RENCANA STRATEGIS (RENSTRA)



RSUD PREMBUN

TAHUN 2021-2026

Jl. Slamet Riyadi No. 53 Prembun Kebumen 0287 6651144, 0287 6651146
Email: rsudprembun@kebumenkab.go.id Kode Pos: 54394

RENCANA STRATEGIS (RENSTRA)



RSUD PREMBUN

TAHUN 2021-2026

Jl. Slamet Riyadi No. 53 Prembun Kebumen 0287 6651144, 0287 6651146
Email: rsudprembun@kebumenkab.go.id Kode Pos: 54394

SALINAN

BUPATI KEBUMEN
PROVINSI JAWA TENGAH

PERATURAN BUPATI KEBUMEN
NOMOR 66 TAHUN 2021

TENTANG

RENCANA STRATEGIS PERANGKAT DAERAH
DI KABUPATEN KEBUMEN TAHUN 2021-2026

BUPATI KEBUMEN,

Menimbang : a. bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 123 ayat (1) dan Pasal 124 Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 86 Tahun 2017 tentang Tata Cara Perencanaan, Pengendalian Dan Evaluasi Pembangunan Daerah, Tata Cara Evaluasi Rancangan Peraturan Daerah tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah, dan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah, serta Tata Cara Perubahan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah, dan Rencana Kerja Pemerintah Daerah, Badan Perencanaan dan Penelitian dan Pengembangan Daerah menyampaikan seluruh rancangan akhir Rencana Strategis Perangkat Daerah yang telah diverifikasi kepada Kepala Daerah melalui Sekretaris Daerah untuk ditetapkan dengan Peraturan Kepala Daerah menjadi pedoman Perangkat Daerah dalam menyusun Renja Perangkat Daerah dan bahan peyusunan rancangan Rencana Kerja Pemerintah Daerah ;

b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Pengesahan Rencana Strategis Perangkat Daerah di Kabupaten Kebumen Tahun 2021-2026;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Jawa Tengah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 42);

2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005-2021 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 33, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4700);

3. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
4. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);
5. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4421);
6. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
7. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Nasional Tahun 2005-2025 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 33, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4700);
8. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 183, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6398);
9. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 7, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5496) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
10. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);

11. Peraturan Pemerintah Nomor 39 Tahun 2006 tentang Tata Cara Pengendalian dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 96, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4663);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2008 tentang Tahapan, Tata Cara Penyusunan, Pengendalian dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 21, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4817);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2017 tentang Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 73, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6041);
14. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);
15. Peraturan Daerah Kabupaten Kebumen Nomor 1 Tahun 2010 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah Kabupaten Kebumen Tahun 2005-2025 (Lembaran Daerah Kabupaten Kebumen Tahun 2010 Nomor 1, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Kebumen Nomor 36);
16. Peraturan Daerah Kabupaten Nomor 20 Tahun 2012 tentang Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (Lembaran Daerah Kabupaten Kebumen Tahun 2012 Nomor 20, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Kebumen Nomor 93);
17. Peraturan Daerah Kabupaten Nomor 23 Tahun 2012 tentang Rencana Tata Ruang Wilayah Kabupaten Kebumen Tahun 2011-2031 (Lembaran Daerah Kabupaten Kebumen Tahun 2012 Nomor 23, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Kebumen Nomor 96);
18. Peraturan Daerah Kabupaten Kebumen Nomor 7 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Kebumen Tahun 2016 Nomor 7, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Kebumen Nomor 127) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Kebumen Nomor 5 Tahun 2021 tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Kabupaten Kebumen Nomor 7 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Kebumen Tahun 2021 Nomor 5, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Kebumen Nomor 183);

19. Peraturan Daerah Kabupaten Kebumen Nomor 3 Tahun 2020 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Kebumen Tahun 2020 Nomor 3, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Kebumen Nomor 170);
20. Peraturan Daerah Kabupaten Kebumen Nomor 4 Tahun 2021 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Kebumen Tahun 2020 Nomor 4, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Kebumen Nomor 182);
21. Peraturan Daerah Kabupaten Nomor 7 Tahun 2021 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Kabupaten Kebumen Tahun 2021-2026 (Lembaran Daerah Kabupaten Kebumen Tahun 2021 Nomor 7, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Kebumen Nomor 184);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PENGESAHAN RENCANA STRATEGIS PERANGKAT DAERAH DI KABUPATEN KEBUMEN TAHUN 2021-2026

Pasal 1

Rencana Strategis Perangkat Daerah di Kabupaten Kebumen Tahun 2021-2026 merupakan pedoman untuk menyusun Rencana Kerja Perangkat Daerah dan bahan penyusunan rancangan Rencana Kerja Pemerintah Daerah.

Pasal 2

Pelaksanaan lebih lanjut dari Rencana Strategis Perangkat Daerah Tahun 2021-2026 sebagaimana dimaksud dalam Pasal 1 tercermin dalam Dokumen Rencana Kerja Perangkat Daerah setiap tahunnya dan kebijakan Pemerintah Kabupaten Kebumen lainnya dengan mengantisipasi kemungkinan perubahan kebijakan Pemerintah.

Pasal 3

Uraian Rencana Strategis masing-masing Perangkat Daerah di Kabupaten Kebumen sebagaimana dimaksud dalam Pasal 1 tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

Pasal 4

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Kebumen.

Ditetapkan di Kebumen
pada tanggal 24 september 2021

BUPATI KEBUMEN,

ttd

ARIF SUGIYANTO

Diundangkan di Kebumen
pada tanggal 24 September 2021

SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN KEBUMEN,

ttd

AHMAD UJANG SUGIONO

BERITA DAERAH KABUPATEN KEBUMEN TAHUN 2021 NOMOR 66

Salinan sesuai dengan aslinya
KEPALA BAGIAN HUKUM
SETDA KABUPATEN KEBUMEN,

IRA PUSPITASARI, SH.,M.Ec.Dev
Pembina
NIP. 19800417 200604 2 015

PENGESAHAN

RENCANA STRATEGIS (RENSTRA) RSUD PREMBUN

TAHUN 2021-2026

Disyahkan di Prembun

Pada Tanggal 24 Desember 2021

Mengesahkan
Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Kebumen

dr. H. Dwi Budi Satrio, M. Kes
NIP. 19620303 198901 1 002

Direktur RSUD Prembun

dr. H. Arif Komedi, M. Sc.
NIP. 19680127 200202 1 002

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami sampaikan kehadirat Allah SWT atas segala rahmat-Nya sehingga kami dapat menyelesaikan penyusunan Dokumen Rencana Strategis (Renstra) RSUD Prembun Tahun 2021-2026.

Rencana Strategis merupakan dokumen perencanaan perangkat daerah untuk periode 5 (lima) tahun yang memuat tujuan, sasaran, program, dan kegiatan pembangunan dalam rangka pelaksanaan Urusan Wajib dan/atau Urusan Pemerintah Pilihan sesuai dengan tugas dan fungsi setiap perangkat daerah.

Renstra RSUD Prembun disusun dalam rangka pelaksanaan urusan pemerintahan wajib bidang kesehatan. Penyusunannya berpedoman dan memperhatikan Rencana Pembangunan Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2020-2024, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Pemerintah Kabupaten Kebumen Tahun 2021-2026 dan perubahannya, serta memperhatikan Renstra Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk, dan Keluarga Berencana (DKP2KB) Kabupaten Kebumen Tahun 2021-2026.

Kami berharap Renstra RSUD Prembun dapat terlaksana dengan baik dan membawa perubahan RSUD Prembun ke arah yang lebih baik. Kami juga menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam penyusunan Dokumen Renstra ini karena keterbatasan pengetahuan dan pengalaman kami. Oleh karena itu, kami sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun.

Prembun, 2021

Penyusun

DAFTAR ISI

Halaman Judul i
Halaman Pengesahan ii
Kata Pengantar iii
Daftar Isi iv
Daftar Tabel vi
Daftar Gambar vii

BAB I PENDAHULUAN 1
A. Latar Belakang 1
B. Pengertian Rencana Strategis 2
C. Maksud dan Tujuan Penyusunan Rencana Strategis 2
D. Dasar Hukum Penyusunan 3
E. Sistematika Penulisan 5

BAB II GAMBARAN PELAYANAN RSUD PREMBUN 7
A. Gambaran Umum RSUD Prembun 7
B. Gambaran Organisasi RSUD Prembun 12
C. Kinerja Pelayanan RSUD Prembun 36
D. Analisis SWOT 72

BAB III PERMASALAHAN DAN ISU STRATEGIS 78
A. Identifikasi Permasalahan Berdasarkan Tugas dan Fungsi Pelayanan 78
B. Telaah Visi, Misi dan Program Kepala Daerah dan Wakil Kepala Daerah Terpilih 80
C. Telaah Renstra Dinas Kesehatan Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana (DKP2KB) 83
D. Telaah Rencana tata Ruang Wilayah dan Kajian Lingkungan Hidup Strategis pada RPJMD Kabupaten Kebumen 84
E. Penentuan isu-isu Strategis 85

BAB IV VISI, MISI, PRINSIP DASAR, TUJUAN, DAN SASARAN 91
A. Visi 91
B. Misi 91
C. Prinsip Dasar 92
D. Tujuan dan Sasaran 93

BAB V RENCANA STRATEGI DAN ARAH KEBIJAKAN 95
A. Rencana Strategi 95
B. Arah Kebijakan 96

BAB VI RENCANA PROGRAM DAN KEGIATAN SERTA PENDANAAN 99

BAB VII KINERJA PENYELENGGARAAN BIDANG KESEHATAN 109
A. Indikator Kinerja Utama (IKU) Daerah 110
B. Indikator Kinerja Utama (IKU) Urusan Kabupaten Kebumen Tahun 2021-2026 110

C. Indikator Kinerja Penyelenggaraan Urusan Pemerintahan Kabupaten Kebumen Tahun 2021-2026 110
D. Indikator Kinerja Rumah Sakit 111

BAB VIII PENUTUP 124
A. Kaidah Pelaksanaan 124
B. Pedoman Transisi 125

DAFTAR PUSTAKA 126
LAMPIRAN 127

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Daftar Pegawai RSUD Prembun berdasarkan Status Kepegawaian Tahun 2020-2021 24
Tabel 2.2 Daftar Pegawai RSUD Prembun berdasarkan Rumpun Jabatan Tahun 2021 . 25
Tabel 2.3 Jumlah Pegawai RSUD Prembun Berdasarkan Pendidikan Tahun 2021 26
Tabel 2.4 Realisasi Pendapatan Layanan BLUD RSUD Prembun Tahun 2017-2020 27
Tabel 2.5 Pagu Anggaran dan Realisasi Belanja RSUD Prembun pada tahun 2017-2020 27
Tabel 2.6 Persentase Pertumbuhan Aset 2017-2020..... 33
Tabel 2.7 Kapasitas Tempat Tidur RSUD Prebun Tahun 2021 Berdasarkan Ruang dan Kelas Perawatan 34
Tabel 2.8 Daftar Ruang Klinik RSUD Prembun Tahun 2021 34
Tabel 2.9 Data Kelengkapan Sarana dan Prasarana Ruangan di RSUD Prembun Tahun 2021..... 35
Tabel 2.10 Capaian Review Hasil Evaluasi Evaluasi Pelaksanaan Renja RSUD Prembun dan Realisasi Renstra RSUD Prembun Tahun 2017-2020 38
Tabel 2. 11 Pencapaian Indikator Kinerja SPM (Standar Pelayanan Minimal) RSUD Prembun Tahun 2017-2020..... 46
Tabel 2.12 Target dan Realisasi Kinerja BLUD RSUD Prembun Tahun 2019-2020 58
Tabel 2.13 Indikator Pelayanan Rumah Sakit (BOR, LOS, TOI, BTO, NDR, DAN GDR) Tahun 2017-2020..... 61
Tabel 2.14 BOR Berdasarkan Kelas di RSUD Prembun Tahun 2017 -2020 62
Tabel 2.15 Cakupan Pelayanan Berdasarkan Instalasi 63
Tabel 2.16 Daftar Penyakit Terbanyak Pelayanan Rawat Jalan RSUD Prembun Tahun 2018-2020..... 64
Tabel 2.17 Daftar Penyakit Terbanyak Pelayanan Rawat Inap RSUD Prembun Tahun 2018-2020..... 65
Tabel 2.18. Identifikasi masalah berdasarkan hasil survei terhadap pelanggan internal . 68
Tabel 2.19 Hasil survei terhadap pelanggan ekternal (masyarakat sekitar RS)..... 70
Tabel 2.20 Hasil survei terhadap pelanggan ekternal (layanan rawat inap) 71
Tabel 2.21 Hasil survei terhadap pelanggan ekternal (pasien rawat jalan)..... 71
Tabel 2.22 Penentuan Bobot dan Rating Faktor Internal dan Eksternal..... 74
Tabel 3.1 Identifikasi Masalah RSUD Prembun..... 78
Tabel 3.2 Telaahan Visi, Misi Bupati, Tupoksi RSUD Prembun, Permasalahan, Faktor Penghambat dan Pendorong..... 80
Tabel 3.3 Telaahan Renstra Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk, dan Keluarga Berencana (DKP2KB) Kabupaten Kebumen Tahun 2021-2026 82
Tabel 3.4 Isu Strategis Internal dan Eksternal 84
Tabel 4.1 Tujuan dan Sasaran RSUD Prembun tahun 2021-2026..... 94
Tabel 5.1 Strategi dan arah Kebijakan RSUD Prembun Tahun 2021-2026 97
Tabel 6.1 Rencana Program, Kegiatan, Sub Kegiatan, dan Pendanaan RSUD Prembun Tahun 2021-2026 101
Tabel 6.2 Rencana Pengembangan layanan di RSUD Prembun Tahun 2021-2026..... 105
Tabel 7.1 Tujuan, Sasaran, dan Indikator Kinerja Utama (IKU) RSUD Prembun..... 112
Tabel 7.2 Target Pencapaian IKU RSUD Prembun Tahun 2021-2026..... 121

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Persentase Kunjungan Pasien RSUD Prembun berdasarkan Asal Kabupaten Tahun 2018 s.d 2020 8
Gambar 2.2 Struktur Organisasi RSUD Prembun Kebumen 16
Gambar 2.3 Target dan Realisasi Anggaran Belanja Pegawai RSUD Prembun Tahun 2017-2020 28
Gambar 2.4 Target dan Realisasi Anggaran Belanja Barang dan Jasa RSUD Prembun Tahun 2017-2020 29
Gambar 2.5 Target dan Realisasi Anggaran Belanja Modal RSUD Prembun Tahun 2017-2020 29
Gambar 2.6 Realisasi Anggaran Belanja Modal Berdasarkan Jenisnya RSUD Prembun Tahun 2018-2020 30
Gambar 2.7 Realisasi Anggaran Belanja Logistik Bahan-Bahan Makanan RSUD Prembun Tahun 2017-2020 31
Gambar 2.8 Realisasi Anggaran Belanja Listrik, Air, Telepon, dan Internet RSUD Prembun Tahun 2017-2020 31
Gambar 2.9 Realisasi Anggaran Belanja Cetak RM dan Atribusi RM Lainnya RSUD Prembun Tahun 2017-2020 32
Gambar 2.10 Realisasi Anggaran Belanja Pendidikan dan Pelatihan RSUD Prembun Tahun 2017-2020 32
Gambar 2.11 Realisasi Anggaran Belanja Obat RSUD Prembun Tahun 2017-2020 33
Gambar 2.12 Grafik Target dan Realisasi Pencapaian Indikator SPM RSUD Prembun Tahun 2017-2020 45
Gambar 2.13 Grafik Target dan Realisasi Pencapaian IKM RSUD Prembun Tahun 2017-2020 55
Gambar 2.14 Data Kasus Rujukan RSUD Prembun Tahun 2019-2020 63
Gambar 2.15 Tingkat Keadilan di RSUD Prembun 66
Gambar 2.16 Produk dan Layanan di RSUD Prembun 67
Gambar 2.17 Ketersediaan Sarana dan Prasarana Bagi Karyawan RSUD Prembun 67
Gambar 2.18 Tingkat Kepercayaan Karyawan terhadap Manajemen RSUD Prembun 68
Gambar 2.19 Alasan memilih Berobat di RSUD Prembun 69
Gambar 2.20 Karakteristik Responden berdasarkan Kepersertaan BPJS 70
Gambar 2.21 Diagram Internal *Factor Analysis Strategy* (IFAS) dan *Internal Factor Analysis Strategy* (EFAS) 76
Gambar 6.1 Rencana Pembangunan Fisik RSUD Prembun Tahap 1 Tahun ke-1 (Tahun 2022-2023) 107
Gambar 6.2 Rencana Pembangunan Fisik RSUD Prembun Tahap 1 Tahun ke-3 (Tahun 2024-2026) 108
Gambar 6.3 Rencana Relayout Poliklinik Lantai 1 dan Lantai 2 108
Gambar 7.1 Peta Strategi RSUD Prembun Tahun 2021 109

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Prembun dalam menjalankan fungsinya perlu memiliki arah dan rencana yang jelas sesuai dengan visi pembangunan kesehatan di Kabupaten Kebumen. Arah dan rencana tersebut tertuang di dalam dokumen perencanaan 1 (satu) tahunan dan 5 (lima) tahunan. Terdapat dua macam dokumen perencanaan yang dibuat oleh RSUD Prembun, yaitu Rencana Strategis (Renstra) yang berisi perencanaan untuk jangka waktu 5 tahun dan Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) yang berisi perencanaan untuk jangka waktu 1 tahun. Perubahan Rencana strategis dilakukan dengan mengacu pada perubahan situasi dan kebijakan serta hasil dari monitoring evaluasi terhadap pelaksanaan Renstra RSUD Prembun di setiap tahunnya.

Rencana Strategis Perangkat Daerah adalah dokumen perencanaan perangkat daerah untuk periode 5 (lima) tahun. Berdasarkan Permendagri Nomor 86 tahun 2017 pasal 13 ayat 1, Rencana Strategis Perangkat Daerah memuat tujuan, sasaran, program, dan kegiatan pembangunan dalam rangka pelaksanaan Urusan Wajib dan/atau Urusan Pemerintah Pilihan sesuai dengan tugas dan fungsi setiap perangkat daerah, yang disusun berpedoman kepada RPJMD Pemerintah Kabupaten dan bersifat indikatif.

Renstra RSUD Prembun disusun dalam rangka pelaksanaan urusan pemerintahan wajib bidang kesehatan. Penyusunannya berpedoman dan memperhatikan Rencana Pembangunan Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2020-2024, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Pemerintah Kabupaten Kebumen Tahun 2021-2026 dan perubahannya, serta memperhatikan Renstra Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk, dan Keluarga Berencana (DKP2KB) Kabupaten Kebumen Tahun 2021-2026.

Penyusunan rencana strategis RSUD Prembun dalam rangka penerapan BLUD yang selanjutnya disebut Renstra BLUD RSUD Prembun berpedoman pada Permendagri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, dan disusun oleh tim perencanaan tingkat RSUD yang dibentuk oleh Direktur RSUD melalui Keputusan Direktur RSUD Prembun Nomor 050/7/KEP/2021. Sebagai Unit Pelaksana Teknis Daerah Kabupaten Kebumen, penyusunan rencana strategis RSUD mengacu kepada sumber daya, lingkungan, kebutuhan masyarakat dan peran masyarakat di wilayah kerja RSUD Prembun. Selain itu Rencana Strategis BLUD RSUD Prembun disusun berdasarkan pada analisis capaian kinerja periode sebelumnya, mengkaji potensi, peluang, tantangan, dan ancaman yang dihadapi RSUD Prembun sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Sesuai dengan Peraturan Bupati Kebumen Nomor 58 Tahun 2020 Tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi, serta Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Rumah Sakit Umum Daerah, RSUD Prembun merupakan Unit Pelaksana Teknis Daerah Kabupaten Kebumen yang mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dan upaya rujukan. Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud, RSUD Prembun menyelenggarakan fungsi tertentu dalam pelayanan kepada masyarakat di bidang kesehatan.

B. PENGERTIAN RENCANA STRATEGIS

Berdasarkan Peraturan Menteri Dalam Negeri RI Nomor 79 tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah Pasal 41, Rencana Strategis pada Badan Layanan Umum Daerah adalah perencanaan 5 (lima) tahunan yang disusun untuk menjelaskan strategi pengelolaan BLUD dengan mempertimbangkan alokasi sumber daya dan kinerja dengan menggunakan teknik analisis bisnis. Selanjutnya, menurut Pasal 42 ayat 2 (dua) Rencana Strategis BLUD memuat antara lain:

1. Rencana pengembangan layanan
2. Strategi dan arah kebijakan
3. Rencana program dan kegiatan
4. Rencana keuangan

C. MAKSUD DAN TUJUAN PENYUSUNAN RENCANA STRATEGIS

Rencana Strategis disusun sebagai penjabaran secara operasional visi, misi dan program Bupati yang digambarkan dalam bentuk program dan kegiatan terkait urusan pemerintahan wajib yang berkaitan dengan pelayanan dasar yang harus dilaksanakan oleh RSUD Prembun periode Tahun 2021-2026. Secara umum, maksud penyusunan Rencana Strategis RSUD Prembun adalah untuk memberikan arah kebijakan RSUD Prembun berdasarkan tugas pokok dan fungsi dalam rangka mendukung perwujudan tujuan dan sasaran RPJMD Kabupaten Kebumen Tahun 2021-2026, kemudian secara terperinci maksud penyusunan Renstra RSUD Prembun adalah:

1. Menggambarkan kondisi RSUD Prembun saat ini dan masa mendatang selama 5 (lima) tahun ke depan;
2. Menjabarkan upaya RSUD Prembun dalam mendukung upaya pembangunan kesehatan di Kabupaten Kebumen;
3. Mewujudkan keterpaduan arah kebijakan dan strategi serta keselarasan program dan kegiatan RSUD Prembun dengan RPJMD Kabupaten Kebumen;
4. Memberikan pedoman bagi penyusunan Rencana Kerja (Renja) tahunan dari

tahun 2021-2026.

Sedangkan tujuan penyusunan rencana strategis RSUD Prembun tahun 2021-2026 antara lain:

1. Memberikan landasan operasional bagi RSUD Prembun dalam menyusun Rencana Kerja (Renja) tahunan mulai tahun 2021 sampai tahun 2026;
2. Menjadi alat untuk menjamin keterkaitan dalam pengelolaan anggaran dan kegiatan mulai dari perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, dan monitoring evaluasi;
3. Menjamin terciptanya integrasi, sinkronisasi, dan sinergi perencanaan pembangunan kesehatan di Kabupaten Kebumen.

D. DASAR HUKUM PENYUSUNAN

Adapun dasar hukum disusunnya Renstra BLUD RSUD Prembun Tahun 2021-2026 adalah sebagai berikut:

1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara;
2. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara;
3. Undang–Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional;
4. Undang–Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah;
5. Undang–Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN);
6. Undang–Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005-2025;
7. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
8. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah sebagaimana telah diubah beberapa kali dan terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah;
9. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2008 tentang Tahapan, Tata Cara Penyusunan, Pengendalian dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan Daerah;
10. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2019 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah;
11. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan;

12. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional (SKN);
13. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 12 Tahun 2017 tentang Pedoman Pembentukan dan Klasifikasi Cabang Dinas dan Unit Pelaksana Tehnis Daerah;
14. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 86 Tahun 2017 tentang Tata Cara Perencanaan, Pengendalian dan Evaluasi Pembangunan Daerah, Tata Cara Evaluasi Rancangan Peraturan Daerah Tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah dan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah, Serta Tata Cara Perubahan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah, dan Rencana Kerja Pemerintah Daerah;
15. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah;
16. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 90 Tahun 2019 tentang Klasifikasi, Kodefikasi, dan Nomenklatur Perencanaan Pembangunan dan Keuangan Daerah;
17. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 34 Tahun 2017 tentang Akreditasi Rumah Sakit;
18. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perijinan Rumah Sakit;
19. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2018 tentang Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah;
20. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2021 tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 16 Tahun 2018 tentang Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah;
21. Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 741/Menkes/Per/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota;
22. Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor Per-36/PB/2016 tentang Pedoman Penilaian Kinerja Badan Layanan Umum Bidang Layanan Kesehatan;
23. Peraturan Daerah Kabupaten Kebumen Nomor 13 Tahun 2008 tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Dinas Daerah;
24. Peraturan Daerah Kabupaten Kebumen Nomor 3 Tahun 2020 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah;
25. Peraturan Daerah Kabupaten Kebumen Nomor 7 Tahun 2021 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Kabupaten Kebumen Tahun 2021-2026;
26. Peraturan Bupati Kebumen Nomor 30 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Prembun Kabupaten Kebumen;

27. Keputusan Bupati Kebumen Nomor 449/255 Tahun 2018 tentang Unit Pelaksana Tehnis Dinas Unit Rumah Sakit Umum Daerah Prembun sebagai Sub Organisasi Perangkat Daerah yang Menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
28. Peraturan Bupati Nomor 58 Tahun 2020 tentang Pembentukan Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi, serta Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Rumah Sakit Umum.

E. SISTEMATIKA PENULISAN

Renstra BLUD RSUD Prembun Tahun 2021-2026 ini disusun dengan sistematis sebagai suatu dokumen yang terdiri dari 7 (tujuh) bab dengan sistematika sebagai berikut:

BAB I PENDAHULUAN

Bab ini membahas latar belakang dari penyusunan Renstra BLUD RSUD Prembun yang dilengkapi Pengertian Rencana Strategis, Maksud dan Tujuan Rencana Strategis, Dasar Hukum Penyusunan, serta Sistematika Penulisan.

BAB II GAMBARAN PELAYANAN RSUD PREMBUN

Bab ini berisi tentang gambaran umum RSUD Prembun yang meliputi; gambaran umum tentang wilayah kerja, gambaran pelayanan, gambaran organisasi, kinerja pelayanan, serta hasil *survey need and demand* pelanggan RSUD Prembun. Dari gambaran umum tersebut, selanjutnya dilakukan analisis SWOT (*Strength, Weakness, Opportunity, Threat)* sebagai dasar untuk menentukan tujuan, sasaran, dan strategi untuk mencapainya sehingga RSUD Prembun memiliki keunggulan untuk meraih visi dan misi yang telah ditetapkan.

BAB III PERMASALAHAN DAN ISU-ISU STRATEGIS

Bab ini memuat identifikasi permasalahan-permasalahan pelayanan RSUD Prembun, telaah visi misi dan program Kepala Daerah Terpilih, telaah Renstra Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk, dan Keluarga Berencana (DKP2KB) Kabupaten Kebumen, dan telaah Rencana Tata Ruang Wilayah dan Kajian Lingkungan Hidup Strategis pada RPJMD Kabupaten Kebumen. Juga memuat isu strategis, baik isu internal maupun eksternal RSUD Prembun yang akan dijadikan acuan dalam penyusunan renstra RSUD Prembun.

BAB IV VISI, MISI, PRINSIP DASAR, TUJUAN DAN SASARAN

Bab ini memuat rumusan visi, misi, prinsip dasar, pernyataan tujuan dan sasaran jangka menengah RSUD Prembun.

BAB V STRATEGI DAN ARAH KEBIJAKAN

Bab ini memuat rumusan pernyataan strategi dan arah kebijakan RSUD Prembun dalam lima tahun mendatang.

BAB VI RENCANA PROGRAM DAN KEGIATAN SERTA PENDANAAN

Bab ini memuat rencana program dan kegiatan, indikator kinerja, kelompok sasaran, dan pendanaan indikatif.

BAB VII KINERJA PENYELENGGARAAN BIDANG KESEHATAN

Bab ini memuat indikator kinerja RSUD Prembun yang secara langsung menunjukkan kinerja yang akan dicapai RSUD Prembun dalam lima tahun mendatang sebagai komitmen untuk mendukung pencapaian tujuan dan sasaran RPJMD Kabupaten Kebumen.

BAB VIII PENUTUP

Bab Penutup pada dokumen Renstra BLUD RSUD Prembun berisi tentang kesimpulan secara umum dari dokumen renstra ini, serta kaidah-kaidah pelaksanaan Renstra BLUD RSUD Prembun Tahun 2021-2026. Selain itu pada akhir dokumen ini disajikan lampiran sebagai data dukung untuk lebih memperjelas dan mempertajam data yang disajikan di masing-masing bab.

BAB II

GAMBARAN PELAYANAN RSUD PREMBUN

A. GAMBARAN UMUM RSUD PREMBUN

Untuk dapat menyusun rencana strategis rumah sakit yang dapat diterapkan secara efektif ada tiga hal yang harus diketahui yakni; di mana posisi rumah sakit saat ini, ke mana arah pengembangan yang diinginkan, dan bagaimana kita dapat mencapai posisi pengembangan tersebut. Sedangkan, untuk menjawab pertanyaan di mana posisi rumah sakit maka diperlukan gambaran umum RSUD Prembun serta analisa peluang, tantangan, ancaman, dan kekuatan yang dimiliki rumah sakit sehingga diperoleh jenis strategi apa yang akan diterapkan.

1. Wilayah Kerja

RSUD Prembun merupakan Rumah Sakit Kelas C milik Pemerintah Kabupaten yang dibentuk berdasarkan pada Peraturan Bupati Nomor 59 Tahun 2016 tentang Pembentukan Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi, serta Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan RSUD Kelas C Prembun, yang selanjutnya diperbarui dengan Peraturan Bupati Nomor 58 Tahun 2020 tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi, serta Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Rumah Sakit Umum Daerah. RSUD Prembun merupakan unit organisasi bersifat khusus yang memiliki otonomi dalam pengelolaan keuangan dan barang milik daerah serta kepegawaian. Pembangunan RSUD Prembun dimulai secara bertahap pada tahun 2013 dan selesai pada akhir tahun 2016, yang selanjutnya mulai beroperasional pada tanggal 21 Mei 2017. RSUD Prembun bertanggungjawab terhadap penyelenggaraan upaya kesehatan rujukan di Kabupaten Kebumen.

Berdasarkan Keputusan Bupati Kebumen Nomor 449/225 Tahun 2018 tentang Unit Pelaksana Teknis Dinas Unit Rumah Sakit Umum Daerah Prembun sebagai Sub Organisasi Perangkat Daerah yang Menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, RSUD Prembun merupakan Unit Pelaksana Tehnis Dinas Unit Rumah Sakit Umum Daerah Prembun sebagai Sub Satuan Kerja Perangkat Daerah yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah dengan status penuh. RSUD Prembun diberikan fleksibiltas berkaitan dengan pengelolaan keuangan; pengelolaan barang; pengelolaan utang; pengelolaan piutang; pengelolaan investasi; pengadaan barang/jasa; dan perumusan standart, kebijakan, sistem, dan prosedur pengelolaan keuangan.

RSUD Prembun dibangun di sebidang tanah dengan luas 38.105 m^2 yang berlokasi di Jalan Slamet Riyadi No. 53, Kecamatan Prembun, Kabupaten Kebumen, Provinsi Jawa Tengah. Jalan tersebut merupakan jalan nasional yang dilalui sarana transportasi umum sehingga letak RSUD Prembun relatif mudah

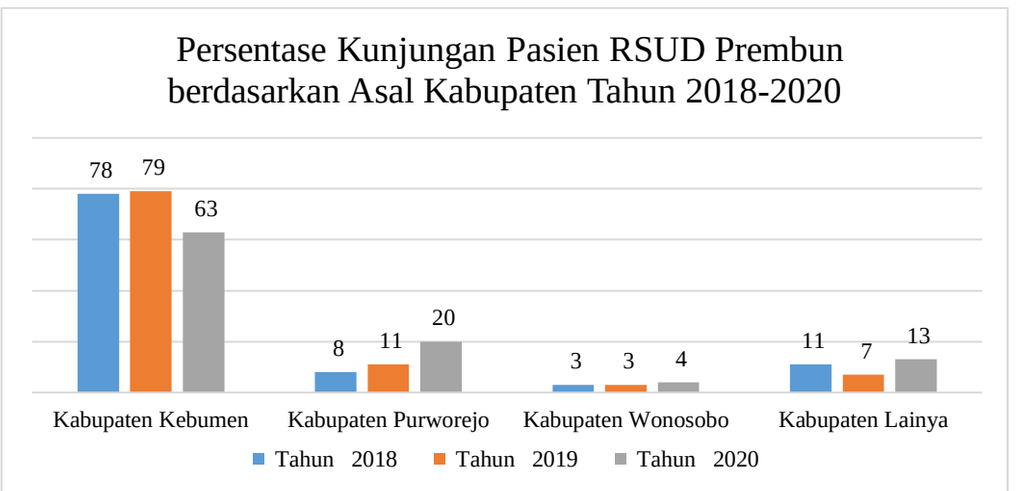
diakses. Jarak tempuh dari RSUD Prembun ke pusat kota Kabupaten Kebumen adalah 17,2 km dengan waktu tempuh sekitar 27 menit. RSUD Prembun terletak di sisi timur Kabupaten Kebumen yang relatif belum ada rumah sakit lain dan berdekatan dengan batas wilayah Kabupaten Purworejo dan Kabupaten Wonosobo dengan akses ke rumah sakit dua wilayah tersebut lebih jauh. Letak yang sangat strategis ini mempunyai potensi untuk diakses oleh masyarakat tiga kabupaten: Kabupaten Kebumen, Kabupaten Purworejo, dan Kabupaten Wonosobo dengan batas-batas wilayahnya adalah sebagai berikut:

Sebelah Utara	:	Kecamatan Wonosobo
Sebelah Timur	:	Kabupaten Purworejo
Sebelah Selatan	:	Samudera Hindia
Sebelah Barat	:	Kabupaten Banyumas dan Cilacap

Berdasarkan data dari Instalasi Rekam Medik (RM) melalui aplikasi SIM RS (Sistem Informasi dan Manajemen Rumah Sakit) diperoleh data kunjungan pasien di RSUD Prembun pada tahun 2018 sampai dengan 2020 berdasarkan asal kabupaten sebagai berikut:

a. Kabupaten Kebumen: Kecamatan Prembun, Mirit, Padureso, Bonorowo, Ambal, Alian, Poncowarno, dan Buluspesantren;
b. Kabupaten Purworejo: Kecamatan Pituruh, Butuh, Bruno, dan Karanggetas;
c. Kabupaten Wonosobo: Kecamatan Wadaslintang, Kaliwiro, dan Selomerto; dan
d. Kabupaten lainnya: Brebes, Cilacap, Sleman, Bantul, Tangerang dll.

