasoun	Rp2.000.000		
12	Perbaikan SLE 1000	24 February 2025	reset SLE 1000	Rp1.000.000		
13	perbaikan syringe Pump BBRAUN	03 March 2025	kanibal part	Rp950.000		
14	PM Printer carestream	05 March 2025	PM	Rp2.500.000		
15	perbaikan slit lamp	07 March 2025	slit lamp tidak konek	Rp8.500.000		
16	perbaikan anesthesi	10 March 2025	overdue	Rp2.000.000		
17	perbaikan Incubator GE	09 April 2025	berbunyi keras	Rp28.000.000		
18	perbaikan dental chair	19 June 2025	bocor + mati total	Rp1.500.000		
19	perbaikan dental chair	23 July 2025	scaler tidak menyemprot	Rp500.000		
20	perbaikan infus pump mindray	07 August 2025	flexibel rusak	Rp350.000		
21	perbaikan dental chair	20 August 2025	bocor	Rp500.000		
22	perbaikan ophthalmoscope indirect	10 September 2025	lepas kaca dan tidak bisa d pakai	Rp1.800.000		
23	perbaikan infus pump mindray	22 September 2025	error cloud	Rp2.500.000		
			TOTAL	Rp878.600.000		Rp0



Alat Kesehatan						
No.	Nama Alat	Tgl	Kerusakan	Biaya Perbaikan	Biaya Pemeliharaan yang harus di keluarkan	
1	trolley refreshing	07 March 2025	rusak roda dan hydrolic nyangkut		Rp9.100.000	
2	trolley refreshing	07 March 2025	rusak roda dan hydrolic nyangkut		Rp9.100.000	
3	trolley refreshing	07 March 2025	rusak roda dan hydrolic nyangkut		Rp9.100.000	
4	Regulator O2 dinding	30 April 2025	Bocor		Rp2.250.000	
5	Regulator O2 dinding	30 April 2025	Bocor		Rp2.250.000	
6	Kursi Roda Satpam	05 May 2025	Roda rusak berat dan kelengkapan baut		Rp5.300.000	
7	perbaikan kursi roda	05 May 2025	Roda rusak berat dan kelengkapan baut		Rp4.895.000	
8	perbaikan kursi roda	05 May 2025	Roda rusak berat dan kelengkapan baut		Rp4.895.000	
9	perbaikan kursi roda	05 May 2025	Roda rusak berat dan kelengkapan baut		Rp4.895.000	
10	perbaik bed 3 rank	05 June 2025	penggantian guar bed patient		Rp2.500.000	
					TOTAL	Rp54.285.000
					GAND TOTAL	Rp932.885.000

Sumber data : Laporan Penghematan Pemeliharaan IPSRS Tahun 2025

- (11) Penggunaan Sumber Daya Manusia/SDM dalam pembahasan bersama sistem AKIP yang melibatkan seluruh tingkat manajemen yang meliputi penetapan target perjanjian kinerja, indikator kinerja individu dan rencana aksi yang berpedoman pada *Cascading* dan *Crosscutting* RSUD Mohammad Natsir.
- (12) Dari sisi efisiensi waktu, adanya monitoring dan evaluasi dari manajemen di masing-masing bidang/bagian setiap bulan/triwulannya atas capaian rencana aksi/kegiatan yang dilakukan oleh unit masing-masing.
- (13) Dalam pemanfaatan IT untuk pengembangan aplikasi kinerja yang digagas oleh Tim SIMRS RSUD Mohammad Natsir dapat mengefisienkan biaya yang dikeluarkan oleh RSUD Mohammad Natsir.
- (14) Efisiensi keuangan untuk belanja operasional rutin (listrik, air dan telepon) yang telah dilakukan diantaranya penghematan penggunaan listrik, air dan telepon dengan mensosialisasikannya setiap apel pagi, pertemuan rutin bulanan, hingga himbauan melalui corong informasi pasien setiap harinya.
- (15) Efisiensi keuangan untuk perjalanan dinas yang dilakukan oleh manajemen dan jajaran terkait.
- (16) Efisiensi keuangan untuk belanja rutin pengadaan komputer dan jaringan komputerisasi dengan memanfaatkan sarana PC/komputer yang ada dengan cara meningkatkan pemeliharannya.
- (17) Efisiensi keuangan untuk persediaan barang berupa alat tulis kantor (ATK), bahan kebersihan, perlengkapan kantor/rumah tangga, komponen instalasi listrik, bahan makanan, perlengkapan kantor/rumah tangga, komponen instalasi

listrik, bahan makanan/minuman dan kebutuhan lainnya wajib menyusun dan melaporkan laporan pemakaian bulan sebelumnya.

- (18) Efisiensi keuangan untuk amprah obat-obatan, bahan medis habis pakai, bahan laboratorium, gas oksigen dan LPG, APAR dan kebutuhan lainnya wajib menyusun dan melaporkan laporan pemakaian bulan sebelumnya.
- (19) Efisiensi keuangan dalam mengusulkan perencanaan maupun menerima alat kesehatan agar menyampaikan daftar laporan dan kondisi barang/alat kesehatan yang tersedia di ruangan/unit masing-masing
- (20) Efisiensi keuangan dalam hal pengadaan barang dan alat kesehatan wajib mengutamakan penggunaan produk dalam negeri kecuali bagi alat kesehatan yang dapat dipertanggungjawabkan penjelasannya, sebagaimana surat edaran dari Kementerian Kesehatan No. HK.02/V/1904/2021 tanggal 3 Juni 2021