Adapun persentase kunjungan pasien berdasarkan asal kabupaten adalah sebagaimana tersaji pada Gambar 2.1



Gambar 2.1 Persentase Kunjungan Pasien RSUD Prembun berdasarkan Asal Kabupaten Tahun 2018 s.d 2020.

2. Pelayanan RSUD Prembun

Sebagai satuan unit kerja yang bertanggungjawab terhadap penyelenggaraan upaya kesehatan rujukan di Kabupaten Kebumen, RSUD

Prembun menyediakan beberapa produk layanan. Adapun produk layanan yang ada di RSUD Prembun adalah sebagai berikut:

a. Layanan Gawat Darurat 24 Jam;

   Layanan di rumah sakit yang memberikan pelayanan pertama pada pasien dengan ancaman kematian dan kecacatan secara terpadu dengan melibatkan berbagai multidisiplin. Layanan gawat darurat di RSUD Prembun di bawah Instalasai Gawat Darurat (IGD) yang buka 24 jam.

b. Layanan Rawat Inap;

   Layanan rawat inap (*opname*) adalah layanan yang memberikan perawatan pasien oleh tenaga kesehatan profesional akibat penyakit tertentu, di mana pasien diinapkan di suatu ruangan/bangsal di rumah sakit dan mendapatkan pelayanan kesehatan perorangan yang meliputi: observasi, diagnosa, pengobatan, keperawatan dan rehabilitasi medik.

c. Layanan Bedah Sentral;

   Layanan bedah sentral merupakan salah satu layanan medis yang memberikan pelayanan pembedahan baik yang terencana (*elektif*) maupun yang darurat *(cito)* didukung tenaga yang kompeten, bersertifikasi, dan handal di bidang pembedahan, serta fasilitas alat pembedahan yang sesuai standar. Layanan bedah sentral di RSUD Prembun di bawah wadah Instalasi Bedah Sentral (IBS).

d. Layanan Rawat Intensif;

   Layanan rawat intensif adalah pelayanan rawat inap di rumah sakit yang memberikan perawatan khusus pada penderita yang memerlukan perawatan yang lebih intensif yang mengalami gangguan kesadaran, gangguan pernafasan, dan mengalami serangan penyakit akut. Layanan rawat intensif di RSUD Prembun berada dalam wadah Instalasi Rawat Intensif (IRI). IRI menyediakan SDM, sarana dan prasarana serta peralatan khusus untuk menunjang fungsi-fungsi vital kehidupan pasien dengan menggunakan keterampilan staf medis, perawat dan staf lain yang berpengalaman dalam pengelolaan keadaan-keadaan tersebut.

e. Layanan Rawat Jalan;

   Layanan rawat jalan adalah pelayanan medis kepada seorang pasien untuk tujuan pengamatan, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi, dan pelayanan kesehatan lainnya, di mana pasien tidak menginap di rumah sakit.

f. Layanan Farmasi;

   Layanan farmasi rumah sakit adalah suatu unit di rumah sakit yang merupakan fasilitas penyelenggaraan kefarmasian di bawah pimpinan seorang Apoteker

dan memenuhi persyaratan secara hukum untuk mengadakan, menyediakan, dan mengelola seluruh aspek penyediaan perbekalan kesehatan di rumah sakit.

g. Layanan Gizi;

Layanan gizi rumah sakit merupakan suatu upaya memperbaiki atau meningkatkan gizi/makanan dan dietetik masyarakat/kelompok/individu melalui rangkaian kegiatan asesmen, diagnosis, intervensi, dan evaluasi gizi dalam rangka mencapai status kesehatan optimal dalam kondisi sakit maupun sehat.

h. Layanan Radiologi;

Layanan radiologi adalah suatu layanan/tindakan untuk melihat bagian dalam tubuh pasien untuk mendapatkan petunjuk mengenai kondisi medis yang dialami dalam rangka penegakan diagnosa dan penanganan pasien. Beragam mesin dan teknik radiologi dapat digunakan untuk menghasilkan citra struktur dan aktivitas dalam tubuh. Jenis pencitraan yang dipakai dokter bergantung pada gejala dan bagian tubuh yang diperiksa. Tiga bidang radiologi, yaitu radiologi diagnostik, radiologi intervensional, dan radiologi onkologi, membantu dokter utama yang menangani pasien dalam penegakan diagnosa dan pengobatan penyakit. Hasil pemeriksaan radiologi juga dapat mencegah operasi invasif yang tidak perlu.

i. Layanan Rehabilitasi Medik;

Layanan rehabilitasi medik adalah pelayanan kesehatan terhadap gangguan fisik dan fungsi yang diakibatkan oleh keadaan atau kondisi sakit, penyakit atau cidera melalui panduan intervensi medis, keterapian fisik, dan atau rehabilitatif untuk mencapai kemampuan fungsi yang optimal.

j. Layanan *Medical Check Up (MCU);*

Layanan *medical check up* adalah pemeriksaan kesehatan secara menyeluruh. Melalui pemeriksaan ini, diharapkan suatu penyakit atau gangguan kesehatan bisa dideteksi sejak dini. Tes ini sekaligus berguna untuk merencanakan metode penanganan dan pengobatan yang tepat sebelum penyakit berkembang. Saat *medical check up*, pasien akan menjalani sejumlah tahapan pemeriksaan, yang meliputi konsultasi mengenai keluhan yang sedang dirasakan, pencatatan dan pemeriksaan berkaitan dengan riwayat kesehatan, serta pemeriksaan tanda vital tubuh dan kondisi fisik secara umum, serta hasil pemeriksaan penunjang diagnostik.

k. Layanan Bank Darah Rumah Sakit (BDRS);

Layanan Bank Darah Rumah Sakit (BDRS) adalah suatu layanan yang menjamin persediaan darah transfusi yang dinyatakan aman, jumlah cukup,

mudah diakses, dan tepat waktu, serta dapat dijalankan dengan distribusi tertutup. Distribusi tertutup adalah upaya rumah sakit untuk memperoleh darah transfusi kepada keluarga pasien, tetapi seluruh mekanisme pelayanan dilaksanakan oleh RSUD Prembun.

l. Layanan Laboratorium Patologi Klinik;

Layanan laboratorium adalah layanan pemeriksaan penunjang medis laboratorium yang bertujuan untuk mendukung penegakan diagnosa oleh dokter utama dan mengetahui perkembangan penyakit pasien. Patologi Klinik adalah bagian dari ilmu kedokteran klinik yang ikut mempelajari masalah diagnostik dan terapi, ikut meneliti wujud dan perjalanan penyakit pada seorang penderita atau bahan yang berasal dari seorang penderita. Laboratorium Patologi Klinik melakukan pemeriksaan menggunakan sampel berupa darah dan cairan tubuh lainnya seperti cairan pleura, urin maupun feses, pemeriksaan yang dilakukan meliputi pemeriksaan hematologi (sel darah) dan kimia (glukosa, protein, bilirubin) menggunakan alat maupun pemeriksaan manual.

m. Layanan *Ambulance* dan Mobil Jenazah;

1) Ambulans siap 24 jam yang dilengkapi dengan fasilitas peralatan dan obat-obat *life saving* dengan tenaga dokter dan tenaga kesehatan terlatih.
2) Layanan Mobil Jenazah 24 jam bagi pasien meninggal.

n. Layanan Pengolahan Limbah Rumah Sakit;

Layanan pengolahan semua limbah yang dihasilkan dari kegiatan rumah sakit, dalam bentuk padat, cair, pasta, gel, maupun gas yang dapat mengandung mikroorganisme patogen yang bersifat infeksius, bahan kimia beracun, dan sebagian bersifat radioaktif.

o. Layanan CSSD (*Central Sterile Supply Departement*);

Layanan CSSD (*Central Sterile Supply Departement*) adalah pelayanan sterilisasi untuk pemenuhan kebutuhan paket peralatan dan barang steril untuk instalasi/unit berupa barang/alat kesehatan steril.

p. Layanan Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit;

Layanan Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit (PSRS) adalah suatu layanan untuk melaksanakan kegiatan teknis instalasi, pemeliharaan dan perbaikan, agar fasilitas yang menunjang pelayanan kesehatan di rumah sakit yaitu sarana, prasarana dan peralatan alat kesehatan RS selalu berada dalam keadaan layak dan sesuai standar.

q. Layanan Pemulasaraan Jenazah;

Layanan pengelolaan jenazah baik jenazah dari dalam maupun dari luar rumah sakit sesuai keyakinan/kepercayaan/agama pasien, perawatan jenazah yang

diberikan meliputi memandikan, mengkafani, atau kegiatan lainnya sesuai keyakinan/kepercayaan/agama pasien, termasuk menyediakan bahan habis pakai termasuk peti jenazah dengan tujuan agar jenazah siap dibawa pulang oleh pihak keluarga.

r. Layanan *Laundry;*

Layanan yang menyediakan linen yang aman untuk semua pelayanan yang secara terinci dimulai dari fase *collecting* atau pengambilan linen kotor dari ruangan perawatan, di mana sasaran mutu pada fase ini adalah ketepatan identifikasi jumlah, jenis dan kategori infeksius dan noninfeksius. Tahap berikutnya fase *sorting* di mana linen dipisahkan antara yang infeksius dengan yang non infeksius, dilanjutkan proses pencucian infeksius dan noninfeksius, pengeringan, seterika, *packing, da*n distribusi.

s. Layanan Administrasi.

Layanan administrasi rumah sakit merupakan kegiatan perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, pengorganisasian, pengarahan, koordinasi serta penilaian dalam penyelenggaraan kegiatan rumah sakit untuk tujuan pelayanan kepada masyarakat dengan sebaik-baiknya.

B. GAMBARAN ORGANISASI RSUD PREMBUN

1. Struktur Organisasi dan Tugas Pokok dan Fungsi

Sesuai dengan Peraturan Bupati Nomor 58 Tahun 2020 Pembentukan Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi, serta Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Rumah Sakit Umum, RSUD Prembun memiliki tugas dan fungsi sebagai berikut:

a. Tugas

RSUD Prembun mempunyai tugas membantu Bupati menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dan upaya rujukan.

b. Fungsi

Dalam melaksanakan tugas sesuai dengan Peraturan Bupati Nomor 58 Tahun 2020 tentang Pembentukan Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi, serta Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Rumah Sakit Umum, RSUD Prembun Pasal 6 ayat (1), RSUD Prembun menyelenggarakan fungsi:

1) perumusan kebijakan teknis di bidang pelayanan kesehatan;
2) pelayanan penunjang dalam penyelenggaraan pemerintahan daerah di bidang pelayanan kesehatan;
3) penyusunan rencana dan program, monitoring, evaluasi dan pelaporan di bidang pelayanan kesehatan;
4) pelayanan medis;

5) pelayanan penunjang medis dan non medis;
6) pelayanan keperawatan;
7) pelayanan rujukan;
8) pelaksanaan pendidikan dan pelatihan;
9) pelaksanaan penelitian dan pengembangan serta pengabdian masyarakat;
10) pengelolaan keuangan dan akuntansi;
11) pengelolaan urusan kepegawaian, hukum, hubungan masyarakat, organisasi dan tatalaksana, serta rumah tangga, perlengkapan dan umum; dan
12) pelaksanaan fungsi kedinasan lain yang diberikan oleh Kepala Dinas, sesuai dengan tugas dan fungsinya.

c. Struktur Organisasi

Sesuai Peraturan Bupati Nomor 58 Tahun 2020 tentang Pembentukan Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi, serta Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Rumah Sakit Umum Daerah struktur organisasi RSUD Prembun terdiri atas:

1) Direktur
2) Bagian Tata Usaha

   Bagian Tata Usaha Terdiri dari:

   a) Subbagian Perencanaan dan Evaluasi;
   b) Subbagian Kepegawaian; dan
   c) Subbagian Umum.
3) Bidang Pelayanan
   a) Seksi Keperawatan; dan
   b) Seksi Medis.
4) Bidang Penunjang Medis dan Non Medis
   a) Seksi Penunjang Medis; dan
   b) Seksi Penunjang Non Medis.
5) Bidang Keuangan
   a) Seksi Anggaran dan Perbendaharaan; dan
   b) Seksi Verifikasi dan Akuntansi;
6) Kelompok Jabatan Fungsional.

Berdasarkan susunan organisasi tersebut, uraian tugas dijabarkan sebagai berikut:

1) Direktur mempunyai tugas memimpin RSUD dalam melaksanakan tugas dan fungsinya.
2) Bagian Tata Usaha mempunyai tugas mengkoordinasikan, memberikan pelayanan teknis dan administrasi kepada semua unsur dalam lingkungan RSUD.

Subbagian yang berada di bawah Bagian Tata Usaha, mempunyai tugas sebagai berikut:

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

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

   Seksi yang berada di bawah Bidang Pelayanan, mempunyai tugas sebagai berikut:

   a) Seksi Keperawatan mempunyai tugas melakukan pengumpulan data, identifikasi, analisis, penyiapan bahan perumusan dan pelaksanaan kebijakan, evaluasi serta pelaporan pelaksanaan kegiatan pelayanan asuhan keperawatan pada rawat jalan dan rawat inap.
   b) Seksi Medis mempunyai tugas melakukan pengumpulan data, identifikasi, analisis, penyiapan bahan perumusan dan pelaksanaan kebijakan, evaluasi serta pelaporan pelaksanaan pelayanan medis serta mensistematisasikan pelaksanaan administrasi dan registrasi pasien, catatan rekam medis dan rujukan dan penyimpanan dokumen medis, surat keterangan medis dan pelaporan.

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

   Seksi yang berada di bawah Bidang Penunjang Medis dan Non Medis, mempunyai tugas sebagai berikut:

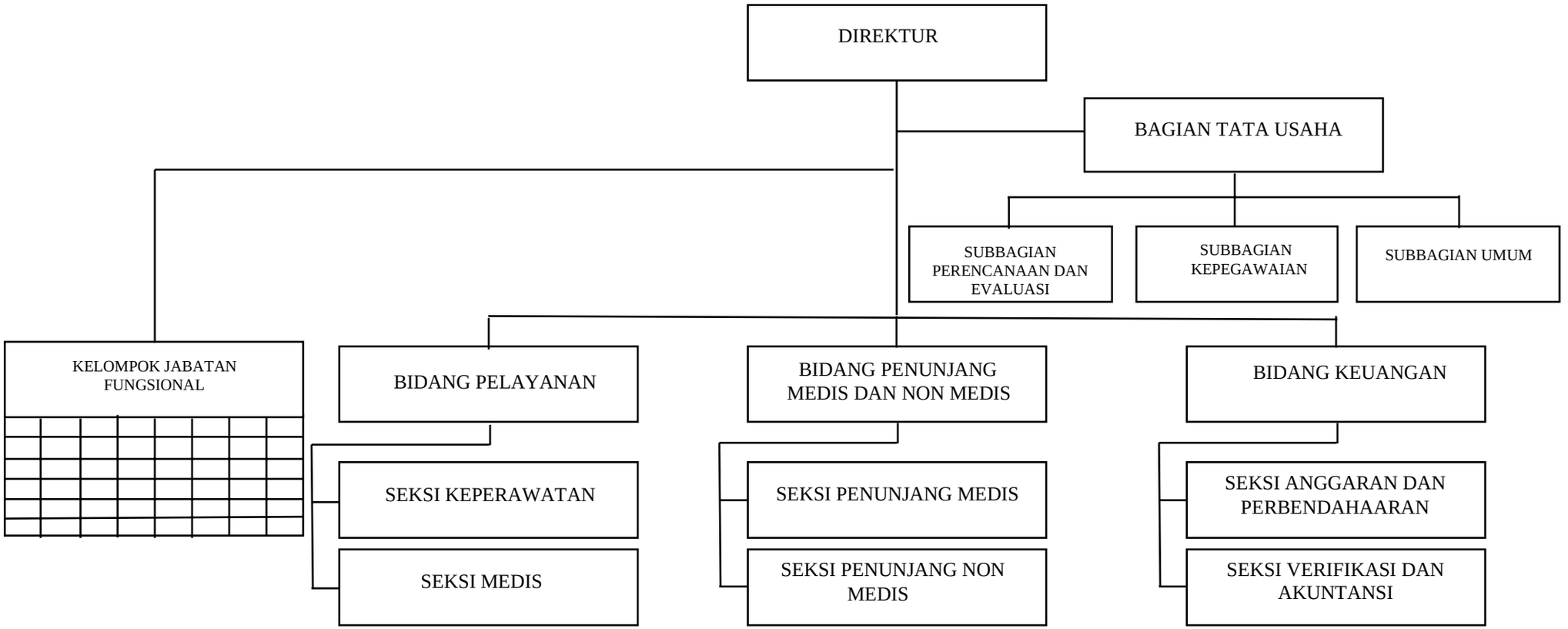
a) Seksi Penunjang Medis mempunyai tugas melakukan pengumpulan data, identifikasi, analisis, penyiapan bahan perumusan dan pelaksanaan kebijakan, evaluasi serta pelaporan kegiatan penunjang medis.
b) Seksi Penunjang Non Medis mempunyai tugas melakukan pengumpulan data, identifikasi, analisis, penyiapan bahan perumusan dan pelaksanaan kebijakan, evaluasi serta pelaporan kegiatan penunjang non medis.

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

   Seksi yang berada di bawah Bidang Keuangan, mempunyai tugas sebagai berikut:

   a) Seksi Anggaran dan Perbendaharaan mempunyai tugas melakukan pengumpulan data, identifikasi, analisis, penyiapan bahan perumusan dan pelaksanaan kebijakan, evaluasi serta pelaporan penyusunan anggaran dan perubahan anggaran, penatausahaan keuangan, mobilisasi dana serta pertanggungjawaban dan pelaporan keuangan.
   b) Seksi Verifikasi dan Akuntansi mempunyai tugas melakukan pengumpulan data, identifikasi, analisis, penyiapan bahan perumusan dan pelaksanaan kebijakan, evaluasi serta pelaporan kegiatan verifikasi dan akuntansi.

6) Kelompok Jabatan Fungsional pada RSUD mempunyai tugas melaksanakan kegiatan sesuai jabatan fungsional masing-masing berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.



Sumber: Peraturan Bupati Nomor 58 Tahun 2020 tentang Pembentukan Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi, serta Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Rumah Sakit Umum Daerah

Gambar 2.2 Struktur Organisasi RSUD Prembun Kebumen

Dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan kepada masyarakat untuk mewujudkan penyelenggaraan tugas-tugas Pemerintah Daerah atau Unit Kerja yang memiliki persyaratan substansi, teknis, dan administrasi, maka diterapkan pola pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah pada RSUD Prembun sejak tahun 2019 sebagaimana tertuang dalam Keputusan Bupati Nomor 449/255 Tahun 2018 tentang Unit Pelaksana Teknis Dinas Unit Rumah Sakit Umum Daerah Prembun sebagai Sub Organisasi Perangkat Daerah yang Menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah.

Untuk menjalankan pola pengelolaan keuangan BLUD di RSUD Prembun ditetapkan Pejabat Pengelola pada BLUD UPTD Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen RSUD Prembun melalui Keputusan Bupati Kebumen dengan struktur:

a. Pimpinan BLUD;
b. Pejabat Teknis;
c. Pejabat Keuangan.

Adapun rincian tugas dan wewenang masing-masing Pejabat Pengelola Keuangan BLUD menurut Permendagri 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah adalah sebagai berikut:

a. Pimpinan BLUD
    1) Memimpin, mengarahkan, membina, mengawasi, mengendalikan, dan mengevaluasi penyelenggaraan kegiatan BLUD agar lebih efisien dan produktifitas;
    2) Merumuskan penetapan kebijakan tehnis BLUD serta kewajiban lainnya sesuai dengan kebijakan yang telah ditetapkan oleh Kepala Daerah;
    3) Menyusun Renstra;
    4) Menyiapkan RBA;
    5) Mengusulkan calon Pejabat Keuangan dan Pejabat Tehnis kepada Kepala Daerah sesuai ketentuan;
    6) Menetapkan pejabat lainnya sesuai kebutuhan BLUD selain pejabat yang telah ditetapkan dengan peraturan perundang-undangan;
    7) Mengkoordinasikan pelaksanaan kebijakan BLUD yang dilakukan oleh pejabat keuangan dan pejabat tehnis; mengendalikan tugas pengawasan internal, serta menyampaikan dan mempertanggungjawabkan kinerja operasional serta keuangan BLUD kepada Kepala Daerah;
    8) Tugas lainnya yang ditetapkan oleh Kepala Daerah; dan
    9) Tugas lainnya yang ditetapkan oleh Kepala Daerah sesuai dengan kewenangannya.

b. Pejabat Teknis
    1) Menyusun perencanaan kegiatan tehnis operasional dan pelayanan di bidangnya;
    2) Melaksanakan kegiatan tehnis operasional dan pelayanan sesuai RBA;
    3) Memimpin dan mengendalikan kegiatan tehnis operasional dan pelayanan di bidangnya;
    4) Tugas lainnya yang ditetapkan oleh Kepala Daerah dan/atau pemimpin sesuai kewenanganya.
c. Pejabat Keuangan
    1) Merumuskan kebijakan terkait pengelolaan keuangan;
    2) Mengkoordinasikan penyusunan RBA;
    3) Menyiapkan DPA;
    4) Melakukan pengelolaan pendapatan dan belanja;
    5) Menyelenggarakan pengelolaan kas;
    6) Melakukan pengelolaan utang, piutang, dan investasi;
    7) Menyusun kebijakan pengelolaan barang milik daerah yang berada di bawah penguasaannya;
    8) Menyelenggarakan sistem informasi manajemen keuangan;
    9) Menyelenggarakan akuntansi dan penyusunan laporan keuangan; dan
    10) Tugas lainnya yang ditetapkan oleh Kepala Daerah dan/atau pemimpin sesuai kewenangannya.

Dalam rangka operasional pelayanan rumah sakit, dibentuk instalasi dan unsur penunjang lainnya. Berdasarkan Keputusan Direktur Nomor 445/98/KEP/2020 tentang Perubahan Atas Keputusan Direktur RSUD Prembun Nomor 45/6/KEP/2020 Tentang Pembentukan Instalasi-Instalasi dan Unsur Penunjang Lainnya di Rumah Sakit Umum Daerah Prembun Kabupaten Kebumen, dibentuk:

a. Instalasi
    1) Instalasi Gawat Darurat (IGD);
    2) Instalasi Bedah Sentral (IBS), meliputi:
        IBS adalah suatu unit khusus di RSUD Prembun yang berfungsi sebagai tempat untuk melakukan tindakan pembedahan secara elektif (terencana) maupun segera *(cito)* yang membutuhkan kondisi steril dan kondisi khusus lainnya. Di IBS ada dua unit pelayanan, yakni:
        a) Unit Bedah;
        b) Unit Anesthesi;
    3) Instalasi Rawat Jalan (IRJA);

a) Pelayanan klinik, meliputi:

(1) Klinik Penyakit Dalam;

Klinik Penyakit Dalam atau internis adalah klinik yang memberikan pelayanan spesialis dokter penyakit dalam, yakni dokter yang menangani berbagai keluhan dan masalah kesehatan pada pasien dewasa dan lansia. Penanganan yang dilakukan mencakup semua organ tubuh bagian dalam. Klinik ini menangani orang dewasa dan lansia, meliputi penyakit-penyakit non-bedah, mencakup hampir seluruh tubuh manusia dengan berbagai keluhan dan gejala penyakit.

(2) Klinik Bedah;

Klinik Bedah adalah klinik yang memberikan pelayanan penanganan dan pengobatan penyakit, cedera, atau kondisi gawat darurat pada tubuh melalui metode bedah (operatif) dan obat-obatan. Klinik Bedah RSUD Prembun menyediakan dokter spesialis bedah yang didukung dengan perawat serta sarana dan prasarana sesuai standar.

(3) Klinik Telinga Hidung Tenggorokan - Kepala Leher (THT-KL);

Klinik Telinga Hidung Tenggorokan - Kepala Leher (THT-KL) adalah klinik yang menangani semua masalah penyakit telinga, hidung, tenggorokan, kepala dan leher.

(4) Klinik Anak;

Klinik Anak adalah klinik yang memberikan pelayanan kesehatan pediatrik. Pediatrik adalah cabang ilmu kedokteran yang berkonsentrasi pada pencegahan, diagnosis, pengobatan dan penanganan seluruh jenis penyakit pada pasien berusia muda, yaitu bayi dan anak hingga remaja atau dewasa muda.

(5) Klinik Kebidanan dan Kandungan;

Klinik Kebidanan dan Kandungan adalah klinik yang melayani pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi masalah reproduksi, mulai kehamilan, persalinan, nifas dan gangguan kandungan lainnya termasuk pelayanan keluarga berencana (KB).

(6) Klinik Kejiwaan;

Klinik Kejiwaan adalah klinik yang menyediakan layanan psikiater atau Dokter Spesialis Kejiwaan. Psikiater adalah seorang dokter spesialis yang mendalami ilmu kesehatan jiwa dan perilaku (psikiatri). Sedang Psikiatri adalah cabang keilmuan medis yang

fokus pada diagnosis, pengobatan, dan pencegahan terhadap gangguan emosional, kejiwaan, maupun perilaku.

(7) Klinik *Orthopedy* dan Traumatologi;

Dokter spesialis bedah ortopedi dan traumatologi menangani cedera dan penyakit pada sistem *muskuloskeletal* tubuh, antara lain tulang, sendi, tendon, dan otot.

(8) Klinik Neurologi;

Klinik Neurologi adalah klinik yang memberikan pelayanan untuk mendiagnosis dan mengobati penyakit yang berkaitan dengan sistem saraf.

(9) Klinik Mata;

Klinik Mata adalah klinik yang memberikan pelayanan untuk mendiagnosis dan mengobati penyakit yang berkaitan dengan sistem penglihatan.

(10) Klinik Bedah Mulut;

Klinik Bedah Mulut adalah klinik yang menyediakan layanan untuk menangani penyakit pada mulut, gigi, rahang, dan lidah, khususnya dengan operasi.

(11) Klinik Gigi;

Klinik Gigi melayani semua perawatan kesehatan gigi dan mulut.

(12) Klinik Sehati (Pelayanan VCT/*Voluntary Counseling and Testing* dan CST/*Care, Support and Treatment);*

Klinik Sehati (Pelayanan VCT atau *voluntary counselling and testing)* diartikan sebagai konseling dan tes HIV secara sukarela. Layanan ini bertujuan untuk membantu pencegahan, perawatan, dan pengobatan bagi penderita HIV/AIDS.

(13) Klinik Geriatri;

Klinik Geriatri adalah klinik yang memberikan pelayanan yang berfokus pada penanganan, diagnosis, serta pencegahan penyakit yang menyerang lansia.

(14) Klinik DOTS *(Directly Observed Treatment Shortcourse);*

Klinik DOTS adalah klinik yang memberikan layanan kepada penderita TBC (Tuberkulosis) dengan strategi dan prosedur telah direkomendasikan oleh *World Health Organization* (WHO)

b) Pelayanan Pemeriksaan *Electroencephalography (EEG);*

Pemeriksaan yang dilakukan untuk memperoleh gambaran dari rekaman aktivitas listrik di otak, termasuk teknik perekaman *EEG* dan interpretasinya. Pemeriksaan EEG adalah tes yang mendeteksi aktivitas

listrik di otak dengan menggunakan cakram logam kecil (elektroda) yang dilekatkan pada kulit kepala. Sel-sel otak berkomunikasi melalui impuls listrik dan aktif setiap saat, bahkan ketika sedang tidur. Aktivitas ini kemudian ditampilkan sebagai garis bergelombang pada rekaman EEG.

c) Pelayanan Gizi;

Pelayanan gizi rumah sakit merupakan suatu upaya memperbaiki atau meningkatkan gizi/makanan dan dietetik masyarakat/kelompok/individu melalui rangkaian kegiatan asesmen, diagnosis, intervensi, dan evaluasi gizi dalam rangka mencapai status kesehatan optimal dalam kondisi sakit maupun sehat. Pelayanan gizi ini dilaksanakan baik pasien rawat jalan maupun rawat inap.

d) Pelayanan MCU *(Medical Check Up*), dan

Medical Check Up (MCU) merupakan suatu tindakan pemeriksaan kesehatan lengkap sebagai usaha preventif untuk menjaga kesehatan. Dengan melakukan MCU diharapkan apabila ada indikasi penyakit berbahaya di dalam tubuh dapat segera ditangani agar tidak berlanjut ke keadaan yang semakin parah.

e) Pelayanan Rehabilitasi Medis.

Pelayanan kesehatan terhadap gangguan fisik dan fungsi yang diakibatkan oleh keadaan/kondisi sakit, penyakit atau cedera melalui panduan intervensi medik, keterapian fisik, dan atau rehabilitatif untuk mencapai kemampuan fungsi yang optimal.

4) Instalasi Rawat Inap (IRNA);

a) Bangsal Flamboyan;

Bangsal yang diperuntukkan untuk merawat pasien dengan keluhan atau gejala kearah penyakit dalam dan penyakit infeksi.

b) Bangsal Anggrek;

Bangsal yang diperuntukan untuk merawat pasien dengan keluhan atau gejala ke arah penyakit yang memerlukan pembedahan. Selain itu bangsal Anggrek diperuntukan juga untuk pasien anak-anak yaitu pasien yang berusia <18 tahun.

c) Bangsal Sakura;

Merupakan bangsal dengan perawatan Kelas Utama dan *Very Important Person* (VIP).

d) Bangsal Tulip;

Bangsal Tulip adalah bangsal untuk merawat pasien dengan keluhan/masalah yang berhubungan dengan masalah kebidanan dan kandungan.

e) Bangsal Lavender;

Bangsal Lavender adalah bangsal yang digunakan untuk merawat pasien dengan keluhan penyakit dalam.

f) Bangsal Nusa Indah;

Bangsal Nusa Indah adalah bangsal yang digunakan untuk merawat pasien dengan keluhan kelainan/gangguan kesehatan jiwa.

g) VK (*Verlos Kamer*/ruang bersalin);

Ruang bersalin atau ruang VK adalah sebuah unit layanan pada rumah sakit yang berfungsi sebagai ruang persalinan selama 24 jam.

h) Bangsal Peristi (Perinatal Resiko Tinggi);

Bangsal yang digunakan untuk memberikan pelayanan untuk Bayi Baru Lahir (BBL) dengan resiko tinggi atau BBL dengan masalah tertentu. Pelayanan diberikan dalam rangka menciptakan kondisi bagi ibu dan janin atau bayinya yang mempunyai resiko tinggi pada agar dapat menjamin pertumbuhan dan perkembangan yang optimal serta terhindar dari morbiditas dan mortalitas.

5) Instalasi Rawat Intensif (IRI);

Fasilitas untuk merawat pasien yang dalam keadaan belum stabil sesudah operasi berat atau bukan karena operasi berat yang memerlukan secara intensif pemantauan ketat atau tindakan segera. Instalasi Rawat Intensif meliputi PICU (*Pediatric Intensive Care Unit),* NICU (*Neonatal Intensive Care Unit*), dan ICU (*Intensive Care Unit*)

6) Instalasi Rekam Medis dan Rujukan;
7) Instalasi Farmasi ;
8) Instalasi *Hygiene* dan Sanitasi;
9) Instalasi Gizi ;
10) Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSRS);
11) Instalasi Laboratorium Patologi Klinik;
12) Instalasi Radiologi ;

Instalasi Radiologi adalah unit/bagian yang ada di RSUD Prembun yang berfungsi untuk mendeteksi kelainan atau penyakit pada pasien dengan menggunakan fasilitas pelayanan radiodiagnostik, baik radiasi pengion maupun non pengion.

13) Instalasi Pemulasaraan Jenazah.

Adalah instalasi yang memberikan layanan perawatan jenazah sehingga jenazah layak dan aman untuk dibawa keluarga sesuai dengan keyakinan/agama pasien.

b. Unsur Penunjang Lainnya

1) Unit *Laundry*;
2) Unit CSSD (*Central Sterile Supply Departement*);

Yaitu suatu unit di rumah sakit yang menjadi koordinator dari suatu sistem kerja *supply* dan alat-alat steril. Secara ideal, CSSD adalah satu instalasi yang independen dengan fasilitas untuk menerima, mendesinfeksi, membersihkan, mengemas, mensterilkan, menyimpan dan mendistribusikan alat-alat (baik yang dapat dipakai berulang kali dan alat sekali pakai) sesuai dengan standar prosedur.

3) Unit Keamanan dan Parkir;

Adalah unit yang bertanggungjawab terhadap keamanan dan ketertiban di Rumah Sakit, termasuk kegiatan parkir RS.