11) Analisis program/kegiatan yang menunjang ataupun kegagalan pencapaian pernyataan kinerja

Untuk mencapai sasaran Meningkatkan Kemandirian Keuangan Rumah Sakit terdapat 1 Indikator Kinerja yaitu Tingkat Kemandirian Keuangan dengan 2 Program (Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Provinsi dan dengan 2 kegiatan yaitu Administrasi Keuangan Perangkat Daerah, dengan kegiatan dan Peningkatan Pelayanan BLUD) dan (Program Pemenuhan UKP dan UKM dengan 1 kegiatan penyediaan fasilitas pelayanan, sarana, prasarana dan alat kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi) Capaian indikator Tingkat Kemandirian Keuangan didukung oleh program, kegiatan yang berasal dari dana APBD Provinsi Sumatera Barat tahun 2025, dana BLUD dan dana DAK sebesar Rp. 181.328.396.258,- pelaksanaan program dan kegiatan tersebut sudah sesuai dengan efektif mencapai Meningkatkan Kemandirian Keuangan Rumah Sakit.

3.4 REALISASI ANGGARAN

Urusan Kesehatan yang dilaksanakan oleh RSUD Mohammad Natsir Pada Tahun Anggaran 2025 telah dialokasikan anggaran sebesar Rp.181.328.396.258,- dengan realisasi keuangan Rp. 177.297.011.848 (97,78%) dan realisasi fisik sebesar 100%,



Urusan tersebut dilaksanakan melalui 2 Program, 3 Kegiatan dan 3 Sub Kegiatan dengan rincian sebagai berikut

1. Pendapatan Rumah Sakit

Tabel 3.36 Realisasi Pendapatan RSUD Mohammad Natsir Tahun 2025

Table with 6 columns: NO, NAMA KEGIATAN, TARGET (Rp), Fisik (%), Keuangan (Rp), and %. Row A: PENDAPATAN, 110.250.000.000, 100, 116.986.439.007, 106,11

Sumber Data : Laporan Pendapatan RSUD Mohammad Natsir tahun 2025

Pada Tahun 2025, RSUD Mohammad Natsir merencanakan penerimaan Pendapatan Daerah melalui Anggaran Pendapatan Belanja Rumah Sakit sebesar Rp. 110.250.000.000,-, sedangkan realisasi pendapatan RSUD RSUD Mohammad Tahun 2025 sebesar Rp. 116.986.439.007,- maka nilai persentase capaian pendapatan rumah sakit menjadi 106,11%

a. Belanja Rumah Sakit

Adapun alokasi anggaran belanja untuk urusan kesehatan yang dilaksanakan oleh RSUD Mohammad Natsir Tahun Anggaran 2025 adalah sebesar Rp. 181.328,396.258,- dengan realisasi keuangan sebesar Rp. 177.297.011.848,- atau 97,78% dan realisasi fisik sebesar 100%, Urusan tersebut dilaksanakan melalui 2 Program, 3 Kegiatan dan 3 Sub Kegiatan dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 3.37 Realisasi Fisik dan Keuangan Program dan Kegiatan APBD RSUD Mohammad Natsir Tahun 2025

Table with 6 columns: NO, Nama Kegiatan, Anggaran (Rp), Fisik, Keuangan (Rp), and % Keu. Rows include: A Urusan Pemerintah Bidang Kesehatan, I Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah, and sub-rows for Kegiatan Administrasi keuangan Perangkat Daerah and -Penyediaan Gaji dan Tunjangan ASN.



Kegiatan Peningkatan Pelayanan BLUD	114.991.919.521	100	113.124.883.231	98,38
-Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	114.991.919.521	100	113.124.883.231	98,38
Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat	2.427.128.027	100	2.343.361.000	96,55
Kegiatan : Penyediaan fasilitas pelayanan sarana. prasarana dan alat kesehatan untuk UKP Rujukan. UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi	2.427.128.027	100	2.343.361.000	96,55
Pengembangan Rumah Sakit	2.427.128.027	100	2.343.361.000	96,55
Total	181.328.396.258	100	177.297.011.848	97,78

Sumber Data : Laporan Realisasi Fisik dan Keuangan *Simbangda Based Evidence* 2025

Dari tabel diatas dapat kita lihat bahwa realisasi fisik untuk seluruh kegiatan, baik Belanja Operasi maupun belanja modal tahun 2025 mencapai 100%. Sedangkan untuk realisasi keuangan sebesar 97,78%.

Realisasi pada tahun 2025 terdiri dari 2 program yaitu :

1. Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah Provinsi realisasi keuangan :
Rp. 174.953.650.848 (97,79%) dengan kegiatan :
 - a. Kegiatan Administrasi keuangan Perangkat Realisasi keuangan :
Rp. 61.828.767.617,- (96,74%) merupakan realisasi untuk pembayaran gaji dan tunjangan ASN RSUD Mohammad Natsir selama 12 bulan
 - b. Kegiatan Peningkatan Pelayanan BLUD Realisasi Keuangan :
Rp. 113.124.883.231,- (98,38%) yang terdiri dari belanja operasi dan belanja modal. Belanja operasi terdiri dari belanja penatausahaan, peningkatan pelayanan siaga dan tindak siaga medik, penyediaan alat tulis kantor, bahan



kebersihan, pengadaan gas oksigen, pelayanan darah, pengadaan bahan labor, obat-obatan, alat kesehatan habis pakai dan lain-lain.

Belanja Modal terdiri dari belanja modal perlengkapan rumah tangga, mebeleur, pengadaan peralatan dan perlengkapan kantor, belanja modal pengadaan gedung dan bangunan dan lain-lain.

2. Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat, realisasi keuangan : Rp. 2.343.361.000,-

dengan kegiatan:

a. Penyediaan fasilitas pelayanan sarana. prasarana dan alat kesehatan untuk UKP Rujukan. UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi

Pada tahun 2025 RSUD Mohammad Natsir telah melakukan rehab gedung rawat inap bedah, paru dan neurologi yang bersumber dari dana DAK dengan realisasi keuangan sebesar Rp. 2.343.361.000,- (96,55%).

Hasil yang didapatkan dari Program dan Kegiatan RSUD Mohammad Natsir tahun 2025 adalah:

1. Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah

Untuk Kegiatan Pelayanan BLUD lebih banyak pada kegiatan rutin dan pemeliharaan, seperti gaji tenaga kontrak BLUD, gaji karyawan *outsourcing*, belanja obat dan alat kesehatan habis pakai. Namun selain belanja rutin dan pemeliharaan, kegiatan BLUD juga menganggarkan Belanja Modal yang diantaranya belanja modal pengadaan peralatan dan mesin, belanja modal untuk pemeliharaan/rehab gedung rawat inap/rawat jalan dan instalasi, konsultan perencana dan pengawas pengembang gedung rumah sakit.

2. Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat

Hasil yang dicapai adalah terpenuhinya jumlah Sarana dan Prasarana Rumah Sakit sesuai standar Rumah Sakit Tipe B, dengan terpenuhinya sarana dan prasarana Rumah Sakit diharapkan akan meningkatkan kualitas pelayanan kepada pasien. Pada tahun 2025 RSUD Mohammad Natsir telah melakukan rehab gedung rawat inap bedah, paru dan neurologi yang bersumber dari dana DAK.

BAB IV

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Tahun 2021-2026, Rencana Strategis (Renstra) RSUD Mohammad Natsir Tahun 2021-2026 maupun Perjanjian Kinerja Tahun 2025 merupakan dasar RSUD Mohammad Natsir dalam menjalankan tugas, tanggungjawab, dan amanah untuk melaksanakan urusan pemerintah daerah di bidang kesehatan.

Sebagai bentuk pertanggungjawaban penyelenggaraan pemerintah yang baik sesuai dengan yang diamanatkan, maka RSUD Mohammad Natsir menyusun Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) tahun 2025 yang menyajikan berbagai keberhasilan maupun kegagalan capaian strategis RSUD Mohammad Natsir.

Dalam pelaksanaan kegiatan pada tahun anggaran 2025, RSUD Mohammad Natsir telah melakukan peningkatan pelayanan kepada pasien dengan mengupayakan peningkatan sumber daya yang ada berupa penambahan Sumber Daya Manusia (SDM) baik dari segi kualitas maupun kuantitas, penambahan sarana, prasarana alat kesehatan, gedung dan fasilitas penunjang lainnya serta peningkatan manajemen pengelolaan rumah sakit sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) selain itu dari sistem AKIP juga telah dilakukan perbaikan terhadap lima komponen utama yaitu perencanaan kinerja, pengukuran kinerja, pelaporan kinerja, evaluasi kinerja dan capaian sasaran/kinerja.

Hasil capaian kinerja dari 3 sasaran strategis dan 4 indikator kinerja RSUD Mohammad Natsir tahun 2025 dapat dilihat pada tabel berikut

Tabel 4.1 Realisasi Capaian Indikator Kinerja
RSUD Mohammad Natsir Tahun 2025

N O	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	CAPAIAN
1	Meningkatnya Kualitas Layanan Rumah Sakit	1. Akreditasi Rumah Sakit	85 % (Paripurna)	85 % (Paripurna)	100%
		2. Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)	97,46 %	96,97%	99,49%



2	Meningkatnya Akuntabilitas Kinerja Organisasi	3.	Nilai Evaluasi SAKIP	80,61	81,76	101,43%
3	Meningkatnya Kemandirian Keuangan Rumah Sakit	4.	Tingkat Kemandirian Keuangan (TKK)	64,55 %	65,98%	102,21%
Rata-Rata Capaian Indikator 3 Sasaran Strategis, 4 Indikator Kinerja						100,78%

Dari tabel diatas terlihat realisasi capaian indikator kinerja RSUD Mohammad Natsir Tahun 2025 yang memperoleh **nilai rata-rata 100,78%** dengan predikat **SANGAT TINGGI** yang artinya RSUD Mohammad Natsir telah memenuhi target kinerja yang telah ditetapkan. Pencapaian kinerja rumah sakit ini merupakan perwujudan atas perencanaan dan tanggungjawab dalam melaksanakan tugas pelayanan kepada masyarakat, dimana akan selalu ada faktor-faktor penghambat yang dihadapi dalam pelaksanaan pekerjaan.

Beberapa kelemahan dalam pencapaian sasaran strategis dapat diidentifikasi sebagai berikut:

1) Masih adanya sarana dan prasarana rumah sakit yang belum representatif

a. Sarana

Masih adanya gedung layanan RSUD Mohammad Natsir yang memiliki umur lebih dari 40 tahun yang relatif lama tersebut diantaranya adalah gedung layanan rawat jalan dan rawat inap sehingga layanan rawat inap berstandar KRIS belum terpenuhi.

b. Prasarana

Saat ini Rumah Sakit masih perlu peremajaan *ambulance* (sudah tua), belum tersedianya *AC Central*, gas medis di seluruh ruang layanan sesuai dengan standar, serta belum terpenuhinya kapasitas genset dan UPS untuk *memback up* alat-alat bila terjadi gangguan listrik dari PLN.