4) Unit Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS);

Unit yang mempunyai tanggung jawab dalam proses memberdayakan pasien, keluarga pasien, sumber daya manusia rumah sakit, pengunjung rumah sakit, dan masyarakat sekitar rumah sakit untuk berperan serta aktif dalam proses asuhan untuk mendukung perubahan perilaku dan lingkungan serta menjaga dan meningkatkan kesehatan menuju pencapaian derajat kesehatan yang optimal.

5) Unit Pelayanan *Ambulance;*

Unit Pelayanan *Ambulance* di RSUD Prembun terdiri dari 2 (dua) layanan, yakni:

a) Mobil / *Ambulance* Jenazah

Mobil yang digunakan untuk sarana pengangkut jenazah

b) Mobil /*Ambulance* Rujukan

Mobil/*Ambulance* yang digunakan untuk sarana transportasi pasien baik dalam kondisi gawat darurat maupun non gawat darurat.

6) Unit EDP (*Electronic Data Processing*)

Unit *Electronic Data Processing* (EDP) adalah unit yang melaksanakan kegiatan proses penggunaan metode otomatis dalam pengolahan data-data di rumah sakit.

2. Sumber Daya RSUD Prembun

a. Sumber Daya Manusia (SDM)

Sumber daya manusia di RSUD Prembun sebanyak 414 orang, terdiri dari tenaga:

1) Pegawai Negeri Sipil (PNS)
2) Tenaga Kontrak

   Tenaga Non PNS yang melakukan perjanjian kerja dengan RSUD Prembun setiap 1 (satu) tahun sekali.
3) Tenaga Harian Lepas (THL)
4) Dokter *Internship*

   Program dari Kementrian Kesehatan RI yang merupakan proses pemantapan mutu profesi dokter dan dokter gigi untuk menerapkan kompetensi yang diperoleh selama pendidikan, secara terintegrasi, komprehensif, mandiri, serta menggunakan pendekatan kedokteran keluarga, dalam rangka pemahiran dan penyelarasan antara hasil pendidikan dengan praktik di lapangan (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Program *Internsip* Dokter dan Dokter Gigi Indonesia).
5) Dokter Mitra

   Dokter spesialis yang berstatus PNS di instansi lain (di luar RSUD Prembun) dan diperbantukan di RSUD Prembun.
6) Dokter Spesialis Program Pendayagunaan Dokter Spesialis (PPDS)

   Tenaga Dokter Spesialis yang berasal dari program yang diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan RI dalam rangka pemenuhan pelayanan kesehatan spesialistik dilakukan melalui pemerataan dokter spesialis di seluruh wilayah Indonesia dalam bentuk pendayagunaan dokter spesialis di rumah sakit (Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 31 Tahun 2019 tentang Pendayagunaan Dokter Spesialis);

Rincian jumlah pegawai dapat dilihat pada Tabel 2.1.

Tabel 2.1 Daftar Pegawai RSUD Prembun berdasarkan Status Kepegawaian Tahun 2020-2021

No.	STATUS KEPEGAWAIAN	JUMLAH PEGAWAI	
		TAHUN 2020	TAHUN 2021
1.	PNS	112	111
2.	CPNS	0	24
3.	KONTRAK	197	203
4.	THL	77	74
5.	DOKTER MITRA	1	1
6.	PPDS	1	1
	TOTAL	388	414

Sumber: Subbagian Kepegawaian, April 2021

Terdapat beberapa jabatan fungsional tertentu dan jabatan fungsional umum di RSUD Prembun, yaitu Dokter Spesialis, Dokter Gigi Spesialis, Dokter Umum, Dokter Gigi, Apoteker, Asisten Apoteker, Perawat, Terapis Gigi dan Mulut, Nutrisionis, Analis Kesehatan, Sanitarian, Radiografer, Teknis Elektromedis, Fisioterapis dan jabatan fungsional tertentu lainnya, secara rinci disajikan pada Tabel 2.2.

Tabel 2.2 Daftar Pegawai RSUD Prembun berdasarkan Rumpun Jabatan Tahun 2021

No	Jenis SDM	Jumlah
A	Pejabat Struktural	14
B	Tenaga Medis	
1	Dokter Spesialis Penyakit Dalam	2
2	Dokter Spesialis Anak	1
3	Dokter Spesialis Bedah	2
4	Dokter Spesialis Obgyn	1
5	Dokter Spesialis Anestesi	1
6	Dokter Spesialis Radiologi	1
7	Dokter Spesialis Patologi Klinik	1
8	Dokter Spesialis Orthopedi dan Traumatologi	2
9	Dokter Spesialis Neurologi	1
10	Dokter Spesialis THT-KL	1
11	Dokter Spesialis Mata	1
12	Dokter Spesialis Kesehatan Jiwa	1
13	Dokter Spesialis Bedah mulut	1
14	Dokter Umum	10
15	Dokter Gigi	2
C	Tenaga Keperawatan	
1	Perawat Ners	41
2	Perawat D3	97
3	TGM (Therapis Gigi Mulut) /Perawat Gigi	4
D	Tenaga Kebidanan	
1	Bidan	37
E	Tenaga Kefarmasian	
1	Apoteker	15
2	Asisten Apoteker	11
F	Tenaga Kesehatan Lingkungan	
1	Sanitarian	4
G	Tenaga Gizi	
1	Nutrisionis	5
H	Tenaga Keterapian Fisik	
1	Fisioterapis	2
I	Tenaga Keteknisian Medis	
1	ATEM (Akademi Tehnik Elektro Medik)	2
J	Tenaga Kesehatan Lainnya	
1	Penata Anestesi	2
2	Asisten Penata Anestesi	1
3	Pranata Laboratorium	9
4	Radiografer	6
5	Rekam Medik	15

No	Jenis SDM	Jumlah
K	Tenaga Non Kesehatan	
1	Pramusaji/Tata Boga	11
2	Staf Administrasi	14
3	Pengadministrasi Umum	8
4	Resepsionis	1
5	Kasir	7
6	Staf Hukum	1
7	Staf Keuangan	10
8	Pranata Komputer (IT)	3
9	Petugas IPRS	5
10	Sopir	8
11	Petugas Kamar Jenazah	5
12	Satpam	12
13	Pramu Bakti (Taman dan CS)	26
14	Binatu Laundry	7
15	Petugas CSSD	1
16	Petugas POS (Pengantar Orang Sakit)	2
	TOTAL	**414**

SDM RSUD Prembun berdasarkan jenjang pendidikan adalah sebagai berikut.

Tabel 2.3 Jumlah Pegawai RSUD Prembun berdasarkan Pendidikan Tahun 2021

No	Tingkat Pendidikan	Jumlah
1	S3	0
2	S2	27
3	S1	100
4	D4	12
5	D3	186
6	D2	2
7	D1	0
8	SMA/SMK/MAN/sederajat	85
9	SMP/MTS/sederajat	2
10	SD	0
	TOTAL	**414**

Mayoritas pegawai di RSUD Prembun memiliki Pendidikan terakhir Diploma 3 (D3). Akan tetapi masih ada pegawai yang memiliki pendidikan terakhir SMP dan SMA sehingga perlu adanya motivasi khusus bagi pegawai untuk meningkatkan pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi.

b. Sumber Daya Keuangan

Sumber pendanaan RSUD Prembun pada tahun 2017-2018 adalah dari Dana Alokasi Umum (DAU) APBD Kabupaten Kebumen. Kemudian sejak tahun 2019 selain dari DAU, sumber pendanaan juga yang berasal dari Dana Alokasi Khusus (DAK) Fisik Bidang Kesehatan dan Dana Insentif Daerah (DID).

Berdasarkan Keputusan Bupati Kebumen Nomor 449/225 Tahun 2018 tentang Unit Pelaksana Teknis Dinas Unit RSUD Prembun sebagai Sub Organisasi Perangkat Daerah yang Menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, maka mulai tahun 2019 sumber pendanaan RSUD Prembun juga berasal dari pendapatan BLUD.

1) Pendapatan

Tabel 2.4 Realisasi Pendapatan Layanan BLUD RSUD Prembun Tahun 2017-2020

Tahun	Target	Realisasi
2017	7.000.000.000	5.368.709.049
2018	25.000.000.000	12.780.306.293
2019	26.000.000.000	19.521.317.477
2020	17.500.000.000	30.353.850.912

Sumber: Bidang Keuangan RSUD Prembun

Berdasarkan data pada Tabel 2.4 dapat diketahui bahwa realisasi pendapatan Layanan BLUD RSUD Prembun tahun 2017-2019 tidak mencapai target. Hal ini terjadi karena sarana dan prasarana serta SDM masih belum lengkap. Selain itu, penentuan target juga tidak dengan melihat pendapatan tahun-tahun permulaan beroperasi. Kemudian, pada tahun 2020 realisasi pendapatan Layanan BLUD mencapai 173,45%, hal ini terjadi karena pengunjung RSUD Prembun sudah meningkat berkaitan dengan jenis pelayanan, sarana dan prasarana, serta SDM sudah cukup lengkap.

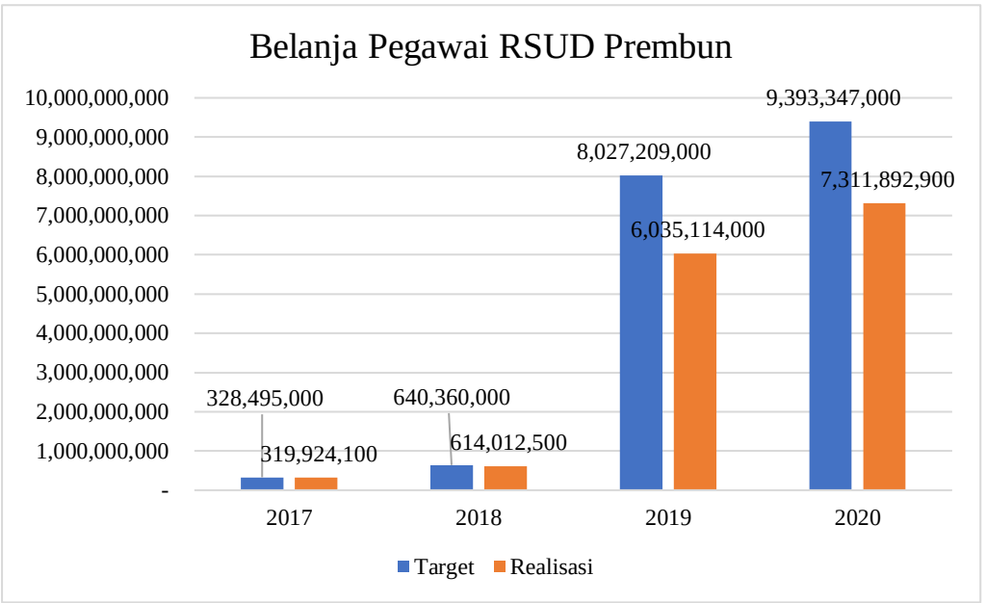
2) Belanja

Pada tahun 2017 dan 2018 RSUD Prembun hanya melaksanakan pengelolaan keuangan APBD. Sejak tahun 2019, RSUD Prembun melaksanaan pengelolaan keuangan dengan Pola Pengelolaan Keuangan BLUD, hal ini secara otomatis terdapat beberapa perubahan pengelolaan baik pada sisi pendapatan, belanja, permodalan/investasi, pengelolaan keuangan yang lain serta beberapa permasalahan yang dihadapi. Selain itu UPT Dinas Kesehatan RSUD Prembun masih mengelola 2 (dua) sumber dana yaitu DID dan DAK Fisik Bidang Kesehatan. Semua sumber dana dikelola untuk belanja pegawai, belanja modal, dan belanja barang dan jasa dengan rincian pagu dan realisasi sebagaimana terinci pada Tabel 2.5.

Tabel 2.5 Pagu Anggaran dan Realisasi Belanja RSUD Prembun pada tahun 2017-2020

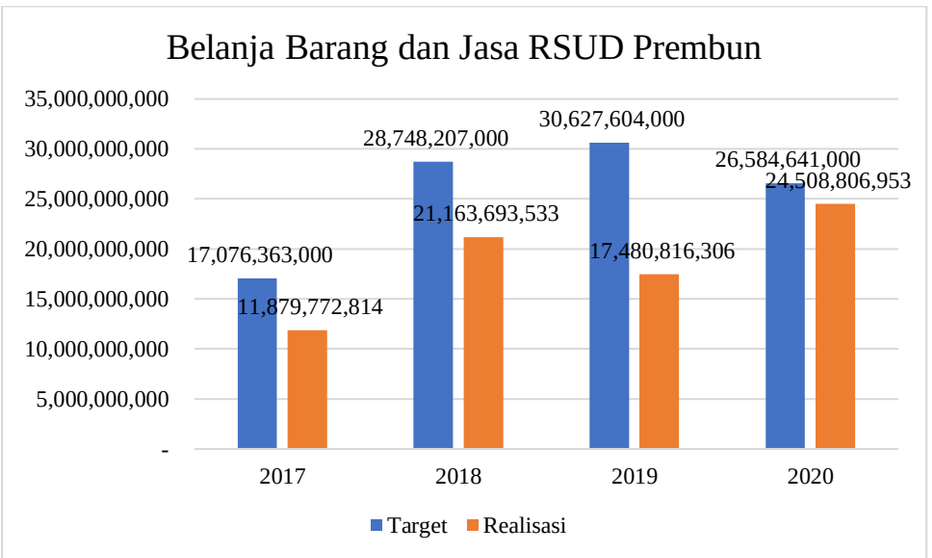
No	Tahun Anggaran	Pagu Anggaran	Realisasi Belanja
1	2017	28.000.000.000	86%
2	2018	54.845.899.000	80%
3	2019	53.581.016.000	66%
4	2020	52.157.160.000	90%

Sumber: Bidang Keuangan RSUD Prembun



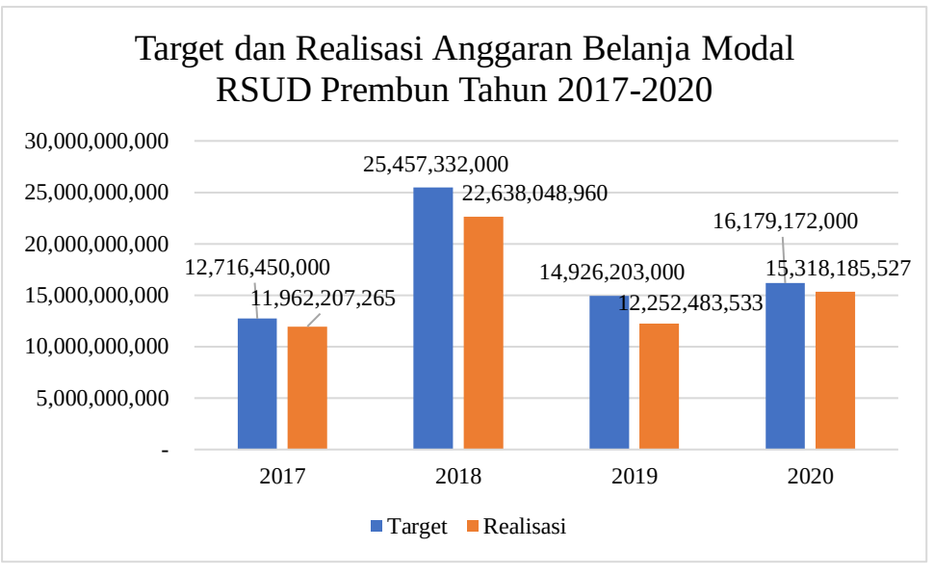
Gambar 2.3 Target dan Realisasi Anggaran Belanja Pegawai RSUD Prembun Tahun 2017-2020

Berdasarkan Gambar 2.3 dapat diketahui bahwa belanja pegawai pada tahun 2017-2018 RSUD Prembun belum besar. Hal ini terjadi karena pada tahun 2017-2018 jumlah pegawai masih sedikit, terutama pegawai Non PNS dan THL, sehingga belanja pegawai baik yang berupa gaji, uang lembur, dan honorarium lainnya masih sedikit. Sedangkan, pada tahun 2019-2020 jumlah pegawai semakin banyak, seiring peningkatan jenis pelayanan dan kuantitas pelayanan, sehingga mengakibatkan belanja pegawai semakin banyak, terutama untuk gaji pegawai Non PNS dan THL, dan belanja lembur.



Gambar 2.4 Target dan Realisasi Anggaran Belanja Barang dan Jasa RSUD Prembun Tahun 2017-2020

Meskipun masih fluktuatif, akan tetapi belanja barang dan jasa RSUD Prembun memiliki kecenderungan semakin meningkat dari tahun 2017 sampai tahun 2020. Hal ini terjadi karena pelayanan di RSUD Prembun semakin lengkap dan pengunjung semakin banyak sehingga biaya belanja barang dan jasa untuk kebutuhan operasional juga semakin meningkat.



Gambar 2.5 Target dan Realisasi Anggaran Belanja Modal RSUD Prembun Tahun 2017-2020

Belanja modal RSUD Prembun tahun 2018 hampir mencapai dua kali lebih besar dibanding belanja modal tahun lainnya. Hal itu disebabkan oleh karena pada tahun 2017-2018 merupakan masa awal beroperasinya RSUD Prembun sehingga masih banyak belanja sarana dan prasarana fisik dengan belanja modal yang digunakan untuk mendukung kegiatan operasional pelayanan rumah sakit, seperti alat-alat kesehatan, peralatan kantor, seperti komputer, laptop, printer dan sebagainya, belanja mebelair, lemari penyimpanan, dan belanja sarana prasarana lainnya. Alat-alat kesehatan dan penunjang diagnosis yang dipenuhi berfokus pada alat-alat kesehatan yang menunjang pelayanan empat spesialis dasar dan spesialis penunjang:

a. Spesialis Dalam;
b. Spesialis Anak;
c. Spesialis Kebidanan Kandungan;
d. Spesialis Bedah;
e. Spesialis Anestesi;
f. Spesialis Neurologi;
g. Spesialis THT-KL;
h. Spesialis Bedah Mulut;
i. Spesialis Mata;

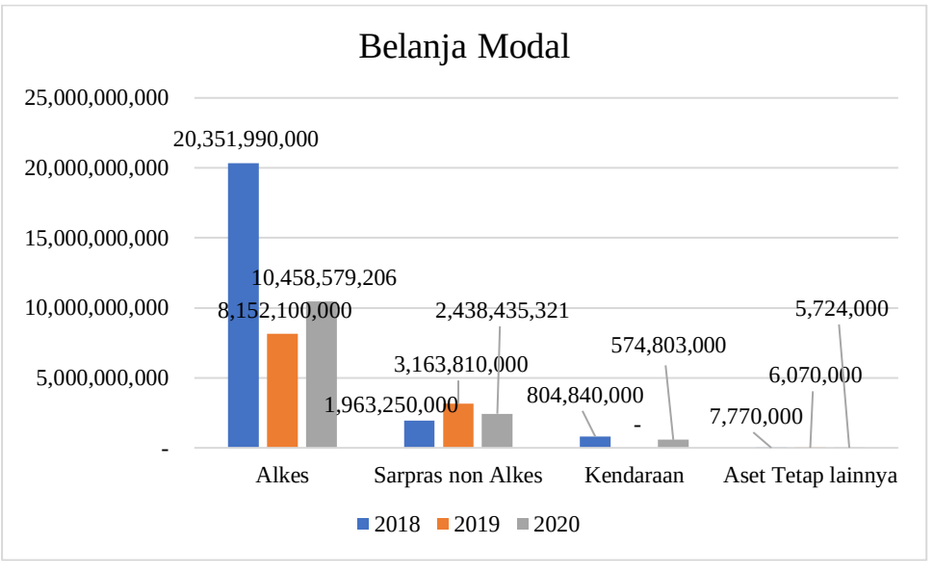
j. Spesialis Kejiwaan;

k. Spesialis Orthopedi dan Traumalogi;

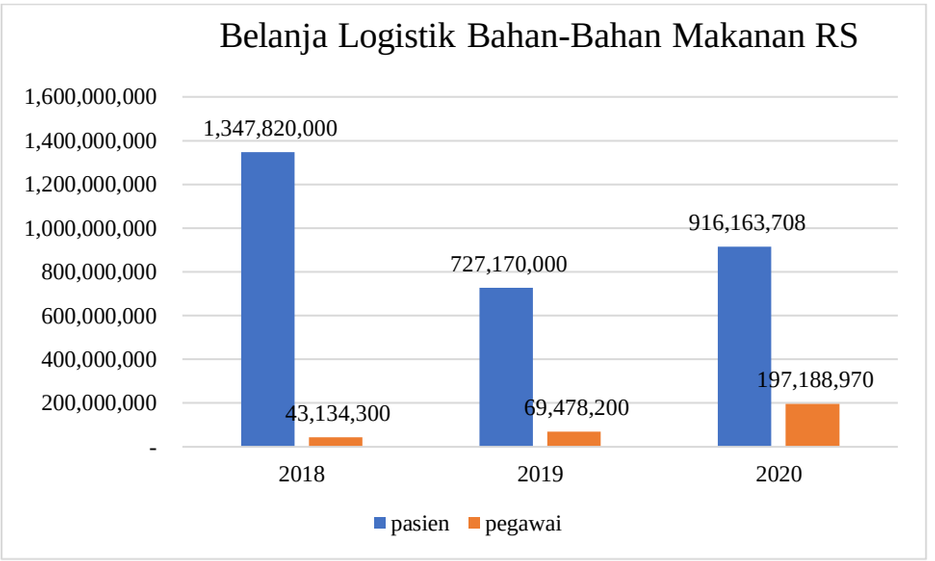
l. Spesialis Radiologi; dan

m. Spesialis Patologi Klinik.

Secara lebih rinci, realisasi belanja modal berdasarkan jenisnya dapat dilihat pada Gambar 2.6.

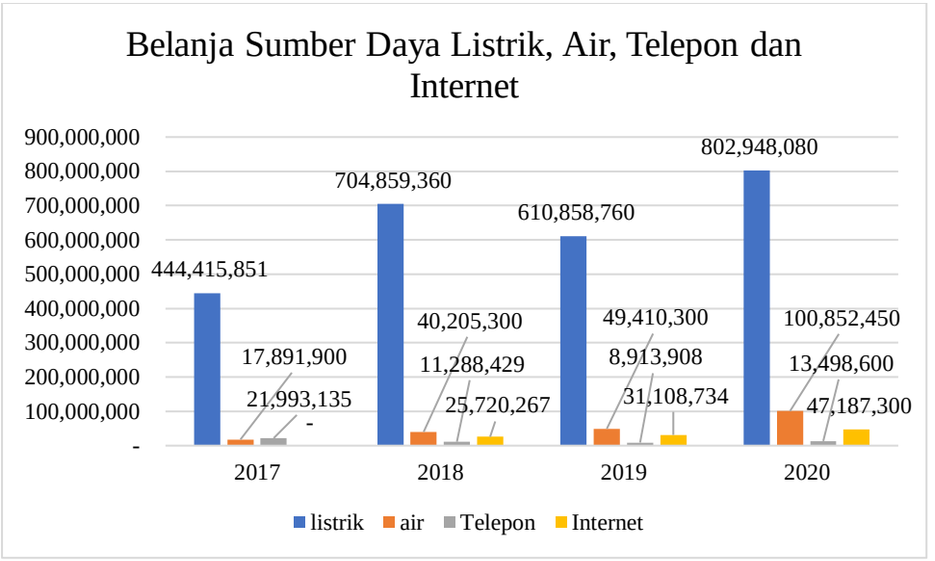


Gambar 2.6 Realisasi Anggaran Belanja Modal berdasarkan Jenisnya RSUD Prembun Tahun 2018-2020



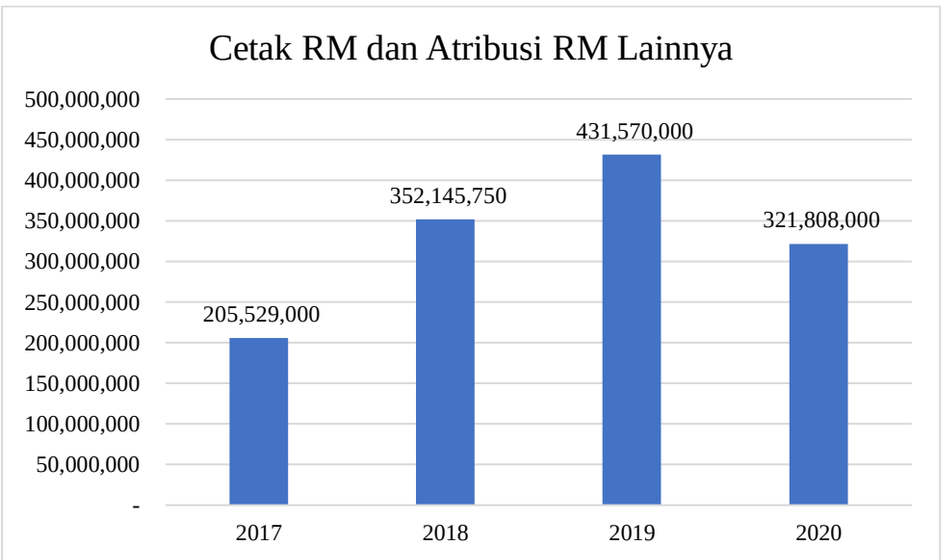
Gambar 2.7 Realisasi Anggaran Belanja Logistik Bahan-Bahan Makanan RSUD Prembun Tahun 2017-2020

Belanja logistik untuk pegawai pada tahun 2020 cukup tinggi dikarenakan adanya penambahan belanja untuk *extra fooding* pegawai berkaitan dengan penanganan pasien Covid-19 di masa pandemi.



Gambar 2.8 Realisasi Anggaran Belanja Listrik, Air, Telepon, dan Internet RSUD Prembun Tahun 2017-2020

Dari Gambar 2.8 dapat diketahui bahwa belanja sumber daya listrik, air, dan internet mengalami kecenderungan meningkat dari tahun 2017-2020. Hal ini selaras dengan pelayanan RSUD Prembun yang semakin meningkat sehingga membutuhkan sumber daya yang semakin banyak. Meskipun demikian, pengendalian biaya atas kebutuhan sumber daya tetap harus dilakukan, sumber daya harus tetap digunakan secara efisien.



Gambar 2.9 Realisasi Anggaran Belanja Cetak RM dan Atribusi RM Lainnya RSUD Prembun Tahun 2017-2020

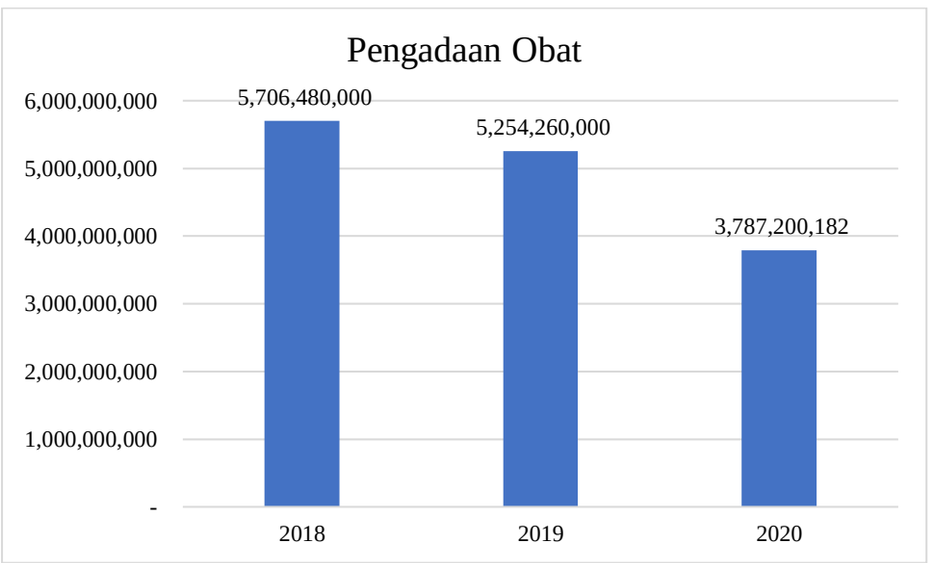
Belanja cetak Rekam Medik (RM) dan atribusi RM lainnya cenderung meningkat seiring dengan semakin berkembangnya pelayanan di RSUD Prembun, namun pada tahun 2020 mengalami penurunan karena adanya rasionalisasi anggaran belanja untuk penanganan pandemi *Covid-19*.

Untuk mendukung peningkatan kompetensi dan pengetahuan SDM RSUD Prembun, diperlukan beberapa kegiatan pendidikan dan pelatihan, baik workshop, bintek, webinar, dan kegiatan sejenis lainnya.



Gambar 2.10 Realisasi Anggaran Belanja Pendidikan dan Pelatihan RSUD Prembun Tahun 2017-2020

Kebutuhan akan pendidikan dan pelatihan di RSUD Prembun semakin meningkat seiring dengan semakin berkembangnya jenis pelayanan dan semakin bertambahnya jumlah pegawai. Akan tetapi, pada tahun 2020 kegiatan pendidikan dan pelatihan tidak terselenggara sesuai rencana karena adanya pandemi *Covid-19*.



Gambar 2.11 Realisasi Anggaran Belanja Obat RSUD Prembun Tahun 2017-2020

3) Aset

Tabel 2.6 Persentase Pertumbuhan Aset 2017-2020

Tahun	Nilai Aset (Rp)	Pertumbuhan (%)
2017	44.456.326.918	-
2018	59.048.427.628	32,82%
2019	65.881.501.877	11,57%
2020	162.563.106.938	146,75%

Pada awal operasional, nilai aset RSUD Prembun adalah Rp.44.456.326.918. Aset ini berupa peralatan kesehatan dan prasarana lainnya yang disediakan untuk operasional pelayanan kesehatan. Pada tahun 2018 dan 2019 terdapat peningkatan nilai aset masing-masing sebesar 32,82% dan 11,57% yang berasal dari penambahan alat kesehatan dan prasarana lainnya. Peningkatan yang cukup besar hingga mencapai 146,75% pada tahun 2020 karena adanya serah terima aset tanah dan gedung dari Pemerintah Daerah Kabupaten Kebumen ke RSUD Prembun.

c. Sumber Daya Sarana dan Prasarana

1) Data Umum RSUD Prembun

Luas lahan RSUD Prembun adalah sebesar 38.105 m^2. Total luas bangunan eksisting saat ini adalah sebesar 13.420 m^2 dengan luas lantai 1 sebesar 11.505 m^2 dan luas lantai 2 sebesar 1.915 m^2 termasuk di dalamnya koridor sirkulasi yang beratap dengan sisa lahan untuk pengembangan bangunan sebesar 7.547,5 m^2.

Bangunan RSUD Prembun terdiri dari:

a) Gedung Lantai I: Poliklinik, Rekam Medik, Pendaftaran, Farmasi, Radiologi, Bangsal Perawatan, IBS, IGD, Instalasi Pemulasaran Jenazah, Instalasi Pengolahan Limbah (IPAL), Mushola, Ruang Laundry, Intalansi ICU/HCU, Instalasi Gizi, Gudang dan Bengkel; dan
b) Gedung Lantai II: Ruang Sekretariat, Instalasi Laboratorium Sentral, Mushola, Poliklinik, Aula Utama.

Sampai dengan awal tahun 2021 Rumah Sakit Umum Daerah Prembun mempunyai kapasitas tempat tidur dan kapasitas layanan sebagai berikut:

a) Rawat Inap

Tabel 2.7 Kapasitas Tempat Tidur RSUD Prebun Tahun 2021 berdasarkan Ruang dan Kelas Perawatan

No.	Nama Ruangan	Non Kelas	VIP	Kelas I	Kelas II	Kelas III	Isolasi	∑	%
1.	IRI	6					1	7	6,2

No.	Nama Ruangan	Non Kelas	VIP	Kelas I	Kelas II	Kelas III	Isolasi	∑	%
2.	Peristi	7					2	9	7,9
3.	Tulip			2	2	4		8	7,1
4.	Sakura		5	8			1 (VIP) 1 (Kelas I)	15	13,3
5.	Anggrek			3	4	15	1 (Kelas III)	23	20,3
6.	Flamboyan				9	22	2 (Kelas II) 3 (Kelas III) 5 (Covid-19)	41	36,3
7.	Nusa Indah					10		10	8,9
	Total	13	5	13	15	51	16	113	100

Jumlah tempat tidur terbanyak berada di Ruang Flamboyan, yaitu sebesar 36,3% yang digunakan untuk ruang perawatan Kelas II dan Kelas III, serta ruang perawatan isolasi.

b) Non Rawat Inap

Pelayanan non rawat inap adalah layanan rawat jalan, layanan gawat darurat, layanan bedah sentral, dan layanan kamar bersalin.

(1) Rawat Jalan

Tabel 2.8 Daftar Ruang Klinik RSUD Prembun Tahun 2021

No.	Nama Ruangan	Ruang Periksa	Ruang Tindakan	Jumlah
1.	Klinik Dalam	2	0	2
2.	Klinik Bedah	1	1	2
3.	Klinik Gigi	1	0	1
4.	Klinik Kandungan	1	0	1
5.	Klinik *Orthopaedi*	1	1	2
6.	Klinik Anak	1	0	1
7.	Klinik Mata	1	0	1
8.	Klinik Jiwa	1	0	1
9.	Klinik THT	1	0	1
10.	Klinik Bedah Mulut	1	0	1
	Total	11	2	13

Pada pelayanan rawat jalan, tersedia 11 ruangan periksa dan 2 ruang tindakan.