2) Masih kurangnya alat kesehatan

Masih kurangnya alat kesehatan untuk memenuhi kompetensi strata madya ke-24 layanan kesehatan yang ditetapkan oleh kementerian kesehatan tahun 2025 kelas rumah sakit berdasarkan kompetensi seperti C-Arm, MRI, Set Enderologi dan lain-lain.

3) Masih kurangnya Sumber Daya Manusia (SDM)

Sebagai Rumah Sakit rujukan jaring KJSU yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, RSUD Mohammad Natsir masih mengalami kekurangan jumlah tenaga medis terutama dokter sub spesialis *bedah syaraf* dan *urologi* serta tenaga perawat dan penunjang lainnya.

Langkah-langkah/alternatif solusi yang telah dilakukan oleh RSUD Mohammad Natsir dalam upaya memperbaiki kinerja antara lain:

(1) Pemenuhan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit

Dalam rangka pemenuhan sarana layanan rumah sakit, RSUD Mohammad Natsir akan melakukan beberapa rehab/pemeliharaan gedung diantaranya rehab ruang rawat inap bedah, neurologi, dan paru yang bersumber dari dana DAK, rehab ruangan *cytotoxic*, serta pemeliharaan rutin gedung rumah sakit yang bersumber dari dana BLUD. Pemenuhan Prasarana rumah sakit seperti memberikan ketersediaan listrik, air bersih, ketersediaan genset, *AC Central* dan gas medis yang bersumber dari dana BLUD.

(2) Pemenuhan Alat Kesehatan Rumah Sakit

Dalam rangka pemenuhan alat kesehatan untuk mendorong program KJSU maka RSUD Mohammad Natsir mengajukan pemenuhan alat kesehatan yang bersumber dari dana DAK dan SIHREN.

(3) Peningkatan Sumber Daya Manusia (SDM)

Dalam upaya peningkatan SDM untuk mendorong program KJSU RSUD Mohammad Natsir akan melakukan beberapa usaha diantaranya:

1. Rekrutmen dokter kontrak/referal
2. Kerjasama pemenuhan SDM dengan rumah sakit lain
3. Mendorong tenaga yang ada untuk melakukan peningkatan melalui
 - a. Pelatihan, *Workshop, in house training*,
 - b. Memberi kesempatan kepada dokter dan tenaga medis lainnya untuk melanjutkan pendidikan Sp1 dan Sp2.



4.2 Upaya Perbaikan Akuntabilitas Kinerja di Masa Yang akan Datang

Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) RSUD Mohammad Natsir 2025 ini dijadikan bahan evaluasi untuk peningkatan pengelolaan kinerja RSUD Mohammad Natsir serta dapat digunakan sebagai bahan untuk merumuskan kebijakan rumah sakit kedepannya. Untuk tahun anggaran berikut perlunya optimalisasi usaha dalam melaksanakan seluruh program serta evaluasi dan monitoring secara rutin dan berkala sehingga permasalahan yang timbul dalam usaha pencapaian target kinerja bisa diatasi dengan cepat.





PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR

Jl. SimpangRambio Kota Solok Telp. (0755) 20003 Faks: (0755) 20003
Website: www.rsudnatsir.sumbarprov.go.id email: rsud.natsir@sumbarprov.go.id



PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025

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

Nama : dr. Elvi Fitraneti, Sp.PD FINASIM
Jabatan : Direktur RSUD Mohammad Natsir

Selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : Mahyeldi
Jabatan : Gubernur Sumatera Barat

Selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua

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

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

Solok, Januari 2025

PIHAK KEDUA
Gubernur Sumatera Barat


Mahyeldi

PIHAK PERTAMA


dr. Elvi Fitraneti, Sp.PD FINASIM
NIP. 19710514 200212 2 002



Perjanjian Kinerja

Nama Perangkat Daerah : RSUD Mohammad Natsir

Tahun : 2025

No	Sasaran Strategi	Indikator Kinerja	Target
1.	Meningkatnya Kualitas Layanan Rumah Sakit	1. Akreditasi Rumah Sakit 2. Indeks Kepuasan Masyarakat	85 % 97,46%
2.	Meningkatnya Akuntabilitas Kinerja Organisasi	Nilai Evaluasi SAKIP	80,61
3.	Meningkatnya Kemandirian Keuangan Rumah Sakit	Tingkat Kemandirian Keuangan RS (TKK)	64,55%

No.	Program	Anggaran	Ket
1.	Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah Provinsi	Rp. 173.275.901.061	
	a. Administrasi Keuangan Perangkat Daerah	Rp. 63.025.901.061,-	
	- Penyediaan Gaji dan Tunjangan ASN	Rp. 63.025.901.061,-	
	b. Peningkatan Pelayanan BLUD	Rp. 110.250.000.000,-	
	- Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	Rp. 110.250.000.000,-	
2.	Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat	Rp. 2.427.128.027,-	
	a. Penyediaan Fasilitas Pelayanan, Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi	Rp. 2.427.128.027,-	
	- Rehab Ruang Rawat Inap Bedah, Neurologi dan Paru	Rp. 2.427.128.027,-	
	Jumlah	Rp. 175.703.029.088,-	

Gubernur Sumatera Barat

Mahyeldi

Solok, Januari 2025

Direktur RSUD Mohammad Natsir

dr. Elvi Fitrianti, Sp.PD FINASIM
NIP. 19710514 200212 2 002



- (i) Penghargaan Atas Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah dengan Predikat A (Memuaskan) selama 3 tahun berturut turut (2023 s.d 2025)