(2) Instalasi Gawat darurat (IGD)

Jumlah tempat tidur yang digunakan di Instalasi Gawat Darurat RSUD Prembun sejumlah 10 TT, meliputi:

TT Resusitasi : 1 TT

TT Observasi : 2 TT

TT Medikal Dewasa : 3 TT

TT Anak : 1 TT

TT Isolasi : 1 TT

TT Ruang Tindakan : 1 TT

TT VK IGD : 1 TT

(3) Instalasi Bedah Sentral (IBS)

Jumlah tempat tidur yang digunakan untuk tindakan operasi dan pemulihan di ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Prembun sejumlah 8 TT, meliputi:

Meja Operasi : 4 TT

Mobile : 4 TT

(4) Kamar Bersalin

Jumlah tempat tidur yang digunakan untuk pertolongan persalinan di kamar bersalin RSUD Prembun sejumlah 7 TT.

2) Data Sarana dan Prasarana

Secara umum baik jumlah maupun nilai rupiah aset yang dimiliki RSUD Prembun mengalami penambahan tiap tahunnya. Terjadinya penambahan aset dikarenakan adanya hibah tak terikat dan perolehan tahun sebelumnya. Dibutuhkan pemeliharaan secara berkala yang membutuhkan kemampuan tehnis yang lebih spesifik terutama alat kesehatan yang canggih. Jika semua alat kesehatan dilakukan *maintenance* maka biaya yang dibutuhkan akan sangat besar sehingga diperlukan skala prioritas untuk menyesuaikan anggaran dengan pemeliharaan alat kesehatan berkala yang harus dilakukan. Pemeliharaan alat yang dapat dilakukan secara berkala bergantung pada anggaran yang juga terbatas. Pekerjaan pemeliharaan alat yang dimaksud terdiri dari pembiayaan aktifitas pemeliharaan rutin, pembiayaan suku cadang, dan pembiayaan *consumable part* (suku cadang yang mempunyai umur).

Data kelengkapan sarana dan prasarana ruangan di RSUD Prembun disajikan dalam Tabel 2.9.

Tabel 2.9 Data Kelengkapan Sarana dan Prasarana Ruangan di RSUD Prembun Tahun 2021

Ruangan-Pelayanan	Kelengkapan Alat	Pembobotan Alat (*Essensial*)
Pelayanan Medik dan Keperawatan		
1. Pelayanan Rawat Jalan	43.89	11.21
2. Pelayanan Gawat Darurat	88.24	29.09
3. Pelayanan Rawat Intensif (IRI)	88	24.62
4. Pelayanan Bedah Sentral (IBS)	37.72	7.55
5. Pelayanan Rawat Inap	78.95	27.17

6.	Pelayanan Kebidanan dan Penyakit Kandungan	58.21	23.56
7.	Pelayanan Perawatan Intensif Bayi (NICU)	0	0
8.	Pelayanan Perawatan Intensif Anak (PICU)	0	0
9.	Pelayanan Perawatan Tingkat Tinggi (HCU)	0	0
Penunjang Medik RS			
1.	Instalasi Pemulasaraan Jenazah (IPJ)	66.67	5.45
2.	Instalasi Laboratorium	46.67	3.24
3.	Unit Hemodialisis	0	0
4.	Instalasi Radiodiagnostik	53.85	10.39
5.	Instalasi Rehabilitasi Medik	13.64	2.37

Sumber: http://aspak.kemkes.go.id/aplikasi-RSUD Prembun

Tabel 2.9 menyajikan data kelengkapan alat di masing- masing ruang pelayanan. Secara umum di semua ruang pelayanan alat-alat kesehatannya belum terpenuhi, baik pelayanan rawat jalan, rawat inap, rawat gawat darurat, rawat intensif, maupun pelayanan penunjang rumah sakit lainnya. Berdasarkan Tabel 2.9 ini, dapat diketahui bahwa RSUD Prembun harus melengkapi kebutuhan sarana prasarana di semua jenis pelayanan, terutama instalasi rehabilitasi medik karena baru terpenuhi sebesar 13,64%. Selain itu, juga pelayanan rawat jalan, IBS, pelayanan kebidanan dan penyakit kandungan, IPJ, laboratorium, dan radiologi karena baru terpenuhi sekitar 50%. Sedangkan pada pelayanan intensif yang telah terpenuhi 88% kelengkapan prasarananya perlu juga dilakukan pengembangan untuk pelayanan IRI terpadu dengan membuka layanan NICU (*Neonatal Intensive Care Unit)*, PICU (*Pediatric Intensive Care Unit*), ICU (*Intensive Care Unit)*, dan HCU (*High Care Unit*). Selanjutnya, untuk memenuhi kebutuhan masyarakat sekitar RSUD Prembun akan kebutuhan pelayanan hemodialisis, maka RSUD Prembun juga berencana untuk mengadakan pelayanan hemodialisis. Pelayanan hemodialisis (cuci darah) adalah sebuah proses penyaringan atau pemisahan darah dari toksin dengan menggunakan alat/membran semipermeabel buatan (disebut: *dialiser*) yang bertujuan untuk menghilangkan limbah dan racun, seperti urea dari darah.

C. KINERJA PELAYANAN RSUD PREMBUN

1. Evaluasi Hasil Pelaksanaan Rencana Kerja Perangkat Daerah Dan Pencapaian Renstra Perangkat Daerah s/d Tahun 2020

   Evaluasi hasil pelaksanaan Renja RSUD Prembun dan pencapaian Renstra RSUD Prembun Tahun 2017-2020 diperlukan sebagai dasar penyusunan Renstra Tahun 2021-2026. Evaluasi Renja tahun lalu dan capaian Renstra atas pelaksanaan

program dan kegiatan RSUD Prembun dimaksud dibuat berdasarkan Laporan Kinerja dan Laporan Keuangan OPD. Dalam kurun waktu 4 (empat) tahun berjalannya kegiatan dan program, RSUD Prembun telah memberikan pelayanan publik kepada masyarakat sehingga telah ditemukan berbagai kendala dan masalah yang tentunya akan menjadi bahan pertimbangan dalam menentukan Renstra RSUD Prembun tahun 2021-2026 ini. Capaian *review* hasil evaluasi pelaksanaan Renja RSUD Prembun dan realisasi Renstra RSUD Prembun Tahun 2017-2020 disajikan dalam Tabel 2.10

Tabel 2.10 Capaian *Review* Hasil Evaluasi Pelaksanaan Renja RSUD Prembun dan Realisasi Renstra RSUD Prembun Tahun 2017-2020

No	Program/ Kegiatan	Target sd 2021		Realisasi Tahun								Realisasi sd 2020		Persentase realisasi sd 2020	
				2017		2018		2019		2020					
1	2	3		4		5		6		7		8		9	
		K	Rp *)	K	Rp *)	K	Rp *)	K	Rp *)	K	Rp *)	K	Rp *)	K	Rp *)
A	**Urusan Wajib Pelayanan Dasar**														
	Kesehatan														
	Program Obat dan Perbekalan Kesehatan	**99**	**45,100.00**	**15**	**6,000.00**	**12**	**5,706.48**	**20**	**5,254.26**	**0**	**0**	**47**	**16,960.74**	**47.47**	**37.61**
1	Pengadaaan Obat dan Perbekalan Kesehatan	99	45,100.00	15	6,000.00	12	5,706.48	20	5,254.26			47	16,960.74	47.47	37.61
	Program Upaya Kesehatan Masyarakat	**72**	**66,670.70**	**0**	**0**	**12**	**5,840.64**	**12**	**6,945.42**	**12**	**1,349.13**	**36**	**14,135.19**	**50.00**	**21.20**
2	Peningkatan pelayanan dan penanggulangan masalah kesehatan	12	11,100.00			12	5,840.64					12	5,840.64	100.00	52.62
3	Pengembangan pelayanan kesehatan rujukan	60	55,570.70					12	6,945.42	12	1,349.13	24	8,294.55	40.00	14.93
	Program pengadaan, peningkatan sarana dan prasarana rumah sakit/ rumah sakit jiwa/ rumah sakit paru-paru/ rumah sakit mata	**322**	**123,020.31**	**64**	**37,300.34**	**51**	**22,266.66**	**73**	**12,039.43**	**31.2**	**10,782.27**	**219.2**	**82,388.70**	**68.07**	**66.97**
6	Pengembangan ruang operasi	1	750.00							1	738.20	1	738.20	100.00	98.43
7	Pengadaan alat-alat kesehatan rumah sakit	100	101,710.97	20	34,152.00	20	20,351.99	20	8,152.10	17.1	9,137.69	77.1	71,793.78	77.10	70.59

No	Program/ Kegiatan	Target sd 2021		Realisasi Tahun								Realisasi sd 2020		Persentase realisasi sd 2020	
				2017		2018		2019		2020					
1	2	3		4		5		6		7		8		9	
		K	Rp *)	K	Rp *)	K	Rp *)	K	Rp *)	K	Rp *)	K	Rp *)	K	Rp *)
8	Pengadaan perlengkapan rumah tangga rumah sakit (dapur, ruang pasien, laundry, ruang tunggu dan lain-lain)	100	5,484.34	20	1,843.34	7	1,224.80	20	790.17	13.1	906.38	60.1	4,764.69	60.10	86.88
9	Pengadaan bahan-bahan logistik rumah sakit	60	10,463.00	12	855.00	12	492.82	20	727.17			44	2,074.99	73.33	19.83
10	Pembangunan gudang dan bengkel Rumah Sakit	1	3,500.00					1	2,326.64			1	2,326.64	100.00	66.48
11	Penyusunan dan pengembangan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit	60	1,112.00	12	450.00	12	197.05	12	43.35			36	690.40	60.00	62.09
	Program pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit/ rumah sakit jiwa/ rumah sakit paru-paru/ rumah sakit mata	**180**	**6,335.00**	**36**	**765.00**	**36**	**848.12**	**36**	**1,069.86**	**24**	**1,079.10**	**132**	**3,762.08**	**73.33**	**59.39**
12	Pemeliharaan rutin/berkala rumah sakit	60	3100.00	12	200.00	12	399.77	12	440.68	12	493.53	48	1,533.98	80.00	49.48
13	Pemeliharaan rutin/berkala instalasi pengolahan limbah rumah sakit	60	1270.00	12	240.00	12	258.90	12	242.38			36	741.28	60.00	58.37
14	Pemeliharaan rutin/berkala alat-alat kesehatan rumah sakit	60	1965.00	12	325.00	12	189.45	12	386.80	12	585.57	48	1,486.82	80.00	75.67
	Program BLUD	**24**	**42,500.00**	**0**	**0**	**0**	**0**	**9**	**6,782.92**	**12**	**20,557.88**	**21**	**27,340.80**	**87.50**	**64.33**
15	Kegiatan BLUD RSUD Prembun	24	42,500.00					9	6,782.92	12	20,557.88	21	27,340.80	87.50	64.33

No	Program/ Kegiatan	Target sd 2021		Realisasi Tahun								Realisasi sd 2020		Persentase realisasi sd 2020	
				2017		2018		2019		2020					
1	2	3		4		5		6		7		8		9	
		K	Rp *)	K	Rp *)	K	Rp *)	K	Rp *)	K	Rp *)	K	Rp *)	K	Rp *)
B	**Fungsi Penunjang Urusan Pemerintahan**														
	Perencanaan Pembangunan														
	Program pengembangan data/informasi	**60**	**214.00**	**12**	**0**	**12**	**81.84**	**8**	**34.61**	**8**	**27.80**	**40**	**144.25**	**66.67**	**67.41**
16	Penyusunan dan pengumpulan data/informasi kebutuhan penyusunan dokumen perencanaan	60	214	12		12	81.84	8	34.61	8	27.80	40	144.25	66.67	67.41
C	**Program Pendukung Operasional SKPD**														
	Program Pendukung Operasional SKPD														
	Program Pelayanan Administrasi Perkantoran	**840**	**67,553.59**	**168**	**18,704.60**	**168**	**7,684.29**	**168**	**8,405.75**	**48**	**7,459.20**	**552**	**42,253.84**	**65.71**	**62.55**
17	Penyediaan jasa surat menyurat	60	63.73	12	3.00	12	2.98	12	7.09			36	13.07	60.00	20.51
18	Penyediaan jasa komunikasi, sumber daya air dan listrik	60	14,837.50	12	4,080.00	12	782.07	12	849.18			36	5,711.25	60.00	38.49
19	Penyediaan jasa pemeliharaan dan perizinan kendaraan dinas/operasional	60	2,327.05	12	672.05	12	194.06	12	203.26	12	172.37	48	1,241.74	80.00	53.36
20	Penyediaan jasa administrasi keuangan	60	1,958.18	12	458.18	12	218.81	12	451.29	12	113.85	48	1,242.13	80.00	63.43
21	Penyediaan jasa kebersihan kantor	60	6,925.53	12	1,629.53	12	893.19	12	588.00			36	3,110.72	60.00	44.92

No	Program/ Kegiatan	Target sd 2021		Realisasi Tahun								Realisasi sd 2020		Persentase realisasi sd 2020	
				2017		2018		2019		2020					
1	2	3		4		5		6		7		8		9	
		K	Rp *)	K	Rp *)	K	Rp *)	K	Rp *)	K	Rp *)	K	Rp *)	K	Rp *)
22	Penyediaan jasa perbaikan peralatan kerja	60	1,802.71	12	147.71	12	115.92	12	156.00	12	245.99	48	665.62	80.00	36.92
23	Penyediaan alat tulis kantor	60	1,087.35	12	425.35	12	249.89	12	192.88			36	868.12	60.00	79.84
24	Penyediaan barang cetakan dan penggandaan	60	1,752.49	12	577.44	12	430.90	12	454.73			36	1,463.07	60.00	83.49
25	Penyediaan komponen instalasi listrik/penerangan bangunan kantor	60	1,895.50	12	245.00	12	110.99	12	65.87			36	421.86	60.00	22.26
26	Penyediaan bahan bacaan dan peraturan perundang-undangan	60	105.29	12	39.09	12	7.77	12	6.07			36	52.93	60.00	50.27
27	Penyediaan makanan dan minuman	60	681.66	12	234.81	12	185.04	12	123.81			36	543.66	60.00	79.76
28	Rapat-rapat koordinasi dan konsultasi ke luar daerah	60	725.81	12	229.31	12	102.90	12	215.46			36	547.67	60.00	75.46
29	Penunjang Administrasi Perkantoran	60	33,172.13	12	9,926.13	12	4,357.27	12	5,085.02	12	6,926.99	48	26,295.41	80.00	79.27
30	Rapat-rapat koordinasi dan konsultasi dalam daerah	60	218.66	12	37.00	12	32.50	12	7.09			36	76.59	60.00	35.03
	Program Peningkatan Sarana dan Prasarana Aparatur	**500**	**8,752.89**	**60**	**1,747.79**	**60**	**1,746.82**	**94**	**1,491.26**	**162.5**	**2,979.76**	**376.5**	**7,965.63**	**75.30**	**91.01**
31	Pembangunan rumah dinas	100	2,000.00							90.5	1,791.51	90.5	1,791.51	90.50	89.58
32	pengadaan Kendaraan dinas/operasional	60	1,610.50	12	810.50	12	804.84			1	574.80	25	2,190.14	41.67	135.99
33	Pengadaan perlengkapan gedung kantor	100	1,655.00					30	658.15	26	167.48	56	825.63	56.00	49.89

No	Program/ Kegiatan	Target sd 2021		Realisasi Tahun								Realisasi sd 2020		Persentase realisasi sd 2020	
				2017		2018		2019		2020					
1	2	3		4		5		6		7		8		9	
		K	Rp *)	K	Rp *)	K	Rp *)	K	Rp *)	K	Rp *)	K	Rp *)	K	Rp *)
34	Pengadaan peralatan gedung kantor	60	1,577.79	12	550.29	12	509.32	20	472.94	16	164.32	60	1,696.87	100.00	107.55
35	Pengadaan mebeleur	60	929.00	12	267.00	12	229.13	20	180.18	17	171.85	61	848.16	101.67	91.30
36	Pemeliharaan rutin/berkala gedung kantor	60	894.40	12	100.00	12	193.57	12	174.31	12	109.80	48	577.68	80.00	64.59
37	Pemeliharaan rutin/berkala mebeleur	60	86.20	12	20.00	12	9.96	12	5.68			36	35.64	60.00	41.35
	Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Aparatur	**60**	**1,775.00**	**12**	**300.00**	**12**	**241.12**	**12**	**356.85**	**12**	**173.47**	**48**	**1,071.44**	**80.00**	**60.36**
38	Pendidikan dan pelatihan formal	60	1,775.00	12	300.00	12	241.12	12	356.85	12	173.47	48	1,071.44	80.00	60.36
	Jumlah Total	**2157**	**361,921.49**	**367**	**64,817.73**	**363**	**44,415.97**	**432**	**42,380.36**	**309.7**	**44,408.61**	**1471.7**	**196,022.67**	**68.23**	**54.16**

Sumber: Data SIMDALEV RSUD Prembun

Beberapa kegiatan telah memenuhi target, namun terdapat pula berbagai permasalahan dan tantangan yang masih dihadapi dan perlu ditangani secara terencana, sinergis, dan berkelanjutan.

2. Tingkat capaian Indikator Kinerja Utama (IKU) RSUD Prembun Tahun 2017-2020

   Indikator Kinerja Utama (IKU) RSUD Prembun ditentukan berdasarkan tiga penilaian kinerja, yaitu ketercapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM), Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM), dan Kinerja BLUD.

   a. Standar Pelayanan Minimal

      Penilaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) RSUD Prembun ditetapkan dengan Peraturan Bupati Kebumen Nomor 30 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal RSUD Prembun. SPM RSUD Prembun ditetapkan untuk pelayanan yang diselenggarakan oleh RSUD Prembun, meliputi:

      1) Pelayanan Gawat Darurat;
      2) Pelayanan Rawat Jalan;
      3) Pelayanan Rawat Inap;
      4) Pelayanan Bedah Sentral;
      5) Pelayanan Persalinan dan Perinatologi;
      6) Pelayanan Intensif;
      7) Pelayanan Radiologi;
      8) Pelayanan Laboratorium;
      9) Pelayanan Rehabilitasi Medik;
      10) Pelayanan Farmasi;
      11) Pelayanan Gizi;
      12) Pelayanan Transfusi Darah;
      13) Pelayanan Keluarga Miskin;
      14) Pelayanan Rekam Medik;
      15) Pelayanan Pengelolaan Limbah;
      16) Pelayanan Administrasi dan Manajemen;
      17) Pelayanan Ambulan/Kereta Jenazah;
      18) Pelayanan Pemulasaraan Jenazah;
      19) Pelayanan Pemeliharaan Rumah Sakit;
      20) Pelayanan *Laundry*; dan
      21) Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.

      Dari 21 (dua puluh satu) jenis pelayanan, ada beberapa pelayanan yang belum mencapai target yang telah ditetapkan. Masing-masing pelayanan memiliki jumlah indikator yang berbeda-beda dengan total seluruhnya adalah 105 indikator. Adapun pelayanan yang belum mencapai target adalah:

      1) Pelayanan rawat jalan;

         Pada tahun 2017, sebagian besar indikator pada pelayanan rawat jalan mencapai target karena jenis pelayanan belum tersedia lengkap.

      2) Pelayanan rawat inap;

Pada tahun 2017, sebagian besar indikator pada pelayanan rawat inap tidak mencapai target karena jenis pelayanan belum tersedia lengkap.

3) Pelayanan rekam medik;

   Penyebab rendahnya capaian indikator SPM pada pelayanan rekam medik adalah:

   a) SDM yang masih terbatas sehingga satu orang merangkap beberapa pekerjaan baik terkait kecepatan waktu pelayanan maupun pada kelengkapan form rekam medik tidak bisa maksimal.
   b) Komitmen dokter untuk pengisian RM secara lengkap masih kurang.
   c) Serta ruang penyimpanan belum standar sehingga memungkinkan untuk salah letak dan rusaknya berkas RM.

4) Pelayanan radiologi;

   Pada tahun 2017 indikator SPM pada pelayanan radiologi juga tidak tercapai hal ini disebabkan karena di tahun 2017 belum ada dokter spesialis radiologi, dan sejak tahun 2018 sampai dengan sekarang RSUD Prembun telah memiliki dokter spesialis radiologi.

5) Pelayanan persalinan dan perinatologi;

   Penyebab tidak tercapainya indikator SPM pada pelayanan persalinan dan perinatologi adalah adanya SDM yang belum mendapat pelatihan sebagai penunjang dalam pemberian pelayanan.

6) Pelayanan pengelolaan limbah;

   Sedangkan, kendala pada pelayanan Pengelolaan Limbah adalah belum adanya filter pada *outlet* IPAL, dan masalah ini telah teratasi pada tahun 2021.

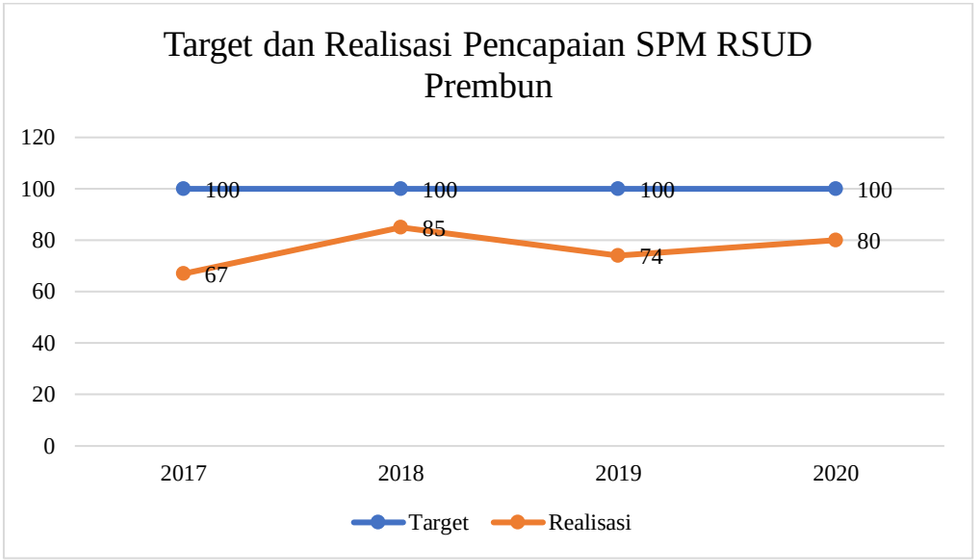
7) Pelayanan Farmasi;

   Pada pelayanan farmasi ada beberapa indikator yang belum tercapai, dengan perincian penyebab ketidak tercapaian sebagai berikut:

   a) SDM yang masih terbatas sehingga satu orang merangkap beberapa pekerjaan;
   b) Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM RS) yang belum optimal;

8) Pelayanan *Laundry*

Secara umum berikut ini ditampilkan grafik target dan realisasi pencapaian indikator SPM RSUD Prembun Tahun 2017-2020.



Gambar 2.12 Grafik Target dan Realisasi Pencapaian Indikator SPM RSUD Prembun Tahun 2017-2020

Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat bahwa indikator SPM RSUD Prembun dari tahun 2017-2020 masih belum mencapai target yang ditentukan. Pada tahun 2018, capaian indikator SPM RSUD Prembun adalah sebesar 85%. Capaian indikator SPM tahun 2019 mengalami penurunan dari tahun 2018 menjadi 74%. Pelayanan dengan capaian indikator SPM yang rendah adalah farmasi, rekam medik dan pengelolaan limbah. Capaian indikator SPM tahun 2020 naik menjadi 80%, namun masih terdapat capaian indikator yang rendah pada beberapa pelayanan, seperti persalinan dan perinatologi, farmasi, rekam medik, dan *laundry*. Secara rinci pencapaian kinerja SPM RSUD Prembun tahun 2017-2020 dapat dilihat pada Tabel 2.11

Tabel 2. 11 Pencapaian Indikator Kinerja SPM RSUD Prembun Tahun 2017-2020

No	Indikator		Satuan	Target Capaian Tahun					Realisasi Tahun			
				2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020
A.	Gawat Darurat											
	1	Kemampuan menangani *life saving* anak dan dewasa	%	85	100	100	100	100	100	100	100	100
	2	Jam buka pelayanan gawat darurat 24 jam	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	3	Pemberi pelayanan kegawat dauratan yang bersertifikat yang masih berlaku ATLS/BTLS/ACLS/PPGD, Dokter; Perawat	%	85; 75	100;95	100; 100	100; 100	100; 100	100; 100	100; 85	85,71; 73,30	100; 100
	4	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	%	100	100	100	100	100	50	100	100	100
	5	Waktu Tanggap pelayanan dokter di Gawat Darurat <5 menit terlayani setelah	%	85	100	100	100	100	100	100	98,28	100
	6	Kepuasan Pelanggan	%	70	85	90	95	95	80	75	82	85
	7	Kematian pasien <24 jam	‰	2	2	2	2	2	1,31	0,25	4,6	0,4
	8	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100
B	Rawat Jalan											
	1	Pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	%	50	75	100	100	100	75	85	100	100

No	Indikator		Satuan	Target Capaian Tahun					Realisasi Tahun			
				2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020
	2	Ketersediaan pelayanan Klinik anak, klinik Penyakit Dalam, Klinik Kebidanan, Klinik Bedah	%	50	100	100	100	100	100	100	100	100
	3	Ketersediaan pelayanan kesehatan jiwa di RS	%	0	50	70	80	90	0	0	0	0
	4	Jam Buka Pelayanan 08.00 s/d 13.00 setiap hari kecuali jumat 08.00 s/d 11.00 WIB	%	75	75	100	100	100	75	95	89,9	100
	5	Waktu Tunggu dirawat jalan≤60 menit	%	50	75	90	95	100	50	69	64,6	100
	6	Kepuasan Pelanggan	%	75	80	85	90	90	62,7	85	88,2	90
	7	Pasien Rawat Jalan dengan Tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS	%	50	50	100	100	100	50	70	76,41	100
C	Rawat Inap											
	1	Pemberi pelayanan di rawat inap: Dokter Spesialis/Perawat Minimal D3	%	50;100	75; 100	90; 100	95; 100	50;100	75;100	90;100	100;100	100;100
	2	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	3	Jam visit Dokter Spesialis	%	75	90	95	100	100	75	95	93,92	100
	4	Kejadian infeksi pasca operasi	%	2	2	2	1,75	1,5	0,15	0	0	0,02
	5	Kejadian Infeksi Nosokomial	%	3	3	2	1,5	1,5	5,8	1,09	1,31	0,02
	6	Kematian pasien >48 jam	‰	0,48	0,48	0,35	0,29	0,24	0,45	0,40	0,2	0,001
	7	Kejadian pulang paksa	%	5	4	4	3	2	6,25	1,38	0,06	0,99
	8	Kepuasan pelanggan	%	70	80	85	90	90	80,44	82,13	83,8	96
	9	Rawat Inap TB										

No	Indikator	Satuan	Target Capaian Tahun					Realisasi Tahun			
			2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020
	a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	%	70	80	85	95	90	13,95	85	100	100
	b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	%	100	100	100	100	100	50	100	100	100
C	Bedah Sentral										
	1 Waktu tunggu operatif elektif <2 hari	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	2 Kejadian kematian di meja operasi	%	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3 Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	4 Tidak adanya kejadian operasi salah orang	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	5 Tidak adanya kejadian salah tindakan operasi	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	6 Tidak adanya kejadian tertinggal benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	7 Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan *endotrakeal tube*	%	2	2	2	2	2	0	0	0	1
D	Persalinan dan Perinatologi										
	1 Kejadian kematian ibu karena persalinan										
	a. Perdarahan	%	1	1	1	1	1	0	0	0	0
	b. Pre Eklampsi	%	25	25	25	25	25	0	0	0	0
	c. Sepsis	%	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0	0	0	0
	2 Pemberi pelayanan persalinan normal	%	100	100	100	100	100	100	100	100	92

No	Indikator		Satuan	Target Capaian Tahun					Realisasi Tahun			
				2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020
	3	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	%	60	80	100	100	100	100	42	100	100
	4	Kemampuan menangani BBLR 1500-2500 gr	%	75	98	98	100	100	95,2	92,6	97,2	94
	5	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	%	25	20	15	15	13	12,41	62,5	33,11	35,87
	6	Keluarga Berencana Mantap	%	40	50	70	80	90	40	21	100	80
	7	Konseling KB Mantap	%	40	50	70	80	90	0,5	100	100	80
	8	Kepuasan Pelanggan	%	60	70	80	85	90	80	95	99	99,71
E	*Intensive Care Unit*											
	1	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama <72 jam	%	4	3	3	2	2	1,8	3	0	0,88
	2	Pemberi pelayanan unit intensif a. Dokter Spesialis Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. Perawat bersertifikat	% %	50 30	75 30	100 50	100 70	100 100	75 25	100 33	100 42	100 50
F	Radiologi											
	1	Waktu tunggu hasil pelayanan *thorax* foto <3 jam	%	30	30	60	85	90	10	30	71,94	85
	2	Pelaksana ekspertisi oleh Dokter Spesialis Radiologi	%	100	100	100	100	100	100	100	92,61	96,4
	3	Kejadian kegagalan pelayanan *rontgen*	%	3	2	2	1	1	5	1,8	0,78	0,79

No	Indikator		Satuan	Target Capaian Tahun					Realisasi Tahun			
				2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020
	4	Kepuasan pelanggan	%	60	70	80	85	90	30	79,5	84,78	86.75
G	Lab Patologi Klinik											
	1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium kimia darah dan darah rutin ≤140 menit	%	85	92	95	100	100	90	92	92,3	100
	2	Pelaksana ekspertisi oleh Dokter Spesialis Patologi Klinik	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	3	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan hasil laboratorium	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	4	Kepuasan pelanggan	%	75	80	85	87	90	62	82,5	80,4	81,26
H	Rehabilitasi Medik											
	1	Kejadian *Drop Out* pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan	%	50	40	30	25	20	25	5	0	1
	2	Tidak adanya kejadian atau kesalahan tindakan rehabilitasi medik	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	3	Kepuasan pelanggan	%	50	75	80	85	85	80	80	100	92
I	FARMASI											
	1	Waktu tunggu pelayanan										
		a. Obat jadi ≤30 menit	%	85	95	97	98	98	22,84	30	91,25	83,75
		b. Obat racikan ≤60 menit	%	70	80	90	90	95	40,73	30	92,3	83,75
	2	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	%	100	100	100	100	100	1,21	100	99	99,8
	3	Kepuasan pelanggan	%	70	80	90	95	100	92,44	80	88	90,58
	4	Penulisan resep sesuai formularium	%	70	80	90	95	100	99,05	80	96,8	86,83
J	Pelayanan Instalasi Gizi											

No	Indikator		Satuan	Target Capaian Tahun					Realisasi Tahun			
				2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020
	1	Ketepatan waktu pemberian makanan pada pasien	%	80	90	95	97	98	100	98	100	100
	2	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	%	25	20	18	15	12	≤ 25	21	21,44	19,99
	3	Tidak adanya kesalahan pemberian diet	%	95	98	98	99	100	100	100	100	100
K	Transfusi darah											
	1	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	%	100	100	100	100	100	90	100	100	95
	2	Kejadian reaksi transfusi	%	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	0	0	0,001	0
L	Pelayanan GAKIN											
	1	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	%	100	100	100	100	100	99	100	100	100
M	Rekam Medik											
	1	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan	%	75	80	85	90	95	75	90	73	85
	2	Kelengkapan pengisian rekam medik 2x24 jam setelah selesai pelayanan rawat inap	%	60	60	70	80	80	50	30	65	75
	3	Kelengkapan informed consent setelah mendapat informasi yang jelas	%	85	90	100	100	100	80	70	65	85
	4	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan ≤10 menit	%	85	85	90	95	100	80	40	87	96,7

No	Indikator		Satuan	Target Capaian Tahun					Realisasi Tahun			
				2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020
	5	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap <15 menit	%	70	75	80	85	90	70	60	80	97,5
N	Pengelolaan Limbah											
	1	Baku mutu limbah cair										
	a	BOD <30 mg/L	%	100	100	100	100	100	100	83,33	91,6	100
	b	COD <80 mg/L	%	100	100	100	100	100	100	83,33	83,34	100
	c	TSS<30 mg/L	%	100	100	100	100	100	100	100	66,67	100
	d	PH 6-9	%	100	100	100	100	100	100	91,66	91,6	100
	2	Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai aturan	%	75	80	80	100	100	100	100	100	100
O	Administrasi dan Manajemen											
	1	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	%	85	90	95	100	100	100	100	100	94,6
	2	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	%	100	100	100	100	100	100	90	100	100
	3	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	%	90	100	100	100	100	100	100	100	100
	4	Ketepatan waktu pengusulan gaji berkala	%	90	100	100	100	100	100	100	100	100
	5	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	%	35	50	65	65	65	17	60	11,75	11
	6	*Cost recovery*	%	20	20	35	40	45	31	58,68	54,55	60
	7	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	%	90	100	100	100	100	95	100	100	100

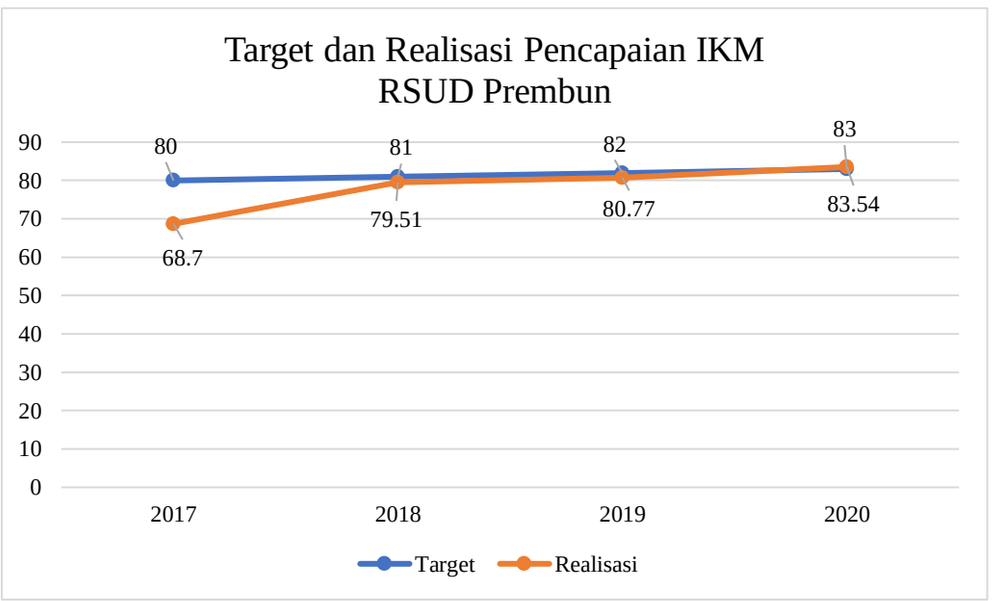
No	Indikator		Satuan	Target Capaian Tahun					Realisasi Tahun			
				2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020
	8	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap ≤2 jam	%	50	60	70	80	90	50	60	90	90
	9	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	%	50	50	70	90	100	50	25	90	90
P	*Ambulance* / Kereta Jenazah											
	1	Waktu pelayanan *ambulance*/kereta jenazah 24 jam	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	2	Kecepatan memberikan pelayanan *ambulance*/kereta jenazah di Rumah Sakit ≤30 menit	%	50	50	90	95	100	100	60	96,36	95
	3	Kecepatan menyediakan *ambulance* untuk rujukan pasien dalam waktu <2 jam	%	50	60	80	90	95	100	60	100	100
Q	Pemulasaraan Jenazah											
	1	Waktu tanggap (*response time*) pelayanan pemulasaraan jenazah ≤2 jam	%	90	98	98	99	100	95	96	99,48	100
R	Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit											
	1	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	%	50	50	65	70	75	90	68	96,4	70
	2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai jadwal pemeliharaan	%	65	70	70	75	75	80	74	95,8	75
	3	Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan	%	70	70	85	90	95	70	78	73,6	86,4

No	Indikator		Satuan	Target Capaian Tahun					Realisasi Tahun			
				2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020
		terkalibrasi tepat waktu sesuai ketentuan kalibrasi										
S	Pelayanan *Laundry*											
	1	Tidak adanya linen yang hilang	%	95	95	99	99	99	95	95	99	94
	2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	%	85	90	95	97	98	90	90	95	90
T	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)											
	1	Adanya anggota tim PPI yang terlatih	%	50	50	60	75	80	10	50	17	12
	2	Tersedianya APD disetiap instalasi/departemen	%	30	40	50	60	60	50	60	100	100
	3	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosocomial /HCAI (*Health Care Assosiated Infection*) Rumah Sakit (minimum 1 parameter)	%	50	50	60	75	80	25	100	100	100

Sumber: Sub Bagian Perencanaan dan Evaluasi RSUD Prembun

b. Indeks Kepuasan Masyarakat

Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) adalah data dan informasi tentang tingkat kepuasan masyarakat yang diperoleh dari hasil pengukuran secara kuantitatif dan kualitatif atas pendapat masyarakat dalam memperoleh pelayanan dari aparatur penyelenggara pelayanan publik dengan membandingkan antara harapan dan kebutuhan. Indeks kepuasan masyarakat dapat diperoleh dengan terlebih dahulu melakukan kegiatan yang disebut dengan survei kepuasan masyarakat (SKM). SKM yang dilakukan secara berkesinambungan akan menghasilkan benang merah hubungan perbaikan atas pendapat, kritikan, atau keinginan masyarakat dengan membandingkan hasil pelaksanaan SKM setiap periodenya. Dengan kata lain, SKM wajib dilaksanakan oleh seluruh unit penyelenggara pelayanan publik sebagaimana diamanatkan oleh Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik dan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggaraan Pelayanan Publik. Berikut ini disajikan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) RSUD Prembun Tahun 2017-2020 pada Gambar 2.13



Gambar 2.13 Grafik Target dan Realisasi Pencapaian IKM RSUD Prembun Tahun 2017-2020

Pada grafik di atas dapat diketahui bahwa pencapaian IKM RSUD Prembun selalu mengalami kenaikan dari tahun ke tahun, meskipun baru mencapai target di tahun 2020. Namun demikian, dapat diartikan bahwa RSUD Prembun selalu berupaya melakukan perbaikan pelayanan sehingga kepuasan masyarakat pun selalu mengalami kenaikan.

Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) dinilai pada 9 unsur pelayanan, yaitu:

1) Persyaratan;

2) Sistem, mekanisme, dan prosedur;
3) Waktu penyelesaian;
4) Biaya/tarif;
5) Produk spesifikasi jenis pelayanan;
6) Kompetensi pelaksana;
7) Perilaku pelaksana;
8) Penanganan pengaduan, saran, dan masukan; dan
9) Sarana dan prasarana.

Dari 9 (sembilan) unsur di atas, RSUD Prembun telah mencapai nilai baik dan sangat baik, dengan pencapaian nilai sangat baik pada unsur persyaratan, biaya/tarif, kompetensi pelaksana, perilaku pelaksanan, dan sarana prasarana.

c. Kinerja BLUD

Kinerja BLUD dinilai berdasarkan Peraturan Deputi Kepala Badan Pengawasan Keuangan dan Pembangunan Bidang Akuntan Negara Nomor 2 Tahun 2019 tentang Petunjuk Teknis Evaluasi Kinerja Rumah Sakit Daerah Badan Layanan Umum Daerah. Kinerja BLUD dinilai pada dua aspek, yaitu aspek pelayanan dan aspek keuangan.

Aspek pelayanan dinilai pada beberapa sub-aspek, sebagai berikut:

1) Layanan
    a) Pertumbuhan produktivitas
    b) Efektivitas pelayanan
    c) Pertumbuhan pembelajaran
2) Mutu dan manfaat kepada masyarakat
    a) Mutu pelayanan
    b) Mutu klinik
    c) Kepedulian kepada masyarakat/pelanggan
    d) Kepedulian terhadap lingkungan
    e) Akreditasi Rumah Sakit

Aspek keuangan dinilai dari beberapa sub-aspek, antara lain:

1) Rasio Keuangan
    a) Rasio kas
    b) Rasio lancar
    c) Periode penagihan piutang
    d) Perputaran aset tetap
    e) Imbalan atas aset tetap
    f) Imbalan ekuitas
    g) Perputaran persediaan
    h) Rasio pendapatan PNBP terhadap biaya operasional

i) Rasio subsidi biaya pasien

2) Kepatuhan pengelolaan keuangan BLUD
   a) RBA Definitif
   b) Laporan keuangan sesuai Standar Akuntansi Pemerintahan (SAP)
   c) Surat Perintah Pengesahan Pendapatan, Belanja dan Pembiayaan BLUD (SP3BP -BLUD)
   d) Tarif pelayanan
   e) Sistem akuntansi
   f) Persetujuan rekening
   g) SPO (Standar Prosedur Operasional) pengelolaan kas
   h) SPO pengelolaan piutang
   i) SPO pengelolaan utang
   j) SPO pengelolaan barang dan jasa
   k) SPO pengelolaan barang inventaris
   l) Ketepatan waktu penyampaian klaim BPJS
   m) Rencana strategis (Renstra)
   n) Perjanjian kinerja

Berdasarkan data yang telah dikumpulkan dan dilakukan perhitungan, diperoleh hasil penilaian kinerja BLUD RSUD Prembun dari tahun 2019-2020 telah mencapai target yang ditetapkan, yakni total skor tahun 2019 adalah 75,48 (A) dan tahun 2020 adalah 75,48 (A), dan secara terperinci dapat dilihat pada Tabel 2.12.

Tabel 2.12 Target dan Realisasi Kinerja BLUD RSUD Prembun Tahun 2019-2020

No.				Indikator	Target Kinerja Tahun		Realisasi Tahun	
					2019	2020	2019	2020
A.				Penilaian Indikator Pada Aspek Keuangan				
	1			Rasio Keuangan				
		1.1		Skor Rasio Kas (*Cash -Ratio*)	2	2	2	2
		1.2		Skor Rasio Lancar *(Current Ratio)*	1.5	1.5	1.5	1.5
		1.3		Skor Periode Penagihan piutang *(Collection Periods)*	0.5	0.5	0.5	0.5
		1.4		Skor Perputaran aset tetap *(Fixed Asset Turnover)*	2	2	2	2
		1.5		Skor Imbalan atas aset tetap *(Return on Fixed Asset)*	2	2	0	0
		1.6		Skor Imbalan Ekuitas *(Return on Equity)*	0.4	0.4	0.4	0.4
		1.7		Skor Perputaran Persediaan *(Inventory Turnover)*	1	1	1	1
		1.8		Skor Rasio pendapatan Operasional terhadap Biaya Operasional	0.5	0.5	0.5	0.5
		1.9		Skor Rasio Subsidi Biaya Pasien	2	2	0	0
	2			Kepatuhan Pengelolaan Keuangan RSD BLUD				
		2.1		Skor Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA)	0.5	0.5	0.5	0.5
		2.2		Skor Laporan Keuangan	0.5	0.5	0.5	0.5
		2.3		Skor Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLUD	1	1	1	1
		2.4		Skor Tarif Layanan	1	1	1	1
		2.5		Skor Sistem Akuntansi dan Kebijakan Akuntansi	1	1	0	0
		2.6		Skor Persetujuan Rekening RSD BLUD	0.5	0.5	0.5	0.5
		2.7		Skor SOP Pengelolaan Kas	0.5	0.5	0.5	0.5
		2.8		Skor SOP Pengelolaan Piutang	0.5	0.5	0.25	0.25
		2.9		Skor SOP Pengelolaan Utang	0.5	0.5	0.25	0.25
		2.1		Skor SOP Pengadaan Barang dan Jasa	0.5	0.5	0.25	0.25

		2.11		Skor SOP Pengelolaan Barang Inventaris	1	1	0	0
		2.12		Skor Ketepatan Waktu Penyampaian Klaim BPJS	1	1	0.25	0.25
		2.13		Skor Rencana Strategis	1	1	0.75	0.75
		2.14		Skor Perjanjian Kinerja	1	1	0	1
B.				Penilaian Indikator Pada Aspek Pelayanan				
	1			Pertumbuhan Produktifitas				
		1.1		Skor Pertumbuhan Rata-rata kunjungan rawat jalan	3	3	3	3
		1.2		Skor Pertumbuhan Rata-rata kunjungan rawat darurat	2.5	2.5	2.5	2.5
		1.3		Skor Pertumbuhan Hari Perawatan Rawat Inap	2.5	2.5	2.5	2.5
		1.4		Skor Pertumbuhan Pemeriksaan Radiologi	2.5	2.5	2.5	2.5
		1.5		Skor Pertumbuhan Pemeriksaan Laboratorium	2.5	2.5	2.5	2.5
		1.6		Skor Pertumbuhan Operasi	2.5	2.5	2.5	2.5
		1.7		Skor Pertumbuhan Rehab Medik	2.5	2.5	2.5	2.5
	2			Efekstifitas Pelayanan				
		2.1		Skor Kelengkapan Rekam Medik 24 jam sesuai pelayanan	2	2	0	0
		2.2		Skor Pengembalian Rekam Medik	2	2	0.5	0.5
		2.3		Skor Angka Pembatalan Operasi	2	2	1.5	1.5
		2.4		Skor Angka Kegagalan Hasil Radiologi	2	2	2	2
		2.5		Skor Penulisan Resep sesuai formularium	2	2	2	2
		2.6		Skor Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium	2	2	2	2
		2.7		Skor *Bed Occupancy Rate* (BOR)	0.5	0.5	0.5	0.5
	3			Pertumbuhan Pembelajaran				
		3.1		Skor Rata-rata Jam Pelatihan Karyawan	1	1	1	1
		3.2		Skor Petugas layanan Gawat Darurat Bersertifikat (PGD)	0.75	0.75	0.75	0.75
		3.3		Skor Program *Reward and Paunishment*	1.5	1.5	1	1

C				Mutu dan Manfaat Kepada Masyarakat				
	1			Mutu Pelayanan				
		1.1		Skor *Emergency Response Time Rate*	2	2	2	2
		1.2		Skor Waktu Tunggu Rawat Jalan	1.5	1.5	1.5	1.5
		1.3		Skor *Length of Stay*	2	2	2	2
		1.4		Skor Kecepatan Pelayanan Resep Obat Jadi	2	2	2	1
		1.5		Skor Waktu Tunggu Sebelum Operasi	2	2	2	2
		1.6		Skor Waktu Tunggu Hasil Laboratorium	2	2	2	2
		1.7		Skor Waktu Tunggu Hasil Radiologi	2	2	2	2
	2			Mutu Klinik				
		2.1		Skor Angka Kematian di Gawat darurat	2	2	2	2
		2.2		Skor Angka Kematian > 48 Jam	2	2	2	2
		2.3		Skor *Post Operatif Death Rate*	2	2	2	2
		2.4		Skor Angka Infeksi Nosokomial				
			2.4.1	*Dekubitus*	1	1	1	1
			2.4.2	*Phlebitis*	1	1	1	1
			2.4.3	Infeski Saluran Kemih (ISK)	1	1	1	1
			2.4.4	Infeksi Luka Operasi (ILO)	1	1	1	1
		2.5		Angka Kematian Ibu di Rumah Sakit	2	2	2	2
	3			Kepedulian Kepada Masyarakat/Pelanggan				
		3.1		Skor Rasio Tempat Tidur kelas III (RTT)	2	2	2	2
		3.2		Skor Penanganan pengaduan/komplain	0.75	0.75	0.75	0.75
		3.3		Skor Kepuasan Pelanggan	1	1	0.83	0.83
		3.4		Skor Kepedulian Terhadap Lingkungan				
			3.4.1	Skor *Biochemical Oxygen Demand (BOD*) <30 mg/l	0.5	0.5	0.5	0.5

			3.4.2	Skor *Chemical Oxygen Demand* (COD)<80 mg/l	0.5	0.5	0.5	0.5
			3.4.3	Skor *Total Suspended Solids (TSS)* <30 mg/l	0.5	0.5	0.5	0.5
			3.4.4	Skor *Potential Hidrogen (PH) 6-9*	0.5	0.5	0.5	0.5
		3.5		Skor Akreditasi Rumah Sakit	1.5	1.5	1.5	1.5
				Score Total	88.9	88.9	75.48	75.48
					A	A	A	A

Sumber: Sub Bagian Perencanaan dan Evaluasi RSUD Prembun

Hasil penilaian kinerja dikelompokkan dalam kategori sebagai berikut:

a) BAIK, yang terdiri dari: AAA apabila total skor (TS) > 95, AA apabila 80 < TS ≤ 95, A apabila 65 < TS ≤ 80
b) SEDANG, yang terdiri dari: BBB apabila 50 < TS ≤ 65 BB apabila 40 < TS ≤ 50 B apabila 30 < TS ≤ 40
c) BURUK, yang terdiri dari: CC apabila 15 < TS ≤ 30 C apabila capaian skor aspek keuangan kurang dari 50%.

3. Kinerja Mutu Pelayanan

a. Indikator kinerja mutu pelayanan rawat inap

Salah satu indikator kinerja rumah sakit yang sering digunakan sebagai bahan evaluasi pelayanan adalah indikator kinerja mutu pelayanan rawat inap. Indikator ini digunakan untuk mengetahui gambaran tingkat pemanfaatan, mutu, dan efisiensi pelayanan rawat inap di rumah sakit. Indikator tersebut terdiri atas:

1) *Bed Occupancy Ratio* (*BOR*), yaitu persentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu. Indikator ini memberikan gambaran mengenai tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit.
2) *Average Length of Stay* (*AVLOS*) adalah rata-rata lama rawat seorang pasien. Indikator ini memberikan gambaran tingkat efisiensi, juga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan, apabila diterapkan pada diagnosis tertentu.
3) *Turn Over Interval* (*TOI*) adalah rata-rata hari tempat tidur tidak ditempati.
4) *Bed Turn Over* (*BTO*) adalah frekuensi pemakaian tempat tidur pada satu periode, berapa kali tempat tidur dipakai dalam satu satuan waktu tertentu.
5) *Net Death Rate* (*NDR*) adalah angka kematian 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar.
6) *Gross Death Rate* (*GDR*) adalah angka kematian umum untuk setiap 1000 penderita keluar.

Berikut ini adalah capaian indikator kinerja mutu layanan rawat inap RSUD Prembun Tahun 2017-2020 yang ditampilkan pada Tabel 2.13.

Tabel 2.13 Indikator Pelayanan Rumah Sakit (BOR, LOS, TOI, BTO, NDR, dan GDR) Tahun 2017-2020

Parameter	Satuan	Standar	Tahun Kegiatan				Rerata	Trend
			2017	2018	2019	2020		
BOR	%	60-85	56.74	30.2	36.81	37.3	40.26	Fluktuatif
LOS	Hari	6-9	3.74	3.4	3.2	3.0	3.34	Turun
TOI	Hari	1-3	5.00	8.0	6.4	5.6	6.25	Fluktuatif
BTO	Kali	40-50	19.28	31.8	37.4	41.0	32.37	Naik
NDR	‰	≤25	8.22	13.8	7.7	17.7	11.86	Fluktuatif
GDR	‰	≤45	37.95	27.9	29.0	35.3	32.54	Fluktuatif

Sumber: Bidang Pelayanan RSUD Prembun

Tabel 2.13 menunjukkan bahwa nilai BOR dari tahun 2017-2020 bersifat fluktuatif dengan rerata 40.26%. Nilai tersebut masih berada di bawah nilai ideal, artinya persentase penggunaan tempat tidur di RSUD Prembun masih cukup rendah yang berdampak pada pendapatan rumah sakit. Akan tetapi, nilai BOR yang rendah seharusnya juga mampu memberikan keuntungan, yaitu pelayanan terhadap pasien menjadi lebih maksimal sehingga dapat meningkatkan kepuasan pasien serta menurunkan angka infeksi nosokomial. Capaian BOR RSUD Prembun Tahun 2017-2020 berdasarkan ruang perawatan dapat dilihat pada Tabel 2.14

Tabel 2.14 BOR Berdasarkan Kelas di RSUD Prembun Tahun 2017 -2020

Kelas	2017		2018		2019		2020	
	TT	BOR	TT	BOR	TT	BOR	TT	BOR
Sakura	15	31.64	15	24.86	15	44.75	15	44.55
Tulip	15	74.58						
Flamboyan			44	35.88	44	44.85	44	42.06
Anggrek	36	54.64	39	19.40	39	25.23	39	33.71
Kebidanan	10	64.73	8	48.56	8	34.11	8	39.04
IRI	4	51.79	4	26.78	4	19.79	4	31.42
Peristi	2	108.71	7	42.50	16	8.27	16	13.42
BNI							9	8.5

Sumber: Bidang Pelayanan RSUD Prembun

Nilai LOS di RSUD Prembun dari tahun 2017-2020 mengalami penurunan dengan nilai rata-rata 3.34 hari. Nilai tersebut termasuk ke dalam nilai ideal yang menunjukkan kualitas kinerja medis yang baik sehingga pasien sembuh dalam waktu yang tidak terlalu lama setelah masuk ruang perawatan, di mana hal ini akan berdampak pada efisien anggaran.

Nilai TOI dari tahun 2017-2020 bersifat fluktuatif dengan rerata 6.25 hari. Nilai tersebut di atas nilai ideal yang artinya setiap tempat tidur mengalami kekosongan cukup lama setelah ditempati oleh pasien sebelumnya. Hal ini berkaitan dengan nilai BOR yang menjadi rendah dan berdampak pada pendapatan rumah sakit.

Nilai BTO dari tahun 2017-2020 mengalami kenaikan dengan rerata 32.37 kali. Nilai tersebut masih berada di bawah nilai ideal. Hal ini selaras dengan indikator lainnya seperti BOR, LOS dan TOI yang menunjukkan bahwa pemanfaatan tempat tidur di RSUD Prembun belum optimal.

b. Kinerja pelayanan berdasarkan jumlah pasien

Data cakupan pelayanan RSUD Prembun tahun 2017-2020 disajikan pada Tabel 2.15.

Tabel 2.15 Cakupan Pelayanan berdasarkan Instalasi

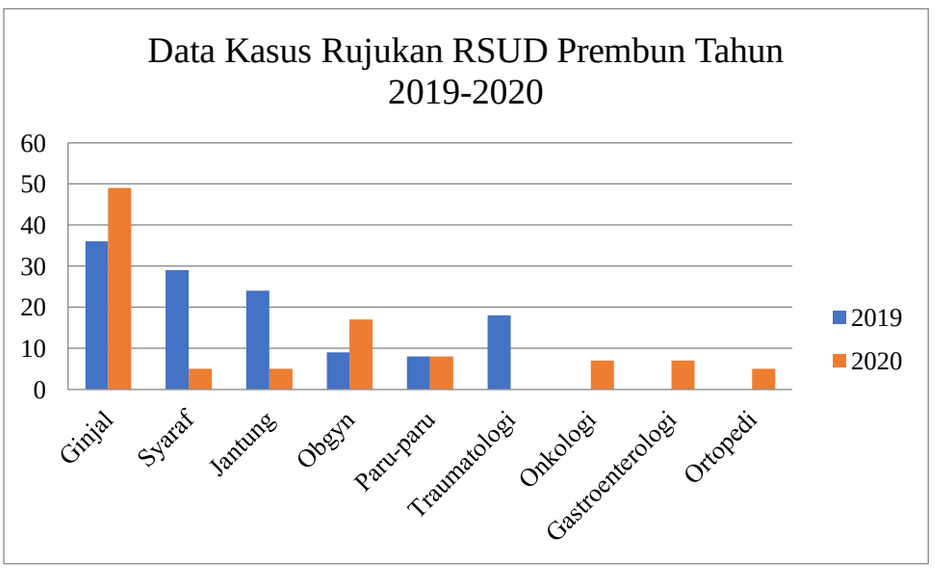
No.	Instalasi	2017	2018	2019	2020
1	Jumlah pasien rawat inap	1.780	3.764	5.084	5.711
2	Jumlah pasien rawat jalan	4.580	17.306	34.038	42.189
3	Jumlah pasien IGD	3.301	6.363	8.195	10.716
4	Tindakan operasi IBS	0	988	1.164	2.132
5	Radiologi	3.301	3.657	7.375	10.493
6	Rehabilitasi Medik	0	470	1.878	3.402
7	Laboratorium Patologi Klinik	3.301	47.789	61.745	70.583

Sumber: Bidang Pelayanan RSUD Prembun

Berdasarkan Tabel 2.15, dapat dilihat bahwa jumlah kunjungan dari tahun 2017-2020 mengalami peningkatan pada semua jenis layanan. Hal ini menunjukkan bahwa RSUD Prembun telah memberikan pelayanan sesuai harapan dan kebutuhan masyarakat sehingga memperoleh kepercayaan/*trust* masyarakat semakin meningkat.

c. Angka Rujukan Kasus

Sampai tahun 2020, sarana dan prasarana di RSUD Prembun masih terbatas sehingga pada beberapa kasus masih harus dilakukan rujuk ke fasilitas kesehatan lainnya, baik rujukan penuh maupun rujukan parsial. Kasus rujukan di RSUD Prembun tahun 2019-2020 ditampilkan pada Gambar 2.14.



Gambar 2.14 Data Kasus Rujukan RSUD Prembun Tahun 2019-2020

Berdasarkan grafik di atas, angka kasus rujukan terbanyak adalah pada kasus penyakit ginjal. Hal ini menunjukkan bahwa kebutuhan pelayanan kesehatan

masyarakat di lingkungan sekitar RSUD Prembun untuk penyakit ginjal cukup tinggi, namun RSUD Prembun belum mampu memenuhi kebutuhan tersebut terutama berkaitan dengan belum tersedianya layanan hemodialisis/cuci darah. Fakta tersebut merupakan kelemahan yang sekaligus merupakan peluang yang dapat dimanfaatkan oleh RSUD Prembun agar dapat menambah jenis pelayanan, yaitu pelayanan hemodialisis/cuci darah.

d. Penyakit Terbanyak

1) Rawat Jalan

Tabel 2.16 Daftar Penyakit Terbanyak Pelayanan Rawat Jalan RSUD Prembun Tahun 2018-2020

No.	Nama Penyakit		
	2018	2019	2020
1.	*Essential (primary) hypertension*	*Attention to surgical dressings and sutures*	*Unspecified diabetes mellitus without complications*
2.	*Congestive heart failure*	*Essential (primary) hypertension*	*Hypertensive heart disease with (congestive) heart failure*
3.	*Gastritis, unspecified*	*Unspecified diabetes mellitus without complications*	*Attention to surgical dressings and sutures*
4.	*Non-insulin-dependent diabetes mellitus with peripheral circulatory complications*	*Chronic obstructive pulmonary disease, unspecified*	*Congestive heart failure*
5.	*Functional dyspepsia*	*Hypertensive heart disease with (congestive) heart failure*	*Chronic obstructive pulmonary disease, unspecified*
6.	*Acute upper respiratory infection, unspecified*	*Congestive heart failure*	*Essential (primary) hypertension*
7.	*Chronic obstructive pulmonary disease, unspecified*	*Other antenatal screening*	*Follow-up examination after treatment of fracture*
8.	*Low back pain, site unspecified*	*Tb lung without mention of bact or histological confirm*	*Tb lung without mention of bact or histological confirm*
9.	*Tuberculosis of lung, without mention of bacteriological or histological confirmation*	*Other and unspecified abdominal pain*	*Sequelae of cerebral infarction*
10.	*Unspecified diabetes mellitus without complications*	*Unspecified diabetes mellitus with neurological complications*	*Unspecified diabetes mellitus with neurological complications*

Sumber: Bidang Pelayanan RSUD Prembun

Daftar 10 (sepuluh) penyakit terbanyak pada layanan rawat jalan dari tahun 2018-2020 adalah penyakit dalam dan neurologi dengan spesifikasi penyakit dalam pada penyakit ginjal, jantung, paru, dan endokrinologi.

2) Rawat Inap

Tabel 2.17 Daftar Penyakit Terbanyak Pelayanan Rawat Inap RSUD Prembun Tahun 2018-2020

No.	Nama Penyakit		
	2018	**2019**	**2020**
1.	*Typhoid fever*	*Typhoid fever*	*Essential (primary) hypertension*
2.	*Delivery by emergency caesarean section*	*Anaemia, unspecified*	*Typhoid fever*
3.	*Essential (primary) hypertension*	*Essential (primary) hypertension*	*Dengue fever [classical dengue]*
4.	*Urinary tract infection, site not specified*	*Dengue fever (classical dengue)*	*Other and unspecified abdominal pain*
5.	*Fetus and newborn affected by caesarean delivery*	*Urinary tract infection, site not specified*	*Anemia, unspecified*
6.	*Anaemia, unspecified*	*Other and unspecified abdominal pain*	*Spontaneous vertex delivery*
7.	*Premature rupture of membranes, onset of labour within 24 hours*	*Spontaneous vertex delivery*	*Dengue haemorrhagic fever*
8.	*Hypokalaemia*	*Gastroenteritis and colitis of unspecified origin*	*Impacted teeth*
9.	*Congestive heart failure*	*Left ventricular failure*	*Left ventricular failure*
10.	*Spontaneous vertex delivery*	*Unspecified diabetes mellitus without complications*	*Cerebral infarction, unspecified*

Sumber: Bidang Pelayanan RSUD Prembun

Daftar 10 (sepuluh) penyakit terbanyak pada layanan rawat inap tahun 2018-2020 adalah penyakit dalam dan kebidanan dengan spesifikasi penyakit dalam: ginjal, jantung, hemato-onkologi medik, gastroenterologi-hepatologi, dan endokrinologi.

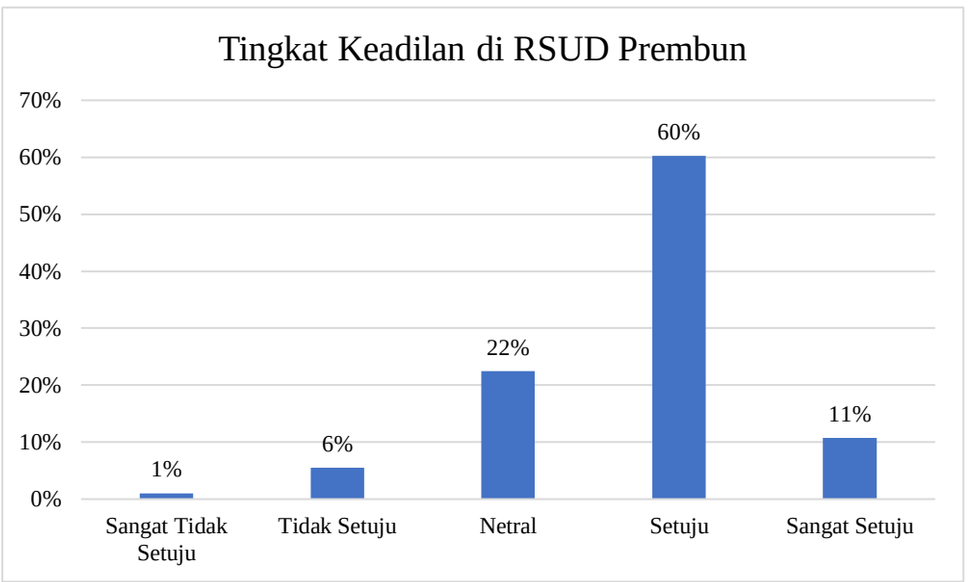
HASIL SURVEI *NEED AND DEMAND* PELANGGAN INTERNAL DAN EKSTERNAL RSUD PREMBUN

1. Pelanggan Internal

Telah dilakukan survei yang bertujuan untuk mendapatkan informasi tentang *need and demand* terhadap pelanggan internal yakni karyawan RSUD Prembun. Sebanyak 289 Responden diambil dengan tehnik *Purposive Sampling* terhadap karyawan RSUD Prembun dengan karateristik:

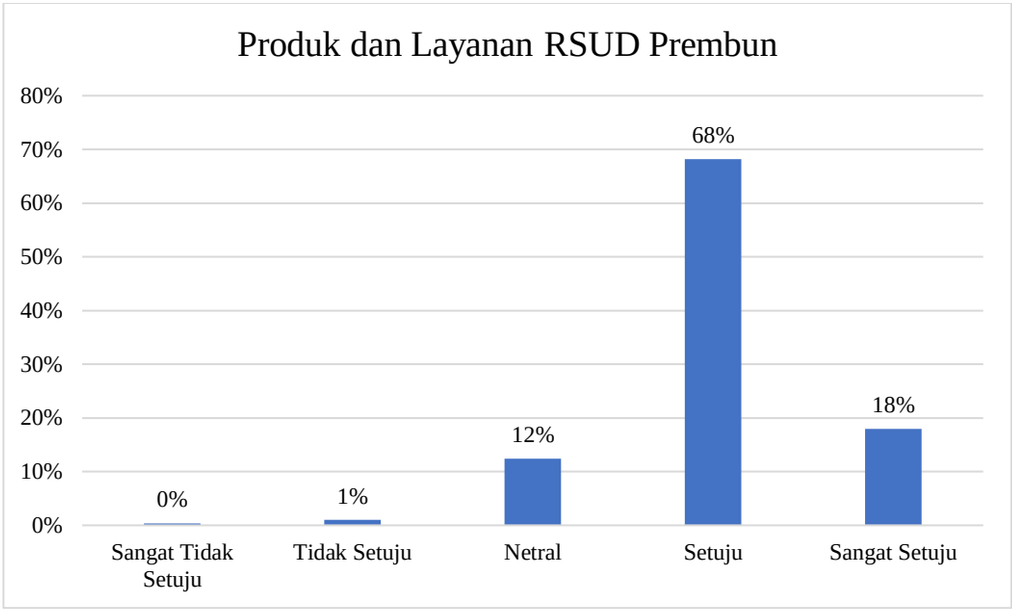
a. Karyawan RSUD Prembun baik yang berstatus THL, Kontrak/Non PNS, PNS maupun Dokter Mitra; dan
b. Masa Kerja > 1 tahun

Survei dilakukan dengan cara mengisi kuesioner yang berisi aspek: tingkat keadilan yang diperoleh karyawan, produk dan layanan RSUD Prembun, ketersediaan sarana dan prasarana RSUD Prembun, dan tingkat kepercayaan terhadap Manajemen RSUD Prembun. Setelah dilakukan survey pada tanggal 1-15 Maret 2021 diperoleh hasil survei secara umum sebagai berikut:



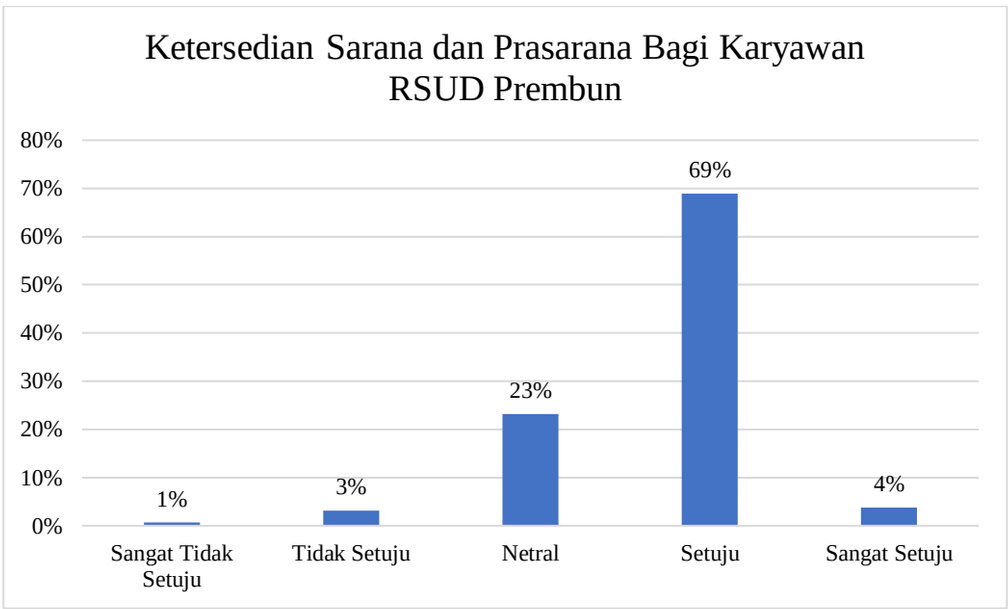
Gambar 2.15 Tingkat Keadilan di RSUD Prembun

Berdasarkan Gambar 2.15 dapat dilihat bahwa 60% responden setuju bahwa RSUD Prembun telah memperlakukan karyawan secara adil. Karyawan diberi kesempatan yang sama untuk mengembangkan diri, seperti mengikuti pelatihan-pelatihan untuk meningkatkan keahlian dan menunjang tugas-tugas yang diberikan kepada mereka. Informasi yang berkaitan dengan karyawan juga disampaikan secara terbuka. Selain itu, pembagian tugas juga telah dibuat cukup adil bagi setiap karyawan. Namun demikian, masih ada keluhan terkait penempatan kerja karyawan yang tidak sesuai dengan bidang keahlian atau jenjang pendidikan yang dimiliki.