1. Penghargaan Atas Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah Tahun 2025 dengan Nilai dan Prediket Memuaskan





2. Peringkat 3 Pada Lomba Cerdas Cermat ASN BerAKHLAK
Lingkup Perangkat Daerah Provinsi Sumatera Barat



3. Penghargaan atas partisipasi dan kontribusi serta dukungan tak ternilai menjadi
Salah Satu Sponsor pada kegiatan Hari Bakti Dokter Indonesia (HBDI) 117 IDI
Wilayah Sumatera Barat





4. Penghargaan Sebagai Pusat Layanan Kecelakaan Kerja Terbaik 2 Tahun 2025
Kategori Rumah Sakit



5. Hasil Evaluasi Kinerja Pengelolaan Lingkungan Proper Daerah 2024-2025
dengan Peringkat Biru





1. Dasar Hukum Penyusunan LKJIP RSUD Mohammad Natsir Tahun 2025

- a. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah, ditetapkan Satuan Kerja Perangkat Daerah wajib menyusun Rencana Strategis (Renstra).
- b. Ketetapan MPR-RI Nomor XI/MPR/1998 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas Korupsi, Kolusi, dan Nepotisme.
- c. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah.
- d. Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tanggal 21 April 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah yang mewajibkan setiap Instansi Pemerintah untuk mempertanggungjawabkan pelaksanaan tugas pokok dan fungsinya serta kewenangan pengelolaan sumber daya dengan didasarkan suatu Perencanaan Strategis yang ditetapkan oleh masing-masing instansi.
- e. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 88 Tahun 2021 tentang Evaluasi Akuntabilitas Instansi Pemerintah.
- f. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2017 Tanggal 7 April 2017 tentang Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintah Daerah.
- g. Peraturan Daerah Provinsi Sumatera Barat Nomor 8 Tahun 2016 tanggal 1 November 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Organisasi Perangkat Daerah Provinsi Sumatera Barat sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Peraturan Daerah Provinsi Sumatera Barat Nomor 2 Tahun 2021 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Daerah Provinsi Sumatera Barat Nomor 8 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Provinsi Sumatera Barat.
- h. Peraturan Gubernur Sumatera Barat Nomor 2 Tahun 2025 tentang Perubahan Atas Peraturan Gubernur Sumatera Barat Nomor 71 Tahun 2020 tentang Pelaksanaan Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah di Lingkungan Pemerintah Daerah Provinsi Sumatera Barat.
- i. Peraturan Gubernur Sumatera Barat Nomor 21 Tahun 2024 tentang Susunan Organisasi dan Tata Laksana Struktural RSUD Mohammad Natsir



- j. Surat Edaran Gubernur Nomor 100.3.4.1/373/ED/GSB-2025, tentang Penyerahan Hasil Pengukuran dan Analisa Kinerja Pemerintah Provinsi Sumatera Barat Tahun 2025 dan Penyerahan Laporan Kinerja Perangkat Daerah Tahun 2025.
- k. Surat Keputusan Direktur RSUD Mohammad Natsir Nomor 189/002/Angg/2025 tentang Pembentukan Tim Akuntabilitas Kinerja RSUD Mohammad Natsir Tahun 2025.



2) Surat Pernyataan Komitmen Bersama Dalam Upaya Pencapaian Sasaran Strategis RSUD Mohammad Natsir Tahun 2025



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD MOHAMMAD NATSIR
Jl Simpang Rumbio Kota Solok Telp.(0755) 20003 Faks: (0755) 20003
bsite: www.rsudmohammadnatsir.sumbarpov.go.id email: rsud.mohammadnatsir@sumbarprov.go.id



SURAT PERNYATAAN KOMITMEN BERSAMA

Dalam upaya pencapaian sasaran strategis RSUD Mohammad Natsir Tahun 2025:

1. Peningkatan kualitas layanan rumah sakit
2. Peningkatan akuntabilitas kinerja organisasi
3. Peningkatan kemandirian keuangan rumah sakit

Maka dengan ini kami berkomitmen :

1. Berorientasi pelayanan, akuntabel, kompeten, harmonis, loyal, adaptif dan kolaboratif dalam melaksanakan tugas;
2. Melaksanakan pelayanan yang konsisten dan berkelanjutan sesuai dengan visi, misi, tujuan dan standar pelayanan;
3. Berperan aktif dalam mendukung dan melaksanakan perbaikan kinerja sesuai dengan implementasi SAKIP;
4. Melaksanakan setiap tugas sesuai dengan yang telah ditetapkan;
5. Melakukan pengawasan dan pengendalian terhadap pelaksanaan tugas secara konsisten, efektif, dan tepat waktu;
6. Apabila tidak memenuhi hal-hal tersebut diatas, kami bersedia menerima segala resiko dan sanksi.

KAMI YANG BERKOMITMEN

1. **Direktur RSUD Mohammad Natsir**
dr. Elvi Fitraneti, Sp.PD, FINASIM
NIP. 19710514 200212 2 002
2. **Wakil Direktur Pelayanan**
dr. Sofni Morawati, Sp.PK
NIP. 19700129 200212 2 004
3. **Plt Wakil Direktur Umum dan SDM**
Aprizal Malik, SE.MM.M.Si
NIP. 19731212 199403 1 008
4. **Wakil Direktur Keuangan**
Aprizal Malik, SE.MM.M.Si
NIP. 19731212 199403 1 008
5. **Kabid Pelayanan Medis**
dr. Sulistiana Dewi, Sp.KJ
NIP. 19760926 199403 1 008



- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.