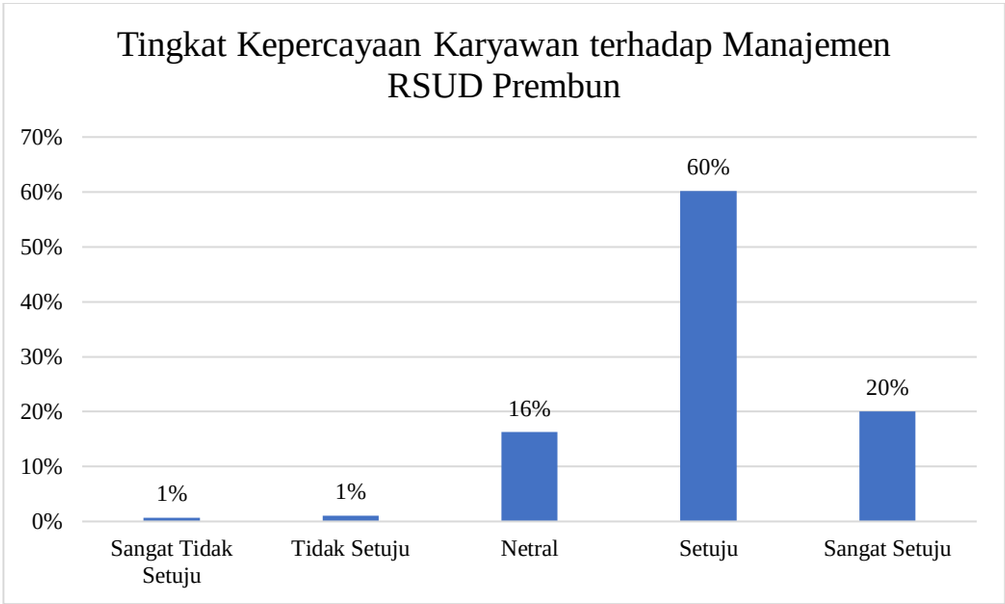
Gambar 2.16 Produk dan Layanan di RSUD Prembun

Grafik 2.16 menunjukkan bahwa 68% responden menyatakan setuju bahwa RSUD Prembun memiliki produk dan layanan yang berkualitas dan terpercaya, sesuai kebutuhan pelanggan. Produk dan layanan diberikan dengan berorientasi pada kebutuhan pelanggan sehingga diharapkan dapat meningkatkan kepuasan pelanggan.



Gambar 2.17 Ketersediaan Sarana dan Prasarana Bagi Karyawan RSUD Prembun

Gambar 2.17 menunjukkan 69% responden menyatakan bahwa RSUD Prembun telah memiliki sarana dan prasarana yang dibutuhkan untuk melakukan pekerjaan. Sarana dan prasarana yang tersedia harus dilakukan pemeliharaan secara rutin dan berkala agar terjaga kualitasnya.



Gambar 2.18 Tingkat Kepercayaan Karyawan terhadap Manajemen RSUD Prembun

Tingkat kepercayaan karyawan terhadap manajemen RSUD Prembun adalah sebesar 60% sesuai grafik pada Grafik 2.18 Kepercayaan ini terkait pada penguasaan manajemen terhadap keadaan di masing-masing bagian. Manajemen telah memberikan target dan tujuan yang jelas dan manajemen akan membantu mengatasi permasalahan yang mungkin terjadi dalam proses pencapaian tujuan tersebut.

Berdasarkan survei telah dilakukan identifikasi masalah yang dirasakan oleh beberapa responden internal (karyawan RSUD Prembun) meliputi: sumber daya manusia, sarana dan prasarana, layanan, informasi dan teknologi dengan rekapitulasi seperti pada Tabel 2.18

Tabel 2.18. Identifikasi Masalah berdasarkan Hasil Survei terhadap Pelanggan Internal

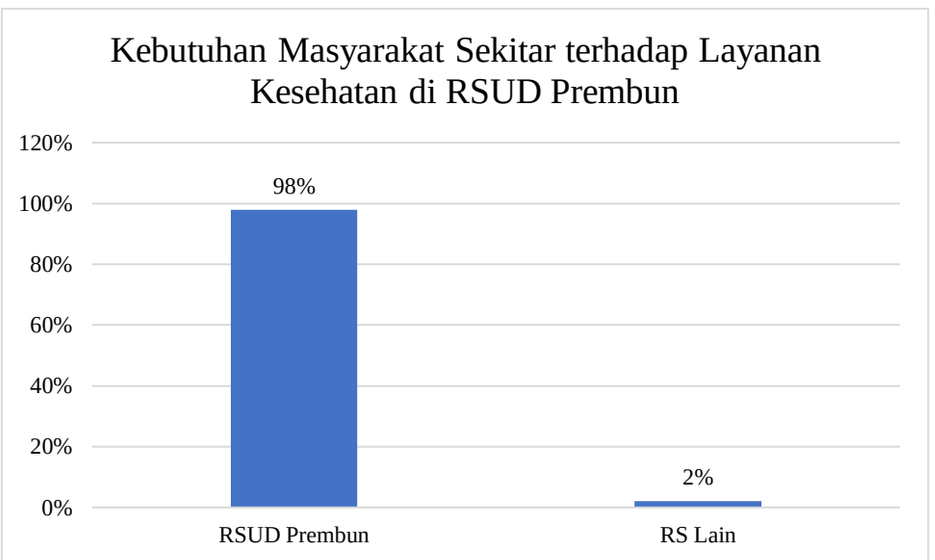
No.	Aspek	Identifikasi masalah
1.	Sumber Daya Manusia	a. Perlu peningkatan kegiatan Pendidikan dan Pelatihan. b. Perlunya perbaikan system rekrutmen karyawan. c. Perlunya perbaikan system penempatan karyawan. d. *Reassesment reward and punishment system* bagi karyawan. e. Perlunya upaya peningkatan kesejahteraan karyawan. f. Perlunya peningkatan kedisiplinan karyawan. g. Perlunya penerapan system monitoring dan evaluasi.

No.	Aspek	Identifikasi masalah
2.	Sarana dan Prasarana	a. Peningkatan upaya pemeliharaan gedung, sarana, dan prasarana RS. b. Perlunya upaya penambahan fasilitas rumah sakit.
3.	Layanan	a. Perlunya pengembangan kawasan hijau rumah sakit. b. Perlunya penambahan jenis layanan. c. Perlunya upaya peningkatan promosi RS.
4.	Informasi dan Teknologi	a. Perlunya optimalisasi SIM RS. b. Perlunya perbaikan jaringan internet RS.

2. Pelanggan Eksternal

Telah dilakukan survei *need and demand* terhadap pelanggan eksternal dengan responden sebanyak 148 responden, yang terbagi menjadi 48 responden merupakan masyarakat di lingkungan RSUD Prembun, 14 responden adalah pengguna layanan rawat inap dan 86 responden adalah pengguna layanan rawat jalan. Pengambilan responden dilakukan dengan menggunakan tehnik *Quota Sampling*.

a. Survei masyarakat di lingkungan RSUD Prembun



Gambar 2.19 Alasan Memilih Berobat di RSUD Prembun

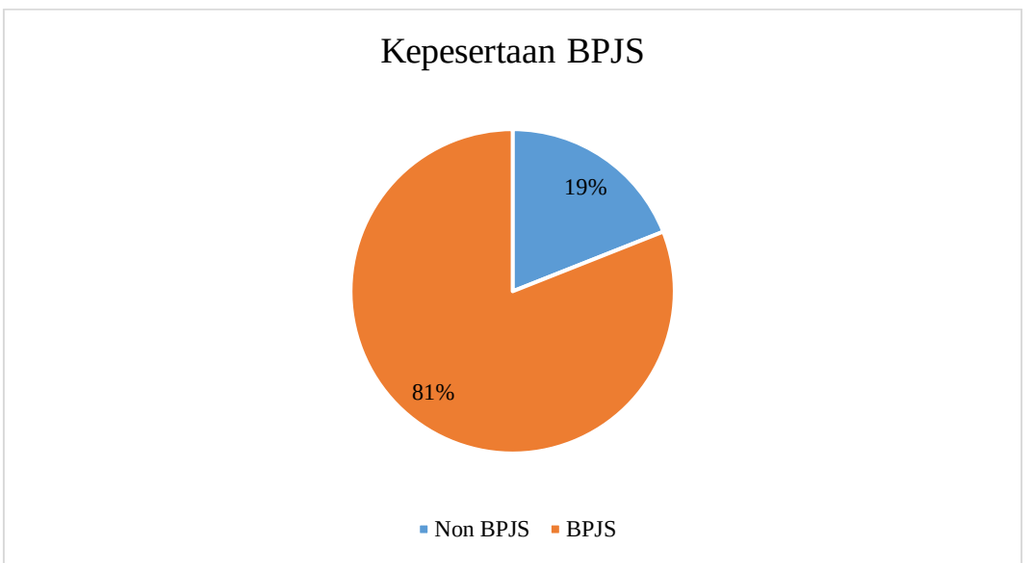
Berdasarkan pada Gambar 2.19 sebesar 98% responden mengunjungi RSUD Prembun ketika memerlukan pelayanan kesehatan dari rumah sakit. Responden memilih RSUD Prembun karena alasan jarak yang dekat, selain itu juga karena pelayanan di RSUD Prembun dianggap baik, akses yang mudah, serta pelayanan yang dibutuhkan tersedia di RSUD Prembun. Sedangkan, sebesar 2% responden yang menyatakan tidak mengunjungi RSUD Prembun untuk kebutuhan layanan rumah sakit dikarenakan pelayanan yang dibutuhkan belum tersedia di RSUD Prembun atau mengikuti rujukan dari FKTP.

Beberapa poin penting dari hasil survei masyarakat di lingkungan RSUD Prembun adalah: jenis penjamin, kelebihan, kekurangan RSUD Prembun, Layanan yang diinginkan, dan alternatif tempat memperoleh layanan RS, yang dapat dilihat pada Tabel 2.19

Tabel 2.19 Hasil Survei terhadap Pelanggan Ekternal (Masyarakat Sekitar RS)

No.	Aspek	Hasil Survey
1.	Kelebihan RSUD Prembun	a. Pelayanan yang baik dan tanggap b. Fasilitas memadai c. Tempat strategis dan mudah diakses.
2.	Kekurangan RSUD Prembun	a. Waktu tunggu pendaftaran terlalu lama; b. Waktu tunggu pelayanan poli terlalu lama; c. Waktu tunggu pelayanan farmasi. d. Ada beberapa jenis layanan yang belum ada: seperti spesialis jantung, spesialis kulit kelamin, dll
3.	Layanan yang diinginkan	a. Pelayanan antar jemput pasien b. Pelayanan Spesialis Jantung. c. Pelayanan Hemodialisis. d. Pelayanan Spesialis Kulit Kelamin. e. Pelayanan Spesialis Paru.
4.	Alternatif lain Tempat memeproleh layanan RS	Rumah sakit yang akan dikunjungi responden apabila RSUD Prembun sedang tidak dapat memberikan pelayanan adalah: RSUD Soedirman Kebumen, PKU Muhammadiyah Kutowinangun, RS Palang Biru Kutoarjo, dan RSUD Tjitrowardojo Purworejo

Dari hasil suvei ini juga diperoleh data kepesertaan BPJS Kesehatan seperti pada Gambar 2.20



Gambar 2.20 Karakteristik Responden berdasarkan Kepersertaan BPJS

Berdasarkan Gambar 2.20 81% responden merupakan peserta BPJS Kesehatan, ini merupakan peluang bagi RSUD Prembun untuk mengembangkan pelayanan sesuai dengan kebijakan BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) Kesehatan.

b. Survei Rawat Inap

Beberapa poin penting dari hasil survei pengguna layanan rawat inap RSUD Prembun adalah tentang kelebihan dan kekurangan RSUD Prembun:

Tabel 2.20 Hasil Survei terhadap Pelanggan Ekternal (Layanan Rawat Inap)

No.	Aspek	Hasil Survey
1.	Kelebihan RSUD Prembun	a. Penanganan cepat dan ramah b. Akses mudah c. Fasilitas lengkap, bersih, dan nyaman d. Tarif layanan terjangkau e. Proses administrasi mudah f. Memperoleh pelayanan dokter memuaskan g. Memperoleh pelayanan perawat telah dengan baik, tanggap jika diperlukan, memiliki kepedulian terhadap pasien, dan memiliki keterampilan yang baik. h. Lingkungan bersih
2.	Kekurangan RSUD Prembun	Gedung ada yang rusak: atap ruangan bocor, parkiran kurang, kursi tunggu kurang, pintu dan jendela rusak.

c. Survei Rawat Jalan

Berdasarkan hasil survey terhadap pelanggan pasien rawat jalan diperoleh data tentang kelebihan dan kekurangan RSUD Prembun yang dijadikan dasar pertimbangan pasien dalam menentukan pilihan di RSUD Prembun. Beberapa poin penting dari hasil survei pengguna layanan rawat jalan RSUD Prembun dapat dilihat pada Tabel 2.21.

Tabel 2.21 Hasil Survei terhadap Pelanggan Ekternal (Pasien Rawat Jalan)

No.	Aspek	Hasil Survey
1.	Kelebihan RSUD Prembun	1. Fasilitas cukup memadai: pendaftaran online, area parkir, ruang tunggu 2. Kemudahan Akses 3. Kecepatan dan keramahan dalam penanganan
2.	Kekurangan RSUD Prembun	1. Antrian terlalu lama (pendaftaran, poliklinik, dan farmasi). 2. Perlunya peningkatan ketepatan dan keramahan. 3. Belum adanya media hiburan selama menunggu pelayanan (televisi, koran, majalah).

No.	Aspek	Hasil Survey
		4. Beberapa fisik bangunan perlu perbaikan: ruang tunggu, parkiran, atap RS, kebersihan toilet, taman RS, papan petunjuk arah

Berdasarkan hasil survei terhadap pelangan eksternal rumah sakit dapat disimpulkan bahwa responden menyatakan bahwa masih ada beberapa kekurangan baik di rawat jalan maupun rawat inap apabila dilihat dari segi SDM, sarana dan prasarana, maupun proses administrasi.

D. ANALISIS SWOT (*Strength, Weakness, Opportunity, Threat*)

Langkah awal dalam menyusun Rencana Strategis rumah sakit adalah dengan memahami lingkungan dan profil RSUD Prembun yang tersaji dalam gambaran umum RSUD Prembun. Data tersebut di atas merupakan data histori, proyeksi dan rangkuman analisis yang berasal dari data internal dan eksternal RSUD Prembun. Dari data internal dan ekternal yang telah diperoleh, maka selanjutnya dilakukan analisis. Tehnis analisis yang digunakan adalah menggunakan analisis SWOT.

Analisis SWOT adalah suatu proses merinci keadaan lingkungan internal dan eksternal guna mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan organisasi ke dalam kategori *strength, weakness, opportunity, and threat* sebagai dasar untuk menentukan tujuan, sasaran, dan strategi untuk mencapainya, sehingga organisasi memiliki keunggulan untuk meraih visi dan misi yang telah ditetapkan.

Identifikasi faktor internal dan eksternal dilakukan dengan menggunakan tehnik survei dan *Focus Group Discussion* (FGD). FGD dilakukan antara manajemen RSUD Prembun dan perwakilan dari masing-masing unit dan instalasi, sedangkan survei dilakukan terhadap pelanggan internal dan pelanggan eksternal, sehingga diperoleh data sebagai berikut:

1. Identifikasi Faktor Internal dan Eksternal yang Mempengaruhi RSUD Prembun

a. Kekuatan (S*trength)*

Faktor kekuatan yang dimiliki RSUD Prembun:

1) Memiliki layanan spesialistik dan spesialistik penunjang yang cukup lengkap dibanding dengan RS Kelas C sekitar;
2) Memiliki lahan yang cukup luas, letak yang strategis dan mudah dijangkau;
3) Telah Terakreditasi Utama RS SNARS Edisi 1;
4) Satu-satunya rumah sakit yang memiliki pelayanan rawat inap untuk pasien dengan gangguan jiwa;
5) Tarif pelayanan lebih murah dibanding Rumah Sakit Swasta, sehingga akan lebih mudah untuk pemasarannya;

6) Masih adanya dukungan anggaran dari Pemerintah Daerah dan Pusat untuk penerapan PPK-BLUD;
7) Telah diterapkannya Remunerasi Rumah Sakit;
8) Peralatan penunjang diagnostik yang cukup memadai, tersedianya *CT Scan*, EEG dan alat radiologi lainnya.

b. Kelemahan (*Weakness*)

Faktor kelemahan yang dimiliki RSUD Prembun:

1) Sarana dan prasarana yang belum memadai;
2) Sosial marketing yang masih lemah;
3) Pengelolaan SDM yang belum optimal;
4) Belum semua indikator Standar Pelayanan Minimal terpenuhi;
5) Sistem informasi dan teknologi belum optimal;
6) Monitoring dan evaluasi belum baik;
7) Sistem remunerasi belum baik;
8) Belum efektifnya program pengendalian biaya (*cost containment*);
9) Tarif pelayanan rumah sakit di bawah *unit cost* dan belum ada regulasi tarif pelayanan berdasarkan *unit cost*;
10) Belum tersedianya dokter spesialis rehabilitasi medik, dokter spesialis kulit kelamin, dokter spesialis jantung, dokter spesialis saraf, dan dokter spesialis bedah saraf.

c. Peluang (*Opportunity*)

Peluang yang dimiliki RSUD Prembun adalah:

1) Belum adanya rumah sakit pesaing di Wilayah Kebumen Timur.
2) Kebijakan BPJS: Tarif BPJS yang menggunakan sistem paket dan adanya kelas standar JKN.
3) Jumlah penduduk yang besar dan telah memiliki tingkat kesadaran yang tinggi akan pentingnya kesehatan.
4) Berkembangnya fasilitas kesehatan sekitar dan dukungan rujukan dan pembiayaan BPJS.
5) Kebijakan mengenai pengklasifikasian RS berdasar pada kemampuan pelayanan, fasilitas kesehatan, sarana penunjang, dan SDM memberikan peluang untuk melakukan pengembangan pelayanan atau mengubah kelas RS.
6) RSUD Prembun berada di dalam wilayah Kecamatan Prembun yang merupakan kawasan strategis pertumbuhan ekonomi, kawasan strategis kabupaten, dilalui jaringan jalan nasional, dilalui jaringan jalan provinsi,

dan termasuk dalam kawasan pengembangan jalur kereta api ganda Yogyakarta-Cirebon sehingga akan diikuti peningkatan aktifitas ekonomi dan sosial yang membuka peluang berbagai sektor untuk berkembang termasuk sektor pelayanan kesehatan.

d. Ancaman (*Threat*)

1) Regulasi/peraturan pelaksanaan pengelolaan keuangan BLUD di Kabupaten Kebumen belum semuanya tersusun.
2) Dari segi pesaing, implementasi BPJS menyebabkan persaingan yang semakin terbuka bagi penyedia layanan kesehatan baik PPK I (Puskesmas, Praktek Dokter, dan Klinik) maupun PPK II yang mengikutsertakan semua rumah sakit baik negeri maupun swasta. Di Kabupaten Kebumen, jumlah rumah sakit swasta terus bertambah sehingga persaingan dalam industri pelayanan kesehatan semakin tinggi dengan meningkatnya jumlah pesaing baru dan produk-produk layanan yang semakin variatif. Dengan demikian, persaingan dalam hal keunggulan pelayanan menjadi syarat mutlak untuk memenangkan persaingan, selain itu sistem rujukan berbasis kompetensi pelayanan sesuai kebutuhan medis pasien yang sesuai kebutuhannya akan merujuk ke RS yang mempunyai kemampuan layanan menurut peraturan perundangan, jadi tidak berbasis kelas RS.
3) Dalam PP No 47 Tahun 2021 dijelaskan lebih rinci mengenai semua kewajiban RS dan Hak Pasien yang di antaranya adalah pasien berhak menggugat dan/atau menuntut RS apabila RS diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana. Pasien juga berhak mengeluhkan pelayanan RS yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
4) Proporsi generasi millenial yang cukup tinggi dengan trend karakteristik generasi millenial: aktifitas yang berbasis internet /daring, digital marketing. Adanya layanan berbasis internet yang sedang berkembang seperti *hallodoc* akan mengurangi minat masyarakat untuk berkunjung ke RSUD Prembun, walaupun sebenarnya hal ini justru bisa menjadi *core bisnis* dalam rangka pendekatan *customer* rumah sakit.

2. Penentuan Bobot dan Rating

Tabel 2.22 Penentuan Bobot dan Rating Faktor Internal dan Eksternal

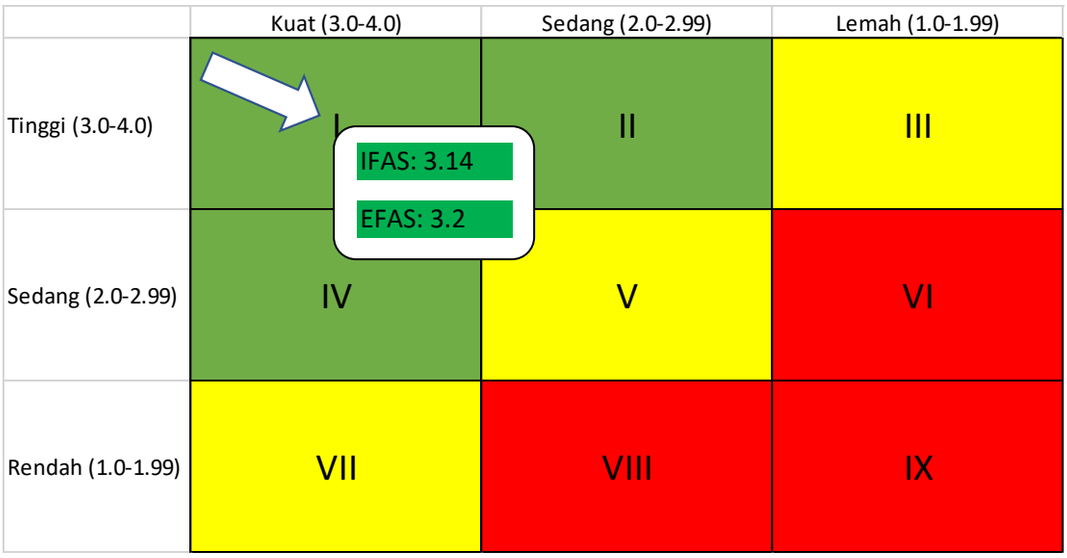
No	Faktor	Bobot	Rating	Skor
I.	**FAKTOR INTERNAL**			

No	Faktor	Bobot	Rating	Skor
A.	***Strengths***			
1	Memiliki layanan spesialistik dan spesialistik penunjang yang cukup lengkap.	0.1	4	0.4
2	Memiliki lahan yang cukup luas, letak yang strategis dan mudah dijangkau.	0.1	4	0.4
3	Telah Terakreditasi Utama RS SNARS Edisi 1.	0.08	3	0.24
4	Satu-satunya rumah sakit yang memiliki pelayanan rawat inap pasien dengan gangguan jiwa.	0.05	3	0.15
5	Tarif pelayanan lebih murah dibanding Rumah Sakit Swasta.	0.01	2	0.02
6	Masih adanya dukungan alokasi sumber anggaran dari Pemerintah Daerah dan Pusat.	0.01	2	0.02
7	Telah diterapkan Remunerasi Rumah Sakit.	0.01	2	0.02
8	Peralatan penunjang diagnostik yang cukup memadai, tersedianya CT Scan, EEG dan alat radiologi lainnya.	0.1	4	0.4
B.	***Weaknesses***			
1.	Sarana dan prasarana yang belum memadai.	0.1	4	0.4
2.	Sosial marketing yang masih lemah.	0.08	3	0.24
3.	Pengelolaan SDM yang belum optimal.	0.09	3	0.27
4.	Belum semua indikator Standar Pelayanan Minimal terpenuhi.	0.08	4	0.32
5.	Sistem informasi dan teknologi belum optimal.	0.05	3	0.15
6.	Monitoring dan evaluasi belum baik.	0.03	3	0.09
7.	Belum efektifnya program pengendalian biaya (*cost containment*).	0.01	2	0.02
8.	Tarif pelayanan rumah sakit di bawah *unit cost* dan belum ada regulasi tarif pelayanan berdasarkan *unit cost*.	0.01	2	0.02
9.	Belum tersedianya dokter spesialis rehabilitasi medik.	0.09	4	0.36
	Total Bobot	**1**		**3.14**
II.	**FAKTOR EKSTERNAL**			
A.	***Opportunities***			
1	Belum adanya rumah sakit pesaing di Wilayah Kebumen Timur.	0.15	4	0.6
2	Kebijakan BPJS:Tarif BPJS yang menggunakan sistem paket dan adanya kelas standar JKN.	0.13	3	0.39
3	Berkembangnya fasilitas kesehatan sekitar dan dukungan rujukan dan pembiayaan BPJS.	0.07	3	0.21
4	Kebijakan mengenai pengklasifikasian RS berdasar pada kemampuan pelayanan, fasilitas kesehatan, sarana penunjang, dan SDM memberikan peluang untuk melakukan pengembangan pelayanan atau mengubah kelas RS.	0.12	3	0.36
5	RSUD Prembun berada di dalam wilayah Kecamatan Prembun yang merupakan kawasan strategis pertumbuhan ekonomi dan kawasan pengembangan jalur kereta api ganda Yogyakarta-Cirebon.	0.12	3	0.36
C.	***Threats***			

No	Faktor	Bobot	Rating	Skor
1	Regulasi/peraturan pelaksanaan pengelolaan keuangan BLUD di Kabupaten Kebumen belum semuanya tersusun.	0.06	4	0.24
2	Implementasi Kebijakan BPJS menyebabkan persaingan yang semakin terbuka bagi penyedia layanan kesehatan baik PPK I (Puskesmas, Praktek Dokter, dan Klinik) maupun PPK II yang mengikutsertakan semua rumah sakit baik negeri maupun swasta.	0.14	3	0.42
3	Dalam Peraturan Pemerintah No 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan pada pasal yang memuat tentang kewajiban RS dan Hak Pasien.	0.06	2	0.12
4	Proporsi generasi *millenial* yang cukup tinggi dengan *trend* karakteristik generasi *millenial*: aktifitas yang berbasis internet /daring, *digital marketing*.	0.05	2	0.1
5	Jumlah penduduk di wilayah kerja RSUD Prembun sedikit dengan tingkat ekonomi menengah ke bawah dan mayoritas tingkat pendidikan SMP dan SMA.	0.1	4	0.4
	Total Bobot	**1**		**3.2**

3. Penentuan Strategi

Penentuan strategi dilakukan dengan menggunakan diagram *Internal Factor Analysis Strategy* (IFAS) dan *Internal Factor Analysis Strategy* (EFAS). Berdasarkan, hasil pembobotan dan rating yang telah dilakukan diperoleh IFAS adalah 3,14 dan skor EFAS adalah 3,2 sehingga posisi RSUD Prembun berada pada Kuadran I yang berarti strategi yang harus dilakukan adalah tumbuh dan berkembang. Strategi tumbuh dan berkembang adalah strategi berusaha agar RSUD Prembun dapat meningkatkan pelayanan dengan cara meningkatkan atau memodifikasi produk atau jasa yang ada sekarang, dengan tujuan untuk memperbaiki dan mengembangkan produk yang sudah ada. Diagram IFAS dan EFAS dapat dilihat pada Gambar 2.21



Gambar 2.21 Diagram *Internal Factor Analysis Strategy* (IFAS) dan *Internal Factor Analysis Strategy* (EFAS)

BAB III
PERMASALAHAN DAN ISU STRATEGIS

Analisis terhadap permasalahan dan isu-isu strategis merupakan bagian penting dan sangat menentukan dalam proses penyusunan rencana pembangunan daerah. Ini merupakan tahapan yang harus dilakukan untuk melengkapi tahapan-tahapan yang telah dilakukan sebelumnya. Penentuan dan identifikasi isu yang dilakukan dengan tepat dan bersifat strategis sangat menentukan sasaran dan program pembangunan. Isu strategis ini diperoleh dengan cara mengidentifikasi permasalahan-permasalahan pembangunan dan isu-isu penting. Dalam Bab III ini diuraikan isu-isu strategis yang berkaitan dengan permasalahan-permasalahan pokok yang dihadapi RSUD Prembun dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsinya, khususnya untuk jangka waktu 2021-2026.

Komponen pembentuk isu-isu strategis di RSUD Prembun terdiri dari analisis terhadap hasil pelaksanaan kegiatan periode sebelumnya untuk mengetahui permasalahan dan faktor penentu keberhasilannya, hasil telaah Visi, Misi dan Program Kepala Daerah dan Wakil Kepala Daerah Terpilih, telaah Renstra Dinas Kesehatan Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana (DKP2KB), dan telaah Rencana Tata Ruang Wilayah dan Kajian Lingkungan Hidup Strategis pada RPJMD Kabupaten Kebumen.

A. Identifikasi Permasalahan Berdasarkan Tugas dan Fungsi Pelayanan

Rumah Sakit Umum Daerah Prembun memiliki tugas dan fungsi utama dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan melalui upaya penyembuhan, pemulihan, peningkatan, pencegahan, pelayanan rujukan, dan menyelenggarakan pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan serta pengabdian masyarakat. Dalam menjalankan tugas pokok dan fungsinya, RSUD Prembun dihadapkan pada berbagai permasalahan. Berdasarkan analisis gambaran umum pelayanan RSUD Prembun selama empat tahun terakhir, dan pencapaian indikator kinerja yang sudah ditetapkan terdapat berbagai indikator yang telah memenuhi target, namun di sisi lain terdapat pula berbagai permasalahan dan tantangan yang masih dihadapi dan perlu ditangani secara terencana, sinergis, dan berkelanjutan.

Tugas pokok dan fungsi RSUD Prembun sebagaimana ditetapkan dalam Peraturan Bupati Kebumen Nomor 58 Tahun 2020 Tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi, serta Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Rumah Sakit Umum Daerah RSUD Prembun merupakan Unit Pelaksana Teknis Daerah Kabupaten Kebumen yang mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dan upaya rujukan. Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud, RSUD Prembun menyelenggarakan fungsi tertentu dalam pelayanan kepada masyarakat di bidang kesehatan.

Berdasarkan data analisis gambaran umum dan analisis pencapaian indikator kinerja tersebut, langkah selanjutnya adalah melakukan identifikasi masalah. Identifikasi masalah adalah suatu proses yang paling penting dalam menyusun renstra. Konsep identifikasi masalah (*problem identification)* adalah proses dan hasil pengenalan masalah atau inventarisasi masalah. Dari hasil kajian pelaksanaan analisis dan evaluasi pelaksanaan tugas dan fungsi RSUD Prembun terdapat beberapa permasalahan yang dinilai *urgent* untuk dianalisis lebih dalam dan ditindaklanjuti pada masa yang akan datang. Berikut adalah hasil pemetaan permasalahan pelayanan RSUD Prembun yang tersaji dalam Tabel 3.1.

Tabel 3.1 Identifikasi Masalah RSUD Prembun

No	Masalah Pokok	Masalah	Akar Masalah
1	Perspektif Pelayanan	Sarana dan prasarana yang belum memadai.	1. Anggaran yang belum mencukupi.
		Belum semua indikator kinerja rumah sakit mencapai standar	1. Belum tersedianya beberapa jenis layanan dokter spesialis. 2. Kurangnya komitmen SDM, kompetensi, penerapan budaya kerja terhadap pelayanan.
		Monitoring dan evaluasi belum baik	1. Kurangnya komitmen karyawan untuk menjalankan sistem monitoring dan evaluasi yang telah ditetapkan.
2	Perspektif pelanggan	Masih adanya keluhan pelanggan terkait sarana prasarana dan sistem pelayanan	1. Komitmen dan etos kerja karyawan dalam memberikan pelayanan tepat waktu dan bermutu. 2. Belum tersedianya beberapa jenis pelayanan spesialistik di RSUD Prembun (Jantung, paru-paru, HD). 3. Sarana dan prasarana RS yang belum lengkap. 4. Alur pelayanan masih perlu diperbaiki.
3	Perspektif Pertumbuhan	Pengelolaan SDM yang belum optimal	1. Belum tersedianya aturan yang jelas terkait manajemen SDM (dari rekruitmen, seleksi, penempatan, dll). 2. Belum adanya sistem/managemen diklat pegawai yang memadai, mulai dari analisis kebutuhan diklat, perencanaan diklat, pelaksanaan diklat, pelaksanaan monitoring

No	Masalah Pokok	Masalah	Akar Masalah
			dan evaluasi pasca pelaksanaan diklat.
		Sistem informasi dan teknologi belum optimal	Belum tersedianya SIM RS belum terintegrasi dengan system informasi lainnya.
4	Perspektif Keuangan	Belum optimalnya system pengendalian biaya (*cost containment*)	1. Masih kurangnya komitmen karyawan untuk menggunakan sumber daya secara efisien. 2. Belum tersedia sistem kendali biaya.
		Tarif Pelayanan Rumah Sakit di bawah *unit cost*.	1. Belum ada regulasi tarif pelayanan berdasarkan *unit cost*.

B. Telaah Visi, Misi dan Program Kepala Daerah dan Wakil Kepala Daerah Terpilih

Proses penelaahan berdasarkan permasalahan yang ada dengan membandingkan visi, misi, program kerja Kepala Daerah dengan tupoksi RSUD Prembun, kemudian ditelaah faktor penghambat dan pendorong pelayanan RSUD Prembun.

Bupati Kebumen mempunyai Visi "Mewujudkan Kabupaten Kebumen Semakin Sejahtera, Mandiri, Berakhlak Bersama Rakyat". Untuk mewujudkan Visi tersebut, Bupati menetapkan lima misi, yakni:

a. Peningkatan Tata Kelola Pemerintahan yang baik melalui pelayanan birokrasi yang *responsive*, serta penerapan *e-gov* dan *open-gov* terintegrasi;

b. Peningkatan aksesibilitas dan kualitas pelayanan pendidikan, kesehatan dan kebutuhan dasar lainnya;

c. Mewujudkan daya saing ekonomi daerah melalui pengembangan potensi sumber daya alam, pariwisata dan kearifan lokal yang berbasiskan agrobisnis dan ekonomi kerakyatan;

d. Peningkatan kualitas dan kuantitas infastruktur yang berkelanjutan dan berwawasan lingkungan; dan

e. Mewujudkan masyarakat yang rukun, berbudaya, dan bermartabat.

Dari lima misi tersebut misi yang paling relevan dengan visi dan misi RSUD Prembun adalah misi kedua yakni "**Peningkatan aksesibilitas dan kualitas pelayanan Kesehatan"** dan misi keempat **"Peningkatan kualitas dan kuantitas infastruktur yang berkelanjutan dan berwawasan lingkungan".**

Untuk mencapai visi dan misi RSUD Prembun dan dalam rangka mendukung visi dan misi Bupati Kebumen, RSUD Prembun selalu berupaya untuk menjalankan tupoksi dengan sebaik-baiknya, dan selama menjalankan tupoksi tersebut terkendala beberapa permasalahan. Secara terperinci dapat dilihat dalam Tabel 3.2.

Tabel 3.2 Telaah Visi, Misi Bupati, Tupoksi RSUD Prembun, Permasalahan, Faktor Penghambat dan Pendorong

No	Visi/Misi/Program Kerja KDH	Program Unggulan	Tupoksi RSUD Prembun	Permasalahan	Faktor Penghambat dan Pendorong
1	Misi Nomor 2: Peningkatan aksesibilitas dan kualitas pelayanan pendidikan, kesehatan dan kebutuhan dasar lainnya.	Program Unggulan Misi 2 Nomor 5: BUMEN SEHATI: Program peningkatan derajat kesehatan bagi warga Kebumen.	Tugas Pokok: Menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dan upaya rujukan. Fungsi: a. Pelayanan penunjang dalam penyelenggaraan pemerintahan daerah di bidang pelayanan kesehatan. b. Penyusunan rencana dan program, monitoring, evaluasi dan pelaporan di bidang pelayanan kesehatan. c. Pelayanan medis. d. Pelayanan penunjang medis dan non medis. e. Pelayanan keperawatan. f. Pelayanan rujukan.	1. Sarana, prasarana dan alat kesehatan pendukung pelayanan belum optimal. 2. Sumber dana yang dikelola sebagian bersumber pada APBD yang pengelolaan keuangannya mengikuti pola keuangan Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) pada umumnya, sehingga pengelolaan keuangan belum bisa sepenuhnya fleksibel. 3. Indikator kinerja RS belum tercapai secara optimal.	Faktor Penghambat: Kualitas 1. Belum lengkapnya alat kesehatan dan alat penunjang diagnostic. 2. Kurangnya SDM Rumah Sakit, terutama Dokter spesialis. 3. Kurangnya komitmen dan budaya kerja positif SDM RS. Aksebilitas Alur pelayanan masih dianggap cukup rumit bagi pengunjung. Faktor Pendorong: Kualitas 1. Rumah Sakit telah terakreditasi utama tahun 2018. 2. Satu-satunya Rumah Sakit Kelas C di wilayah timur Kabupaten Kebumen. 3. Dukungan dari Pemerintah Kabupaten Kebumen untuk pengembangan pelayanan.

No	Visi/Misi/Program Kerja KDH	Program Unggulan	Tupoksi RSUD Prembun	Permasalahan	Faktor Penghambat dan Pendorong
					Aksebilitas 1. Memiliki lahan yang cukup luas. 2. Lokasi rumah sakit yang strategis sehingga mudah diakses oleh masyarakat.
		Nomor 7: Jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin.	Fungsi perumusan kebijakan teknis di bidang pelayanan kesehatan.	Belum melaksanakan kebijakan Pemberlakuan Perawatan Non Kelas.	Faktor Penghambat Regulasi/Kebijakan BPJS Kesehatan yang dinamis. Faktor Pendorong Kebijakan Pemerintah tentang Program Jaminan Kesehatan untuk *Universal Health Coverage*.
3	Misi keempat Peningkatan kualitas dan kuantitas infastruktur yang berkelanjutan dan berwawasan lingkungan.		Fungsi pengelolaan urusan kepegawaian, hukum, hubungan masyarakat, organisasi dan tatalaksana, serta rumah tangga, perlengkapan dan umum.	1. Fasilitas Pengelolaan Limbah belum memenuhi standar. 2. Letak RS yang berdekatan dengan pemukiman penduduk dan jalur irigasi.	Faktor Penghambat Belum adanya kebijakan tertulis tentang penerapan praktik rumah sakit ramah lingkungan Belum adanya komitmen yang kuat dari semua elemen dalam penerapan Rumah Sakit Ramah Lingkungan. Faktor Pendukung Kebijakan dalam RT/RW Kabupaten Kebumen Kebijakan *Green Hospital* dari Kemenkes RI.

C. Telaah Renstra Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk, dan Keluarga Berencana (DKP2KB) Kabupaten Kebumen

Tabel 3.3 Telaahan Renstra Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk, dan Keluarga Berencana (DKP2KB) Kabupaten Kebumen Tahun 2021-2026

No	Sasaran Jangka Menengah Renstra Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen	Permasalahan	Faktor	
			Penghambat	Pendorong
1	Meningkatnya kualitas kesehatan masyarakat dan jangkauan pelayanan kesehatan.	a. Permasalahan sekretariat seperti terbatasnya SDM, sarpras, dan lain-lain.	1. Terbatasnya SDM. 2. Terbatasnya sarana dan prasarana. 3. Belum optimalnya manajemen dan pengembangan Sistem Informasi Kesehatan (SIK). 4. Penempatan CPNS tidak sesuai analisis jabatan Analisis Beban Kerja (ABK).	1. Dukungan anggaran APBD. 2. Dukungan /peran serta lintas sektor dalam pelaksanaan program kesehatan. 3. Peran kader kesehatan.
		b. Permasalahan pada bidang pelayanan Sumber Daya Kesehatan.	1. Masih rendahnya peserta Kartu Indonesia Sehat (KIS). 2. Belum maksimalnya sarpras fasyankes dasar. 3. Belum optimalnya akreditasi fasyankes dasar. 4. Belum optimalnya penggunaan sistem rujukan terpadu.	
		c. Permasalahan SDMK dan pemberdayaan.	1. Belum optimalnya pemenuhan kuantitas, pemerataan dan kompetensi SDMK.	
		d. Permasalahan bidang kesehatan masyarakat.	1. Seperti masih tingginya AKI, AKB, balita gizi kurang dan buruk. 2. Rendahnya PHBS. 3. Belum terkendalinya PTM.	

No	Sasaran Jangka Menengah Renstra Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen	Permasalahan	Faktor	
			Penghambat	Pendorong
		e. Permasalahan terkait bidang KB seperti tingginya angka kelahiran, kurangnya kapasitas dan kapabilitas kelembagaan daerah yang menangani pengendalian penduduk, dll.	1. Tingginya angka kelahiran. 2. Kurangnya kapasitas dan kapabilitas kelembagaan daerah yang menangani pengendalian penduduk. 3. Belum optimalnya sinergitas pelaksanaan pengendalian penduduk, dan pemanfaatan data informasi kependudukan. 4. Masih rendahnya pemahaman masyarakat tentang isu-isu kependudukan.	

D. Telaah Rencana Tata Ruang Wilayah dan Kajian Lingkungan Hidup Strategis pada RPJMD Kabupaten Kebumen

Sesuai Peraturan Daerah Kabupaten Kebumen Nomor 23 Tahun 2012 tentang Rencana Tata Ruang Wilayah Kabupaten Kebumen Tahun 2011-2031, secara geografis Kecamatan Prembun masuk dalam struktur ruang kawasan perkotaan. Salah satu kebijakan pengembangan kawasan perkotaan adalah pengembangan kawasan perkotaan sebagai pusat pertumbuhan dan pelayanan untuk mengembangkan potensi jasa agrobisnis dan potensi lokal lainnya di kabupaten. Adapun strategi pengembangan yang relevan dengan fasilitas kesehatan adalah meningkatkan kualitas pelayanan dan prasarana untuk mendukung akses layanan antar kawasan perkotaan, antara kawasan perkotaan dan perdesaan serta antara kawasan perkotaan dengan pusat pengembangan agrobisnis.

Pada sistem jaringan prasarana utama, Wilayah Prembun termasuk wilayah dengan jaringan jalan nasional, provinsi, maupun kabupaten. Selain itu, juga masuk dalam jaringan perkeretaapian yang direncanakan akan dilakukan pengembangan, baik untuk jalur maupun stasiun. Sedangkan, pada sistem jaringan prasarana lainnya, Wilayah Prembun termasuk ke dalam wilayah untuk rencana pengembangan prasarana jaringan bahan bakar minyak dan gas dengan pengembangan berupa Stasiun Pengisian Bahan Bakar Elpiji (SPBE). Selain itu, juga masuk ke sistem jaringan persampahan untuk penambahan Tempat Pemrosesan Akhir (TPA) perkotaan bagian timur dan sebagai jalur evakuasi banjir akibat kegagalan bendungan melalui jalan kabupaten

menuju ruang terbuka dan/atau fasilitas umum terdekat yang dapat digunakan sebagai ruang evakuasi bencana banjir akibat kegagalan bendungan.

Kecamatan Prembun termasuk kawasan strategis kabupaten dari sudut kepentingan pertumbuhan ekonomi, yaitu sebagai kawasan strategis Lahan Pangan Berkelanjutan.

Sebagaimana Pasal 14 Undang Undang Nomor 23 Tahun 2009 tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup menyatakan bahwa instrumen pencegahan pencemaran dan/atau kerusakan lingkungan hidup strategis salah satunya adalah dengan melakukan kajian lingkungan hidup strategis (KLHS). Kajian ini wajib disusun oleh Pemerintah dan Pemerintah Daerah untuk memastikan bahwa prinsip pembangunan berkelanjutan telah menjadi dasar dan terintegrasi dalam pembangunan suatu wilayah dan/atau kebijakan, rencana, dan/atau program (KRP).

Isu Strategis yang dihasilkan dari proses KLHS RPJMD Kabupaten Kebumen Tahun 2021-2026 dan relevan dengan visi dan misi RSUD Prembun adalah:

a. Derajat Kesehatan;
b. Infrastruktur Air Bersih dan Minum;
c. Infrastruktur Dasar Limbah dan Sanitasi;
d. Pengelolaan Sampah.

Berdasarkan telaah RTRW dapat disimpulkan bahwa dalam mengembangkan fasilitas pelayanan kesehatan 5 (lima) tahun ke depan RSUD Prembun, harus memperhatikan hal-hal berikut:

a. Memastikan pembangunan aspek kesehatan tidak akan menyimpang dari rencana tata ruang wilayah Pemerintah Kabupaten Kebumen.
b. Program dan kegiatan tidak memberikan dampak pada lingkungan hidup strategis

E. Penentuan Isu-Isu strategis

Analisis lingkungan strategis organisasi disusun untuk mendukung pencapaian visi dan misi RPJMD Kabupaten Kebumen Tahun 2021-2026 serta pelaksanaan tugas pokok dan fungsi RSUD Prembun dalam rangka mendukung pelaksanaan pembangunan daerah. Berdasarkan identifikasi masalah terhadap tugas pokok dan fungsi RSUD Prembun, telaah visi, misi, dan program kerja Kepala Daerah dan Wakil Kepala Daerah Terpilih, dan telaah RT/RW dan Kajian Lingkungan Hidup Strategis Kabupaten Kebumen ditentukan isu-isu strategis yaitu:

Tabel 3.4 Isu Strategis Internal dan Eksternal

No.	Misi RSUD Prembun	Isu Strategis Internal	Isu Strategis Eksternal
1.	Menyelenggarakan pelayanan kesehatan rujukan	1. Kemudahan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, terutama yang berkaitan	a. Penerapan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) melalui Jaminan Kesehatan Nasional bagi seluruh

No.	Misi RSUD Prembun	Isu Strategis Internal	Isu Strategis Eksternal
	spesialistik yang bermutu.	dengan pembiayaan dan teknologi informasi. 2. Ketersediaan jenis pelayanan kesehatan rujukan spesialistik. 3. Optimalisasi sarana prasarana dan alat kesehatan yang memadai sesuai standar kelas rumah sakit.	masyarakat pada tahun 2021 yang dikelola oleh BPJS. b. Penerapan *Universal Health Coverage (UHC).* c. Semakin banyaknya dokter dan masyarakat yang membuka praktek/mendirikan klinik masing-masing menyebabkan semakin ketatnya tingkat persaingan dalam industri kesehatan di Kabupaten Kebumen. d. Perubahan perilaku yang mengakibatkan perubahan pola penyakit.
2.	Menyelenggarakan pelayanan yang efektif dan efisien serta ramah lingkungan.	1. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan rujukan spesialistik yang terjangkau. 2. Pengembangan fasilitas pelayanan rumah sakit dan kebijakan operasional rumah sakit berwawasan lingkungan. 3. Penerapan HIS (*Hospital Information System*).	Teknologi Digital merupakan Kunci Utama Pada Era Industri 4.0, artinya industri pelayanan kesehatan pun harus mampu mengikuti perkembangan teknologi dan informasi dengan menyediakan akses informasi pelayanan kesehatan yang cepat dan akurat melalui sistem informasi manajemen.
3.	Menyediakan sumber daya manusia (SDM) rumah sakit yang berkualitas dan berdaya saing tinggi.	Tersedianya SDM rumah sakit yang memadai, kompeten, dan berkinerja tinggi.	Pembentukan pasar tunggal yang diistilahkan dengan MEA (Masyarakat Ekonomi Asean).
4.	Melaksanakan pengelolaan keuangan dan aset rumah sakit yang akuntabel dan transparan.	Implementasi tata kelola rumah sakit secara menyeluruh, efektif dan efisien.	Keterbatasan dana Pemerintah Pusat (APBN) dan dana Pemerintah Daerah (APBD) dalam mensubsidi rumah sakit.

Dari Tabel 3.4 di atas secara umum dapat disimpulkan bahwa isu strategis yang diambil oleh RSUD Prembun merupakan isu strategis yang berasal dari internal dan eksternal.

1. Isu-isu strategis yang berasal dari internal
   a. Kemudahan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, terutama yang berkaitan dengan pembiayaan dan teknologi informasi.

      RSUD Prembun berupaya untuk menyelenggarakan pelayanan yang mudah diakses oleh masyarakat. Dalam hal pembiayaan, upaya diwujudkan dengan cara melakukan kerjasama dengan asuransi kesehatan baik pemerintah maupun swasta sehingga masyarakat tidak perlu khawatir untuk mengakses pelayanan

kesehatan yang dibutuhkannya di RSUD Prembun. Sedangkan, dalam hal teknologi informasi, upaya yang dilakukan RSUD Prembun untuk mempermudah akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan adalah dengan melakukan inovasi seperti sistem pendaftaran *online*, pengembangan *e-receipt* dan *e*-RM, dan inovasi-inovasi lainnya yang berbasis teknologi informasi.

b. Ketersediaan jenis pelayanan kesehatan rujukan spesialistik.

   Mengingat masih terbatasnya jenis pelayanan kesehatan rujukan spesialistik di RSUD Prembun, maka RSUD Prembun selalu berupaya untuk menambah jenis-jenis pelayanan baik yang bersifat spesialistik maupun subspesialistik demi terpenuhinya kebutuhan pelayanan kesehatan rujukan spesialistik bagi masyarakat di lingkungan RSUD Prembun.

c. Optimalisasi sarana prasarana dan alat kesehatan yang memadai sesuai standar kelas rumah sakit;

   Rumah sakit akan selalu berupaya meningkatkan kemampuan pemenuhan sarana prasarana dan alat kesehatan yang memadai sesuai standar rumah sakit Kelas C sebagaimana diatur dalam Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan.

d. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan rujukan spesialistik yang terjangkau;

   RSUD Prembun terletak di daerah dengan penduduk dengan status ekonomi menengah ke bawah sehingga harus mampu mnyediakan layanan dengan tarif yang terjangkau tapi tetap menjaga mutu pelayanan dengan tetap mengedepankan keselamatan pasien. Memberikan pelayanan dengan tidak membedakan ras, agama, suku, gender, kemampuan ekonomi, orang dengan kebutuhan khusus atau penyandang disabilitas, latar belakang sosial politik dan antar golongan merupakan kewajiban semua pemberi pelayanan masyarakat.

e. Pengembangan fasilitas pelayanan rumah sakit dan kebijakan operasional rumah sakit berwawasan lingkungan.

   Menerapkan prinsip ramah lingkungan baik dari sudut operasional rumah sakit maupun dari sudut bangunan dan sarana prasarana rumah sakit.

f. Penerapan HIS (*Hospital Information System*)

   Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nonor 82 Tahun 2013 dijelaskan bahwa Setiap Rumah Sakit wajib menyelenggarakan SIMRS atau Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit. Aplikasi penyelenggaraan SIMRS yang dibuat oleh Rumah Sakit harus memenuhi persyaratan minimal yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan. Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit yang selanjutnya disingkat SIMRS adalah suatu sistem teknologi informasi komunikasi yang memproses dan mengintegrasikan seluruh alur proses pelayanan rumah sakit dalam bentuk jaringan koordinasi, pelaporan dan

prosedur administrasi untuk memperoleh informasi secara tepat dan akurat, dan merupakan bagian dari Sistem Informasi Kesehatan.

g. Tersedianya SDM rumah sakit yang memadai, kompeten, dan berkinerja tinggi.
   Pelayanan kesehatan rujukan merupakan pelayanan yang langsung terhadap pasien, pasien adalah orang-orang yang datang ke rumah sakit dengan membawa masalah kesehatan sehingga perlu ditangani oleh SDM yang memadai, memadai di sini dalam arti secara kuantitas maupun secara kualitas. Memadai secara kuantitas diartikan bahwa SDM yang ada mempunyai rasio jumlah yang ideal dengan jumlah pelanggan/pasien, sedangkan memadai secara kualitas berarti SDM memiliki pengetahuan dan keterampilan (kompetensi) yang baik sesuai bidangnya serta memiliki kinerja yang tinggi.
h. Implementasi tata kelola rumah sakit secara menyeluruh, efektif dan efisien;
   Implementasi tata kelola rumah sakit secara menyeluruh, efektif dan efisien adalah menerapkan tata kelola dalam rangka memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit.

2. Isu-isu strategis yang berasal dari analisis eksternal

   Memasuki tahun anggaran 2021 secara nasional maupun lokal, kita masih dihadapkan pada berbagai masalah dan tantangan di bidang kesehatan, di antaranya:

   a. Penerapan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) melalui Jaminan Kesehatan Nasional bagi seluruh masyarakat pada tahun 2021 yang dikelola oleh BPJS.
      Jaminan Kesehatan Nasional atau yang biasa disingkat JKN merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan yang bersifat *mandatory* atau wajib diikuti oleh seluruh warga Indonesia untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat secara layak yang diberikan kepada setiap warga yang telah membayar premi/iuran atau bagi warga yang tidak mampu akan dibayarkan premi nya oleh Pemerintah.
      Melalui Program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan, negara hadir di tengah kita untuk memastikan seluruh penduduk Indonesia terlindungi oleh jaminan kesehatan yang komprehensif, adil, dan merata.
   b. Penerapan *Universal Health Coverage (UHC)*
      UHC adalah singkatan dari *Universal Health Coverage* atau setelah dialihbahasakan oleh Kementerian Kesehatan Indonesia dalam Renstra Kemenkes 2015-2019 menjadi “Jaminan Kesehatan Semesta” dan sudah mulai

diimplementasikan di Indonesia sejak penyelenggaraan program JKN pada Januari 2014. Secara umum UHC merupakan sistem kesehatan yang memastikan setiap warga dalam memiliki akses yang adil terhadap pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif bermutu dengan biaya terjangkau. Terdapat dua elemen inti dalam UHC yakni akses pelayanan kesehatan yang adil dan bermutu bagi setiap warga, dan perlindungan risiko finansial ketika warga menggunakan pelayanan kesehatan. Secara definisi, ada tiga tujuan dari UHC, antara lain:

a. Kesetaraan dalam mengakses layanan kesehatan, semua orang akan mendapatkan layanan yang mereka butuhkan, tidak hanya terbatas bagi mereka yang dapat membayar layanan tersebut;
b. Kualitas layanan kesehatan yang diberikan harus cukup baik sehingga kondisi kesehatan penerima layanan akan semakin baik;
c. Masyarakat terlindungi dari risiko finansial, memastikan bahwa biaya yang dikeluarkan tidak akan memberikan pengaruh secara signifikan pada kondisi keuangan penerima layanan.

Pemerintah Indonesia terus upayakan capai cakupan kesehatan semesta atau *Universal Health Coverage (UHC).* Cakupan kesehatan semesta menjamin seluruh masyarakat mempunyai akses untuk kebutuhan pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang berkualitas dan efektif

c. Semakin banyaknya dokter dan masyarakat yang membuka praktek/mendirikan klinik masing-masing menyebabkan semakin ketatnya tingkat persaingan dalam industri kesehatan di Kabupaten Kebumen.
d. Perubahan perilaku yang mengakibatkan perubahan pola penyakit
e. Kesehatan tehnologi informasi yang sangat cepat dan canggih mendorong masyarakat menuntut ketersediaan akses informasi pelayanan kesehatan melalui sistem informasi manajemen yang cepat dan akurat.
f. Pembentukan pasar tunggal yang diistilahkan dengan MEA (Masyarakat Ekonomi Asean)

   Pembentukan pasar tunggal yang diistilahkan dengan MEA ini nantinya memungkinkan satu negara menjual barang dan jasa dengan mudah ke negara-negara lain di seluruh Asia Tenggara sehingga kompetisi akan semakin ketat. Masyarakat Ekonomi Asean tidak hanya membuka arus perdagangan barang atau jasa, tetapi juga pasar tenaga kerja profesional, seperti dokter, pengacara, akuntan, dan lainnya. Berbagai profesi seperti tenaga medis boleh diisi oleh tenaga kerja asing pada 2015. Masyarakat Ekonomi Asean tidak hanya membuka arus perdagangan barang atau jasa, tetapi juga pasar tenaga kerja profesional, seperti dokter, pengacara, akuntan, dan lainnya. Pada saat ini,

pemerintah sedang menata dan menyusun strategi pembangunan di bidang kesehatan serta melakukan penguatan regulasi secara bersaing, demi pengembangan tenaga kesehatan agar memilik daya saing ditingkat lebih tinggi.

g. Keterbatasan dana Pemerintah Pusat (APBN) dan dana Pemerintah Daerah (APBD) dalam mensubsidi rumah sakit. Adanya pandemi *Covid-19* Pemerintah harus melakukan penyesuaian penggunaan anggaran dari semua sumber dalam rangka penanganan pandemi sehingga perlu melakukan efisiensi anggaran sejak tahun 2019 sampai dengan saat ini, apalagi dengan kondisi belum adanya kepastian kapan berakhirnya pandemi *Covid-19* ini. Hal ini mengakibatkan berkurangnya dana alokasi umum dan alokasi khusus yang dialokasikan untuk RSUD Prembun.

BAB IV

VISI, MISI, PRINSIP DASAR, TUJUAN DAN SASARAN

A. VISI

Pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Kabupaten Kebumen Tahun 2021-2026, visi Bupati Kebumen terpilih adalah ”Mewujudkan Kabupaten Kebumen semakin Sejahtera, Mandiri, Berakhlak, Bersama Rakyat”, untuk mendukung Visi Bupati tersebut maka RSUD Prembun menetapkan visi yang akan dicapai dalam waktu 15 tahun ke depan. Adapun Visi RSUD Prembun adalah **“Menjadi Rumah Sakit Rujukan Spesialistik yang Profesional, Terjangkau, dan Ramah lingkungan di Wilayah Kabupaten Kebumen**“. Visi ini dimaksudkan bahwa:

1. RSUD Prembun menjadi pusat rujukan bagi fasilitas kesehatan dasar di sekitarnya yang melanyani empat bidang spesialistik utama dan beberapa spesialistik penunjang.
2. Profesional mengandung arti dalam memberikan pelayanan RSUD Prembun berdasarkan pada ciri-ciri profesional yakni dengan kemampuan yang tinggi dan berpegang teguh kepada nilai moral yang mengarahkan dan mendasari setiap pelayanan yang diberikan.
3. Terjangkau mengandung arti bahwa pelayanan RSUD Prembun secara *cost* terjangkau oleh semua kalangan masyarakat termasuk masyarakat ekonomi lemah.
4. Ramah Lingkungan mengandung arti dalam memberikan pelayanan pada masyarakat, RSUD Prembun selalu menerapkan prinsip-prinsip ramah lingkungan sehingga dampak negatif terhadap lingkungan dapat diminimalkan. Selain itu, seluruh pengunjung dan pegawai rumah sakit dijamin atas hak keamanan dan kenyamanan selama berada di lingkungan rumah sakit.

B. MISI

Pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Kabupaten Kebumen Tahun 2021-2026, Bupati Kebumen memiliki 5 (lima) misi, yaitu:

1. Peningkatan tata kelola pemerintahan yang baik melalui pelayanan birokrasi yang responsif serta penerapan *e-gov* dan *open-gov* yang terintegrasi;
2. Peningkatan aksesibilitas dan kualitas pelayanan pendidikan, kesehatan, dan kebutuhan dasar lainnya;
3. Mewujudkan daya saing ekonomi daerah melalui pengembangan potensi sumber daya alam, pariwisata, dan kearifan lokal yang berbasiskan agrobisnis dan ekonomi kerakyatan;

4. Peningkatan kualitas dan kuantitas infrastruktur yang berkelanjutan dan berwawasan lingkungan;
5. Mewujudkan masyarakat yang rukun, berbudaya, dan bermartabat.

RSUD Prembun sebagai Unit Pelaksana Teknis di bidang kesehatan yang bertanggungjawab pada Kepala Dinas Kesehatan sesuai dengan Renstra Dinas Kesehatan mendukung Misi kedua Bupati Kebumen, yaitu "Peningkatan aksesibilitas dan kualitas pelayanan pendidikan, kesehatan dan kebutuhan dasar lainnya". Selain itu, RSUD Prembun juga mendukung Misi Keempat Bupati Kebumen, yaitu "Peningkatan kualitas dan kuantitas infrastruktur yang berkelanjutan dan berwawasan lingkungan**".** Untuk mendukung kedua misi Bupati tersebut dan mewujudkan Visi RSUD Prembun, maka ditetapkan empat misi RSUD Prembun.

Misi RSUD Prembun yaitu:

1. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan rujukan spesialistik yang bermutu;
2. Menyelenggarakan pelayanan yang efektif dan efisien serta ramah lingkungan;
3. Menyediakan sumber daya manusia (SDM) rumah sakit yang yang berkualitas dan berdaya saing tinggi;
4. Melaksanakan pengelolaan keuangan dan aset rumah sakit yang akuntabel dan transparan.

C. PRINSIP DASAR

1. Motto

Untuk menunjang tercapainya visi dan misi RSUD Prembun, telah ditetapkan motto RSUD Prembun, yaitu:

a. **Sigap** yaitu dalam melaksanakan aktivitasnya, setiap karyawan RSUD Prembun mempunyai sifat tangkas, cepat dan kuat serta penuh rasa semangat. Sigap akan berkontribusi besar terhadap pencapaian seluruh misi khususnya misi pertama dan kedua.

b. **Empati** yaitu setiap karyawan RSUD Prembun mempunyai mental yang arif sehingga mampu memahami pikiran dan perasaan pelanggan. Motto ini mendukung seluruh misi khususnya misi kedua dan ketiga.

c. **Handal**, berasal dari kata "andal", yaitu setiap karyawan RSUD Prembun dalam melaksanakan aktivitasnya mempunyai kualifikasi di bidangnya masing-masing sehingga mampu dan dapat dipercaya. Handal akan berkontribusi terhadap pencapaian misi rumah sakit terutama misi pertama, kedua, dan ketiga.

d. **Akuntabel** yaitu dalam memberikan pelayanan kesehatan sesuai pedoman dan standar pelayanan yang ditetapkan, sehingga dapat diukur dan

dipertanggungjawabkan. Akuntabel merupakan motto yang mendukung pelaksanaan misi pertama, kedua, dan keempat.

e. **Transparan** yaitu dalam memberikan pelayanan setiap karyawan RSUD Prembun bersifat terbuka. Transparan sangat mendukung misi keempat yakni melaksanakan pengelolaan keuangan yang akuntabel dan transparan.

f. **Inovatif** yaitu setiap karyawan RSUD Prembun memiliki minat dan kemampuan untuk bekerja mandiri dengan ide-ide kreatif serta memberi terobosan bagi peningkatan pelayanan kesehatan, motto ini sangat mendukung pelaksanan misi ketiga.

2. Nilai-Nilai

Nilai-nilai merupakan budaya organisasi yang dikehendaki, dan ketika orang luar masuk ke RSUD Prembun, mereka dapat merasakan ada yang berbeda dan menjadikan suatu karakteristik tertentu. Untuk mencapai visi, misi, dan motto yang telah ditetapkan maka diterapkan nilai- nilai RSUD Prembun:

a. Keikhlasan

Setiap karyawan RSUD Prembun melandasi setiap aktifitasnya dengan ikhlas sebagai bagian daripada ibadah kepada Tuhannya dan amal saleh kepada sesama manusia.

b. Keramahan

Dalam melaksanakan aktifitasnya setiap karyawan selalu mengedepankan sikap ramah dalam melayani pelanggan.

c. Kerja keras

Dalam melaksanakan aktifitasnya setiap karyawan selalu mempunyai semangat yang tinggi untuk bekerja keras, dengan tidak selalu mengedepankan imbalan apapun.

d. Kedisiplinan

Setiap aktifitas yang dijalankan selalu dilandasi dengan kedisiplinan tinggi sebagai upaya mencapai kinerja optimal.

e. Kejujuran

Setiap aktifitas yang dijalankan selalu dilandasi dengan kejujuran sebagai upaya mencapai kinerja optimal.

D. TUJUAN DAN SASARAN

Tujuan adalah suatu kondisi yang akan dicapai atau dihasilkan dalam jangka waktu 5 (lima) tahunan. Rumusan tujuan dan sasaran merupakan dasar dalam menyusun pilihan-pilihan strategi pembangunan dan sarana untuk mengevaluasi pilihan tersebut. Tujuan ditetapkan dengan mengacu kepada pernyataan visi dan misi serta didasarkan pada isu-isu dan analisis strategis. Tujuan yang ditetapkan harus dapat

menunjukan suatu kondisi yang ingin dicapai di masa mendatang. Tujuan akan mengarahkan perumusan sasaran, kebijakan, program, dan kegiatan dalam rangka merealisasikan misi.