6. **Kabid Keperawatan**
Ns. Arlina J. M.Kep
NIP. 19720823 199703 2 003
7. **Kabid Penunjang Medis**
Ns. Rahmat, S.Kep M.KM
NIP. 19770713 199703 1 001
8. **Kabag SDM**
Elysa Darwis, S.Tr.Keb
NIP. 19700416 199101 2 001
9. **Plt Kabag Umum**
Elysa Darwis, S.Tr.Keb
NIP. 19700416 199101 2 001
10. **Kabag Perencanaan dan Anggaran**
Zulhanif, S.Hut,MM
NIP. 19771225 200501 1 006
11. **Kabag Perbendaharan dan Akuntansi**
Titin Satriani, SH
NIP. 19680811 198903 2 001

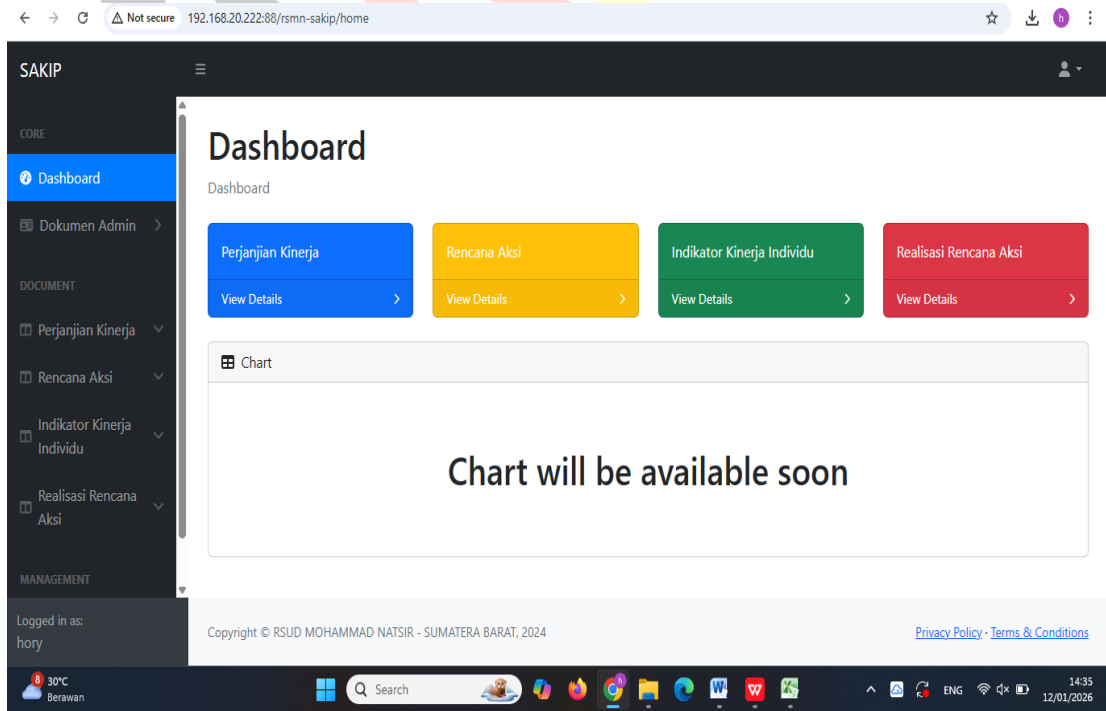
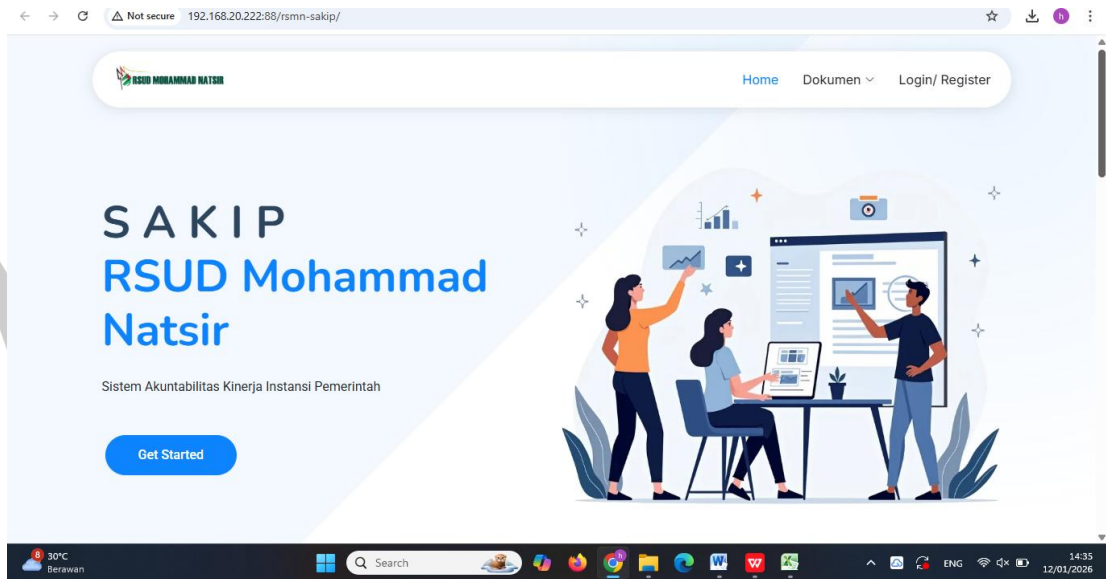
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.
- 11.

Ditetapkan di : Solok
Pada Tanggal : 2 Januari 2025


Ditandatangani oleh: RSUD Mohammad Natsir

Dr. Elysa Efraneti, Sp.PD FINASIM
NIP. 19710514 200212 2 002



3) Inovasi Penilaian Kinerja (SI KEREN- Sistem Informasi Kinerja Onlen) RSUD Mohammad Natsir





← → ↻ Not secure 192.168.20.222:88/rsmn-sakip/ ☆ ⬇️

RSUD MOHAMMAD NATSIR Home Dokumen ▾ Dashboard

Form Upload

Harap teliti sebelum melakukan submit, form yang telah di-submit tidak dapat diperbaiki.

Nama *	NIP	
-- Pilih Pegawai --	NIP	
Unit *	Tahun Dokumen *	
Unit	Tahun dokumen	
Jenis Dokumen *	Perubahan	Upload File (.pdf) *
-- Pilih Jenis Dokumen --	-- Pilih Ya/ Tidak --	Choose File No file chosen

SUBMIT ⬆️

30°C Berawan Search 14 12/01/20



4) Dokumentasi Alat Kesehatan, Sarana dan Prasarana RSUD Mohammad Natsir



Hemodialisa







Ruang Bermain Anak



Gedung Poliklinik



Pengelolaan Parkir Menggunakan Pihak Ketiga



Penambahan dan proses perbaikan lahan parkir RSUD M. Natsir

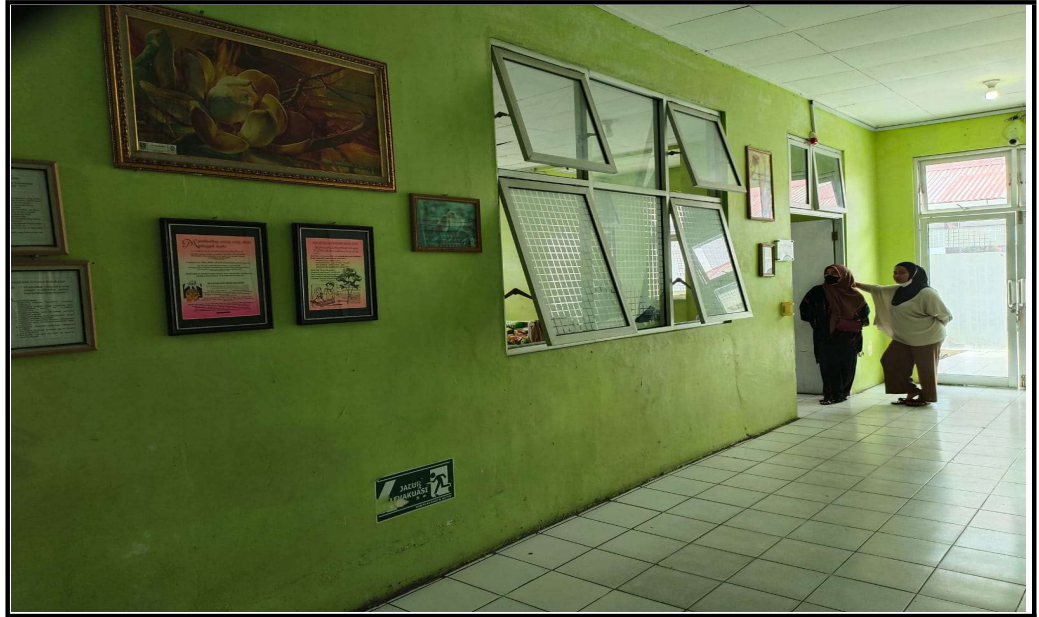




**DOKUMENTASI
BELANJA MODAL REHAB GEDUNG RAWAT INAP BEDAH, PARU
DAN
NEUROLOGI
SUMBER DANA DAK TAHUN 2025**

FOTO DOKUMENTASI

GEDUNG BEDAH
Sebelum Dikerjakan
0%



GEDUNG BEDAH
Sedang Dikerjakan
50%

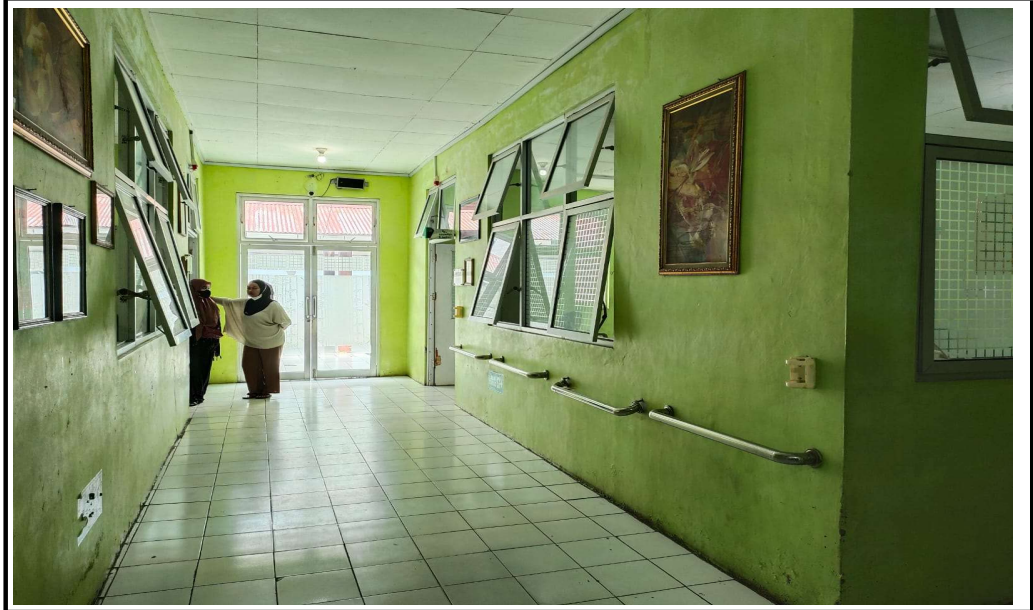


GEDUNG BEDAH
Sesudah Dikerjakan
100%

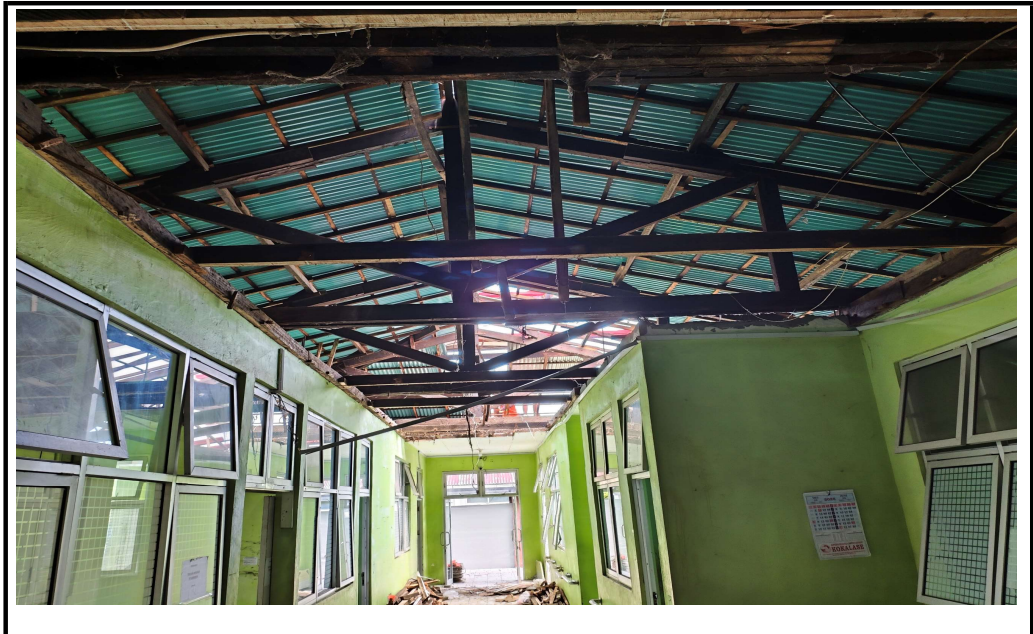


FOTO DOKUMENTASI

GEDUNG BEDAH
Sebelum Dikerjakan
0%



GEDUNG BEDAH
Sedang Dikerjakan
50%



GEDUNG BEDAH
Sesudah Dikerjakan
100%

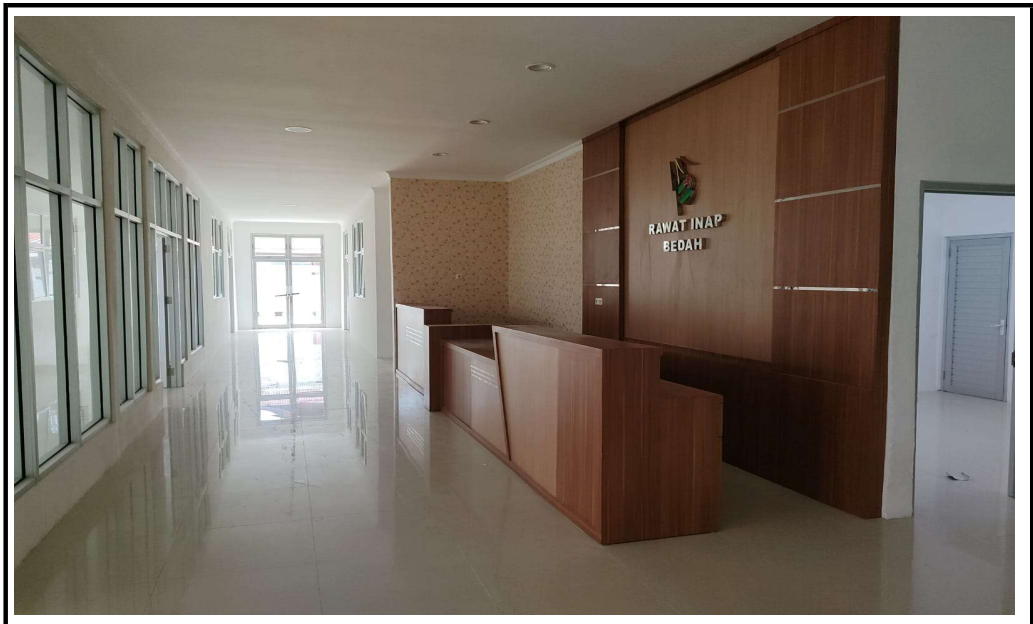


FOTO DOKUMENTASI

**GEDUNG
NEUROLOGI**
Sebelum Dikerjakan
0%



**GEDUNG
NEUROLOGI**
Sedang Dikerjakan
50%



**GEDUNG
NEUROLOGI**
Sesudah Dikerjakan
100%