Sasaran adalah rumusan kondisi yang menggambarkan tercapainya tujuan, berupa hasil pembangunan yang diperoleh dari pencapaian *outcome* program yang telah ditetapkan RSUD Prembun, sebagaimana dapat dilihat pada Tabel 4.1.

Tabel 4.1 Tujuan dan Sasaran RSUD Prembun Tahun 2021-2026

Misi	Tujuan	Sasaran
Menyelenggarakan pelayanan kesehatan rujukan spesialistik yang bermutu.	Mewujudkan pelayanan kesehatan rujukan spesialistik yang bermutu.	Terwujudnya fasilitas pelayanan kesehatan rujukan spesialistik yang terstandar
		Terwujudnya organisasi rumah sakit yang andal dan unggul
Menyelenggarakan pelayanan efektif dan efisien serta ramah lingkungan.	Mewujudkan pelayanan efektif dan efisien serta ramah lingkungan.	Terwujudnya pelayanan kesehatan rujukan spesialistik yang terjangkau
		Terwujudnya pelayanan yang menerapkan Teknologi Informasi Kesehatan (TIK) terintegrasi
		Terwujudnya rintisan rumah sakit ramah lingkungan
Menyediakan sumber daya manusia (SDM) rumah sakit yang berkualitas dan berdaya saing tinggi.	Mewujudkan sumber daya manusia (SDM) rumah sakit yang berkualitas dan berdaya saing tinggi	Terwujudnya SDM RS yang kompeten
		Terwujudnya SDM RS yang berkinerja tinggi
Melaksanakan pengelolaan keuangan dan asset rumah sakit yang akuntabel dan transparan	Mewujudkan pengelolaan keuangan dan aset rumah sakit yang akuntabel dan transparan	Terwujudnya pengelolaan keuangan dan aset yang akuntabel dan transparan.

BAB V

RENCANA STRATEGI DAN ARAH KEBIJAKAN

A. RENCANA STRATEGI

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

Strategi dan arah kebijakan dibentuk untuk mencapai tujuan dan sasaran. Strategi dirumuskan dengan menentukan langkah pilihan yang tepat, setelah dilakukan analisis metode SWOT. Strategi adalah langkah berisikan program-program sebagai prioritas pembangunan Daerah/Perangkat Daerah untuk mencapai sasaran. Berdasarkan Analisis SWOT disusun strategi untuk setiap tujuan dan sasaran yang telah disusun sebelumnya. Penentuan strategi dilakukan dengan menggunakan diagram *Internal Factor Analysis Strategy* (IFAS) dan *Internal Factor Analysis Strategy* (EFAS). Berdasarkan, hasil pembobotan dan rating yang telah dilakukan diperoleh IFAS adalah 3,14 dan skor EFAS adalah 3,2 sehingga posisi RSUD Prembun berada pada Kuadran I yang berarti strategi yang harus dilakukan adalah tumbuh dan berkembang. Statregi tumbuh dan berkembang di sini diartikan sebagai strategi peningkatan/diversifikasi mutu di setiap unit pelayanan RS dan pengembangan dan inovasi layanan.

Penetapan rencana program dan kegiatan, indikator kinerja, kelompok sasaran dan pendanaan indikatif bertujuan untuk memberikan gambaran mengenai ukuran keberhasilan dalam pencapaian visi dan misi RSUD Prembun. Hal ini ditunjukkan dalam proses pencapaian indikator *output* dan *outcome* setiap tahunnya, sehingga kondisi kinerja yang diinginkan pada akhir tahun renstra dapat tercapai.

RSUD Prembun sebagai UPT Dinas Kesehatan Kabupaten sesuai dengan tugas pokok dan fungsi tidak lepas dari Tugas Pokok dan Fungsi Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen sehingga program prioritas kebijakan yang diambil juga mengacu pada program prioritas pembangunan nasional yang berkaitan dengan tugas dan fungsi Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen.

B. ARAH KEBIJAKAN

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

Sesuai dengan isu strategis yang diambil, baik isu strategis internal maupun eksternal, serta strategi tumbuh dan berkembang maka disusun arah kebijakan di setiap tahunnya selama lima tahun ke depan. Arah kebijakan yang dipilih adalah mengembangkan praktek bisnis sehat yang meliputi aspek: rencana korporat, rencana kapasitas, rencana pemasaran, rencana personalia, dan rencana keuangan. Strategi dan arah kebijakan RSUD Prembun yang akan diterapkan pada tahun 2021-2026 dapat dilihat pada Tabel 5.1.

Tabel 5.1 Strategi dan Arah Kebijakan RSUD Prembun Tahun 2021-2026

TUJUAN		SASARAN	STRATEGI	ARAH KEBIJAKAN
Misi 1. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan rujukan spesialistik yang bermutu.				
Mewujudkan pelayanan kesehatan rujukan spesialistik yang bermutu		Terwujudnya fasilitas pelayanan kesehatan rujukan spesialistik yang terstandar	Meningkatkan layanan dan fasilitas pelayanan kesehatan rujukan spesialistik yang bermutu	Penyediaan layanan dan fasilitas pelayanan kesehatan rujukan spesialistik yang bermutu
		Terwujudnya organisasi rumah sakit yang andal dan unggul.	Meningkatkan penjaminan mutu rumah sakit.	Pelaksanaan akreditasi rumah sakit.
Misi 2. Menyelenggarakan pelayanan yang efektif dan efisien serta ramah lingkungan.				
Mewujudkan pelayanan yang efektif dan efisien serta ramah lingkungan.		Terwujudnya pelayanan kesehatan rujukan spesialistik yang terjangkau	Meningkatkan kemudahan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan rujukan	1. Penerapan kendali mutu dan kendali biaya
		Terwujudnya Teknologi Informasi Kesehatan (TIK) yang terintegrasi.	Meningkatkan pelayanan berbasis teknologi informasi.	1. Pengembangan kemampuan komunikasi data (interoperabilitas) SIMRS.
		Terwujudnya rintisan rumah sakit ramah lingkungan	Mengembangkan Rintisan Rumah Sakit Ramah Lingkungan (*Green Hospital*).	1. Penerapan kebijakan RS ramah lingkungan dalam pelaksanaan operasional RS. 2. Penyediaan gedung, sarana dan prasarana berwawasan ramah lingkungan.
Misi 3. Menyediakan sumber daya manusia (SDM) rumah sakit yang berkualitas dan berdaya saing tinggi.				
Mewujudkan sumber daya manusia (SDM) rumah sakit yang kompeten dan berkinerja tinggi.		Terwujudnya SDM RS yang kompeten.	Meningkatkan kualitas pengelolaan SDM RS.	Peningkatan kualitas SDM Kesehatan.
		Terwujudnya SDM RS yang berkinerja tinggi.		
Misi 4. Melaksanakan pengelolaan keuangan dan aset rumah sakit yang akuntabel dan transparan.				
Mewujudkan pengelolaan keuangan dan aset rumah sakit yang akuntabel dan transparan.		Terwujudnya pengelolaan keuangan dan aset yang akuntabel dan transparan.	Meningkatkan sistem pengelolaan keuangan dan aset yang akuntabel dan transparan.	1. Penguatan manajemen keuangan BLUD-RS. 2. Penguatan manajemen aset RS.

BAB VI

RENCANA PROGRAM DAN KEGIATAN SERTA PENDANAAN

Rencana program pada RPJMD Kabupaten Kebumen tahun 2021-2026 terdiri dari rencana program pembangunan daerah yang menunjang secara langsung pencapaian visi dan misi Kepala Daerah dan program prioritas dalam rangka penyelenggaraan Pemerintah Daerah termasuk pemenuhan pelayanan kesehatan rujukan kepada masyarakat sesuai Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan.

Dalam menjalankan tugas pokok dan fungsinya RSUD Prembun berpedoman pada Peraturan Bupati Nomor 58 Tahun 2020 tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi, serta Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Rumah Sakit Umum Daerah. Untuk mencapai tujuan, sasaran, strategi, dan arah kebijakan yang telah disusun dalam rangka mewujudkan Kabupaten Kebumen yang semakin sejahtera, mandiri, dan berakhlak, RSUD Prembun menetapkan program dan kegiatan, indikator kinerja, kelompok sasaran, dan pendanaan indikatif yang bertujuan untuk memberikan gambaran mengenai ukuran keberhasilan dalam pencapaian visi dan misi RSUD Prembun.

Adapun Program dan Kegiatan RSUD Prembun terdiri dari 2 (dua) program dan 7 (tujuh) kegiatan dengan rincian adalah sebagai tersebut adalah:

1. PROGRAM PEMENUHAN UPAYA KESEHATAN PERORANGAN DAN UPAYA KESEHATAN MASYARAKAT
    a. Kegiatan Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Kewenangan Daerah Kabupaten/Kota.
    b. Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Rujukan Tingkat Daerah Kabupaten/Kota.
2. PROGRAM PENUNJANG URUSAN PEMERINTAHAN DAERAH KABUPATEN/KOTA
    a. Perencanaan, Penganggaran, dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah.
    b. Administrasi Keuangan Perangkat Daerah.
    c. Administrasi Kepegawaian Perangkat Daerah.
    d. Pemeliharaan Barang Milik Daerah Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah.
    e. Peningkatan Pelayanan BLUD.

Rencana program, kegiatan, kelompok sasaran dan pendanaan indikatif dan indikator kinerja RSUD Prembun yang secara langsung menunjukkan kinerja yang akan dicapai dalam tahun 2021-2026 sebagaimana pada Tabel 5.2

Sumber dana untuk pelaksanan program, kegiatan yang sudah ditetapkan direncanakan dari APBD, DID, DAK Fisik Bidang Kesehatan. Selama 3 (tiga) tahun operasional, BLUD RSUD Prembun masih mendapatkan subsidi dari Pemerintah Daerah

maupun Pemerintah Pusat, walaupun subsidi tersebut dikurangi secara bertahap di setiap tahun penganggaran.

Kegiatan Perencanaan, Penganggaran, Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah dan Pemeliharaan Barang Milik Daerah Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah sejak tahun 2023 sudah tidak mendapatkan alokasi dari APBD, sehingga untuk pelaksanaan kegiatan tersebut menggunakan sumber dana PAD (pendapatan BLUD RSUD Prembun). Kegiatan Administrasi Keuangan Perangkat Daerah, Administrasi Kepegawaian Perangkat Daerah, Kegiatan Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Kewenangan Daerah Kabupaten/Kota, Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Rujukan Tingkat Daerah Kabupaten/Kota sampai dengan tahun berakhirnya renstra masih mendapatkan alokasi APBD.

Tabel 6.1 Rencana Program, Kegiatan, Sub Kegiatan, dan Pendanaan RSUD Prembun Tahun 2021-2026*

Tujuan	Sasaran	Program, Kegiatan dan Sub Kegiatan	Indikator Kinerja	Satuan	Indikator Kinerja Tujuan, Sasaran, Program, Kegiatan dan Sub Kegiatan		Target Kinerja Program dan Kerangka Pendanaan										Kondisi Kinerja pada Akhir Periode Renstra PD	
							Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024		Tahun 2025		Tahun 2026			
					Capaian Tahun 2020	Perkiraan Capaian 2021	Target	Rp	Target	Rp	Target	Rp	Target	Rp	Target	Rp	Target	Rp
Meningkatnya Kualitas dan Daya Saing Sumber Daya Manusia	Meningkatnya Kualitas Kesehatan Masyarakat dan Jangkauan Pelayanan Kesehatan	URUSAN PEMERINTAHAN BIDANG KESEHATAN					20%	54,503,037,000	20%	59,090,043,000	20%	62,468,423,000	20%	66,902,424,000	20%	68,875,043,000	100%	311,838,970,000
Menyediakan sumderdaya manusia rumah sakit yang berkualitas dan berdaya saing tinggi	Terwujudnya SDM RS yang kompeten	PROGRAM PENUNJANG URUSAN PEMERINTAHAN DAERAH KABUPATEN/KOTA	Persentase penunjang urusan pemerintahan daerah kabupaten/kota	%	100	100	100%	31,254,662,000	100%	34,795,199,000	100%	37,745,199,000	100%	40,695,199,000	100%	44,695,199,000	100%	189,185,458,000
	Terwujudnya SDM RS yang berkinerja tinggi																	
Mewujudkan pengelolaan keuangan yang akuntabel dan transpran	Terwujudnya pengelolaan keuangan dan aset yang akuntabel dan transparan.																	
		Perencanaan, Penganggaran, dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah	**Persentase Penyusunan dokumen Perencanaan, Penganggaran, dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah**	**%**	**0**	**100**	**100%**	**42,049,000**		-		-		-		-	**100%**	**42,049,000**
		Penyusunan Dokumen Perencanaan Perangkat Daerah	Jumlah Dokumen Perencanaan Perangkat Daerah yang Tersusun	Dok	-	4 Dok	4 Dok	42,049,000		-		-		-		-	4 Dok	42,049,000
		Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah	Jumlah Laporan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah	Dok	0	4 Dok	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Administrasi Keuangan Perangkat Daerah	**Persentase pemenuhan administrasi keuangan**	**%**	**0**	**100**	**100%**	**191,502,000**	**100%**	**100,000,000**	**100%**	**100,000,000**	**100%**	**100,000,000**	**100%**	**100,000,000**	**100%**	**591,502,000**

Tujuan	Sasaran	Program, Kegiatan dan Sub Kegiatan	Indikator Kinerja	Satuan	Indikator Kinerja Tujuan, Sasaran, Program, Kegiatan dan Sub Kegiatan		Target Kinerja Program dan Kerangka Pendanaan										Kondisi Kinerja pada Akhir Periode Renstra PD	
							Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024		Tahun 2025		Tahun 2026			
					Capaian Tahun 2020	Perkiraan Capaian 2021	Target	Rp	Target	Rp	Target	Rp	Target	Rp	Target	Rp	Target	Rp
		Pelaksanaan Penatausahaan dan Pengujian/Verifikasi Keuangan SKPD	Jumlah pegawai yang mendapatkan honor, uang lembur, dan pengelolaan administrasi keuangan	orang	0	30 Orang	30 Orang	191,502,000	30 Orang	100,000,000	30 Orang	100,000,000	30 Orang	100,000,000	30 Orang	100,000,000	120 Orang	591,502,000
		Koordinasi dan penyusunan laporan keuangan Bulanan/Triwulanan/Semesteran SKPD	Jumlah laporan keuangan RS yang disusun	Dok	0	12 Dok	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	-	-
		Administrasi Kepegawaian Daerah	**Persentase terlaksananya administrasi kepegawaian**	**%**	**0**	**100**	**100%**	**210,000,000**	**25%**	**100,000,000**	**100%**	**50,000,000**		-		-	**100%**	**360,000,000**
		Pendidikan dan pelatihan pegawai berdfasarkan tugas dan fungsi	Jumlah SDM yang memperoleh Pendidikan dan pelatihan pegawai berdfasarkan tugas dan fungsi	orang	107 orang	50 Orang	50 Orang	210,000,000	25 Orang	100,000,000	25 Orang	50,000,000		-		-	100 Orang	360,000,000
		Pemeliharaan barang milik daerah penunjang urusan Pemerintah Daerah	**Persentase Barang Milik Daerah Penunjang Urusan Pemerintahah Daerah terpelihara**	**%**	**100**	**100**	**100%**	**216,000,000**		-	-	-	-	-	-	-	**100%**	**216,000,000**
		Penyediaan jasa pemeliharaan , biaya pemeliharaan, dan Perizinan kendaraan Dinas Operasional atau Lapangan	Jumlah unit Kendaraan Dinas Operasional atau Lapangan	unit	23 unit	7 unit	23 unit	126,000,000		-		-		-		-	23 unit	126,000,000
		Pemeliharaan peralatan dan mesin lainnya	Jumlah unit Peralatan dan Mesin Lainnya terpelihara (PC, Laptop, Printer, Scanner, Kabel), jumlah unit peralatan mesin lainnya (RS Prembun)	unit	2 paket	2 paket	150 unit	90,000,000		-		-		-		-	150 unit	90,000,000
		Peningkata Pelayanan BLUD	**Jumlah Kegiatan BLUD**	**10 keg**	**10 keg**	**10 keg**	**10 keg**	**30,595,111,000**	**10 keg**	**34,595,199,000**	**10 keg**	**37,595,199,000**	**10 keg**	**40,595,199,000**	**10 keg**	**44,595,199,000**	**10 keg**	**187,975,907,000**

Tujuan	Sasaran	Program, Kegiatan dan Sub Kegiatan	Indikator Kinerja	Satuan	Indikator Kinerja Tujuan, Sasaran, Program, Kegiatan dan Sub Kegiatan		Target Kinerja Program dan Kerangka Pendanaan										Kondisi Kinerja pada Akhir Periode Renstra PD	
							Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024		Tahun 2025		Tahun 2026			
					Capaian Tahun 2020	Perkiraan Capaian 2021	Target	Rp	Target	Rp	Target	Rp	Target	Rp	Target	Rp	Target	Rp
		Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	Jumlah kegiatan RSUD Prembun	keg	9 keg	9 keg	9 Keg	30,595,111,000	9 Keg	34,595,199,000	9 Keg	37,595,199,000	9 Keg	40,595,199,000	9 Keg	44,595,199,000	45 Keg	187,975,907,000
Mewujudkan pelayanan kesehatan rujukan spesialistik yang bermutu	Terwujudnya kemudahan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan rujukan spesialistik yang terstandar	PROGRAM PEMENUHAN UPAYA KESEHATAN PERORANGAN DAN UPAYA KESEHATAN MASYARAKAT	Persentase capaian SPM Kesehatan (SPM RS)	%	70,48	81,90	83,81	23,248,375,000	84,76	24,294,844,000	85,71	24,723,224,000	86,67	26,207,225,000	87,62	24,179,844,000	87,62	122,653,512,000
	Terwujudnya organisasi rumah sakit yang andal dan unggul.																	
Mewujudkan pelayanan yang efektif dan efisien serta ramah lingkungan.	Terwujudnya pelayanan kesehatan rujukan spesialistilk yang terjangkau																	
	Terwujudnya pelayanan yang menerapkan Teknologi Informasi Kesehatan (TIK) terintegrasi																	
	Terwujudnya pelayanan kesehatan rumah sakit ramah lingkungan.																	
		Kegiatan Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk UKM dan UKP	**Persentase fasilitas pelayanan kesehatan tersedia dan terpelihara**	**%**	**100**	**100**	**100%**	**11,577,411,000**	**100%**	**13,143,314,000**	**100%**	**13,018,687,000**	**100%**	**12,159,052,000**	**100%**	**12,187,105,000**	**100%**	**62,085,569,000**

Tujuan	Sasaran	Program, Kegiatan dan Sub Kegiatan	Indikator Kinerja	Satuan	Indikator Kinerja Tujuan, Sasaran, Program, Kegiatan dan Sub Kegiatan		Target Kinerja Program dan Kerangka Pendanaan										Kondisi Kinerja pada Akhir Periode Renstra PD	
							Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024		Tahun 2025		Tahun 2026			
					Capaian Tahun 2020	Perkiraan Capaian 2021	Target	Rp	Target	Rp	Target	Rp	Target	Rp	Target	Rp	Target	Rp
		Kewenangan Daerah Kabupaten/Kota																
		Rehabilitasi dan pemeliharaan RS	Jumlah paket rehabilitasi	paket	5	5 paket	5 paket	945,300,000	5 Paket	800,000,000	5 Paket	800,000,000	5 Paket	750,000,000	5 Paket	750,000,000	25 Paket	4,045,300,000
		Rehabilitasi dan pemeliharaan Rumah dinas tenaga kesehatan	Jumlah paket Rehabilitasi dan pemeliharaan Rumah dinas tenaga kesehatan	paket	5	5 unit	5 unit	20,000,000	5 unit	20,000,000	5 unit	20,000,000	5 unit	20,000,000		0	20 Unit	80,000,000
		Pembangunan Rumah Dinas Tenaga Kesehatan	Jumlah paket Pembangunan Rumah Dinas Tenaga Kesehatan	paket	0	0	0	-	0	0	0	0	-	0	1 paket	1,000,000,000	1 paket	1,000,000,000
		Pengembangan Rumah Sakit	Jumlah paketPengembangan Rumah Sakit	paket	0	0	0	-	2 paket	1,865,262,000	1 paket	1,531,634,000	1 paket	1,060,000,000	1 paket	788,105,000	5 paket	5,245,001,000
		Pengadaan Prasarana dan Pendukung Fasilitas Pelayanan Kesehatan	Jumlah paket Pengadaan Prasarana dan Pendukung Fasilitas Pelayanan Kesehatan	paket	2	2	8 paket	1,783,058,000	8 paket	1,500,000,000	8 paket	1,500,000,000	8 paket	1,500,000,000	8 paket	1,500,000,000	40 paket	7,783,058,000
		Pengadaan Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Pelayanan Kesehatan	Jumlah paket Pengadaan Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Pelayanan Kesehatan	paket	6 paket	6 paket	6 paket	8,829,053,000	8 paket	8,958,052,000	5 paket	9,167,053,000	5 paket	8,829,052,000	5 paket	8,149,000,000	29 paket	43,932,210,000
		Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Rujukan Tingkat Daerah Kabupaten/Kota	**Prosentase Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Rujukan Tingkat Daerah Kabupaten/Kota**	**%**	**100**	**100**	**100**	**11,670,964,000**	**100**	**11,151,530,000**	**100**	**11,704,537,000**	**100**	**12,048,173,000**	**100**	**11,992,739,000**	**100**	**58,567,943,000**
		Pengelolaan Upaya Kesehatan Khusus	Jumlah Kegiatan Pengelolaan Pelayanan Kesehatan Khusus	keg	2 keg	3 Jenis, 200 org, 2 keg	2 keg	407,764,000	2 keg	250,000,000	2 keg	250,000,000	2 keg	250,000,000	2 keg	225,000,000	10 keg	1,382,764,000

Tujuan	Sasaran	Program, Kegiatan dan Sub Kegiatan	Indikator Kinerja	Satuan	Indikator Kinerja Tujuan, Sasaran, Program, Kegiatan dan Sub Kegiatan		Target Kinerja Program dan Kerangka Pendanaan										Kondisi Kinerja pada Akhir Periode Renstra PD	
							Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024		Tahun 2025		Tahun 2026			
					Capaian Tahun 2020	Perkiraan Capaian 2021	Target	Rp	Target	Rp	Target	Rp	Target	Rp	Target	Rp	Target	Rp
		Operasional pelayanan Rumah Sakit	Jumlah pegawai Non PNS dan THL yg mendapatkan gaji	orang	9 keg	9 keg	343 orang	11,263,200,000	343 orang	10,901,530,000	343 orang	11,454,537,000	343 orang	11,798,173,000	343 orang	11,767,739,000	1715 orang	57,185,179,000
		Pelaksanaan Akreditasi Fasilitas Kesehatan di Kabupaten/Kota	Jumlah Fasilitas Kesehatan Yang Mendapatkan Pendampingan Akreditasi	Faskes	0	3 keg		-		-		-		-		-		-
		Penyelenggaraan Sistem Informasi Kesehatan secara Terintegrasi	**Persentase Sistem Informasi Kesehatan terintegrasi**	**~~%~~**	**0**	**100**		**-**		**0**		**0**	**100%**	**2,000,000,000**		**0**	**100%**	**2,000,000,000**
		Pengadaan Alat/Perangkat Sistem Informasi Kesehatan dan Jaringan Internet	Jumlah paket Sik	paket	0	0	0	-	0	0	0	0	1 Paket	2,000,000,000	-	0	1 paket	2,000,000,000

Keterangan: * Rencana Program, Kegiatan, Sub Kegiatan, dan Pendanaan RSUD Prembun Tahun 2021-2026 mengacu pada Renstra Dinas Kesehatan Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencena yang tertuang pada tabel 6.1

Dari dua program yang akan dilaksanakan di RSUD Prembun, RSUD Prembun menjadikan Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat sebagai program unggulan dan telah direncanakan beberapa pengembangan layanan selama tahun 2021-2026 dengan *timeline* sebagaimana Tabel 6.2

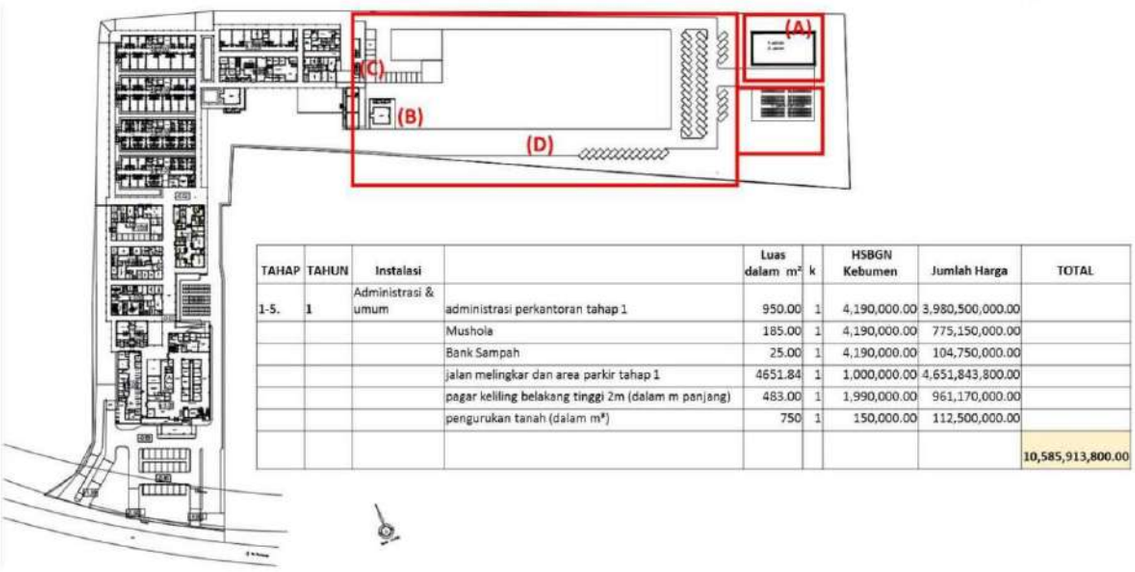
Tabel 6.2 Rencana Pengembangan Layanan di RSUD Prembun Tahun 2021-2026

NO	JENIS LAYANAN/PENGEMBANGAN	TAHUN PENGEMBANGAN					
		2021	2022	2023	2024	2025	2026
1.	Klinik nyeri						
2.	E-RM Rawat Jalan : Tahap 1						
3.	E-*receipt* Rawat Jalan Tahap 1:						
4.	Pengembangan layanan Rehabilitasi Medik (okupasi terapi dan terapi wicara)						
5.	Klinik Konsultasi Gizi						
6.	Layanan spesialis paru						
7.	Layanan hemodialisis						
8.	Layanan spesialis kulit kelamin						
9.	Klinik Tumbuh Kembang						
10.	Pengembangan bangsal jiwa						
11.	Layanan spesialis jantung						
12.	Rintisan Rawat Inap Intensif Terpadu						
13.	RS Mampu PONEK (Pelayanan Obsteri Neonatal Emergensi Komprehensif)						
14.	Bangsal Penyakit Neurologi						
15.	Klinik Psikologi						
16.	Rawat Jalan Terpadu						
17.	Klinik Estetika						
18.	Layanan spesialis rehabilitasi medik						
19.	E-RM Rawat Inap : Tahap 2						
20.	E-*receipt* Rawat Inap: Tahap 2						
21.	Pengembangan Instalasi Bedah Sentral (IBS) isolasi dan non isolasi						
22.	Pengembangan layanan spesialis gigi mulut						
23.	Rintisan bangsal penyakit infeksi emergensi dan reemergensi (PINERE)						
24.	Klinik Bedah Syaraf						
25.	Klinik Akupuntur						

Layanan pengembangan yang direncanakan pada tahun 2021-2026 akan mempengaruhi pengembangan sarana, prasarana dan fisik gedung bangunan RSUD Prembun. RSUD Prembun telah menyusun master plan pengembangan rumah sakit sampai 15 tahun ke depan yang mempunyai ruang lingkup:

a. Kompilasi data dan analisis kondisi umum;
b. Master Program dan Fungsi;
c. Rencana Block Plan dan Konsep Utilitas; dan
d. Rencana Pentahapan Pembangunan Pengembangan RSUD Prembun (fisik bangunan, sarana prasarana rumah sakit, dan pembiayaan).

Berdasarkan *masterplan* yang telah disusun, secara umum pembangunan fisik gedung bangunan RSUD Prembun direncanakan secara bertahap dengan konsep tumbuh dan berkembang. Adapun rencana pembangunan fisisk Gedung RSUD Prembun pada tahun 2021-2026 bersifat gradual, bertahap dan seefektif mungkin sehingga kegiatan pelayanan yang berlangsung di dalamnya sebisa mungkin tidak terganggu. Pada tahap awal, yaitu antara tahun 2021-2022, fokus pengembangan RSUD Prembun adalah untuk mempersiapkan perluasan poliklinik ke Lantai II bangunan eksisting, persiapan pembuatan Gedung Hemodialisis, pengurukan tanah di lahan pengembangan dan pembuatan jalan melingkar *site*. Pembangunan Gedung Baru Administrasi Dan Perkantoran harus dilakukan agar dapat memindahkan ruang-ruang perkantoran di Lantai II dan melakukan perluasan poliklinik ke Lantai II Gedung Poliklinik. Pembangunan gedung mushola baru juga harus dilakukan untuk mempersiapkan lahan bagi pembangunan Gedung Hemodialisis. Pada tahap awal ini juga akan dilakukan pembangunan pagar belakang dan samping di lahan pengembangan, Bank Sampah dan TPS untuk memindahkan TPS eksisting agar dapat dibuka dan dibuat jalan melingkar tembus ke lahan pengembangan beserta fasilitas parkir untuk mendukung Gedung Administrasi yang baru.

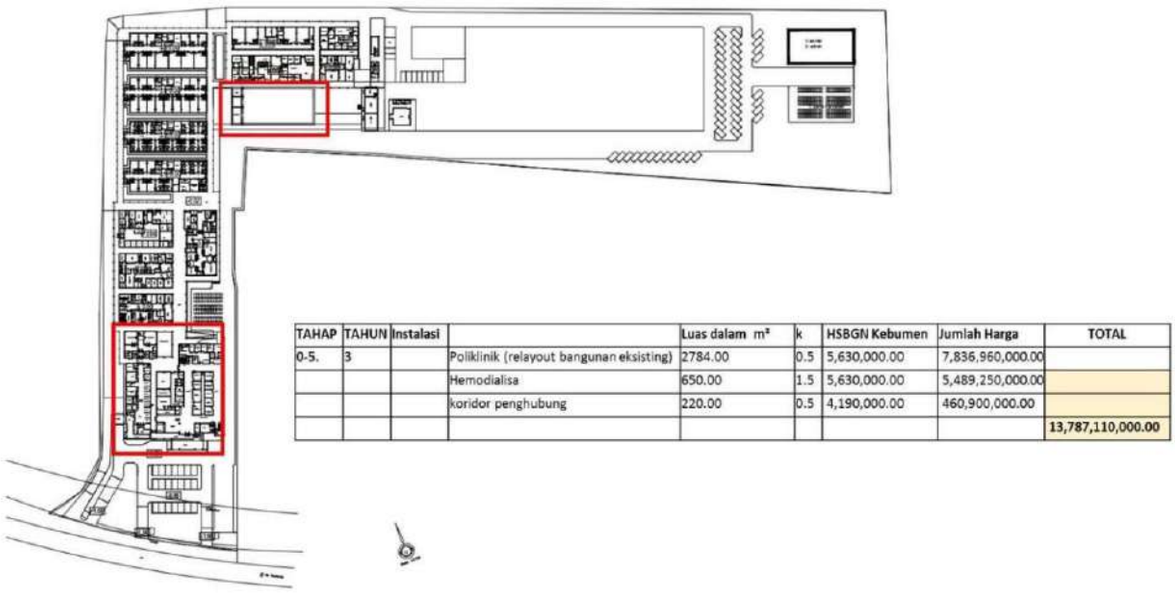


TAHAP	TAHUN	Instalasi		Luas dalam m²	k	HSBGN Kebumen	Jumlah Harga	TOTAL
1-5.	1	Administrasi & umum	administrasi perkantoran tahap 1	950.00	1	4,190,000.00	3,980,500,000.00	
			Mushola	185.00	1	4,190,000.00	775,150,000.00	
			Bank Sampah	25.00	1	4,190,000.00	104,750,000.00	
			jalan melingkar dan area parkir tahap 1	4651.84	1	1,000,000.00	4,651,843,800.00	
			pagar keliling belakang tinggi 2m (dalam m panjang)	483.00	1	1,990,000.00	961,170,000.00	
			pengurukan tanah (dalam m³)	750	1	150,000.00	112,500,000.00	
								10,585,913,800.00

Sumber: Laporan Akhir Masterplan Pengembangan Rumah Sakit

Gambar 6.1 Rencana Pembangunan Fisik RSUD Prembun Tahap 1 Tahun ke-1 (Tahun 2022-2023)

Setelah pembangunan Gedung Baru Administrasi selesai dan pemindahan manajemen dari Lantai II Gedung Poliklinik ke gedung baru, maka proses *relayout* Gedung Poliklinik dapat dilakukan. Klinik Rehabilitasi Medik dipindahkan sementara ke Lantai II untuk poli TB MDR, Ruang Sputum dan ruang tunggu khusus pasien TB di ruang eks-Rehabilitasi Medis. Pemindahan Rehabilitasi Medis di lantai 2 menambah kapasitas bed terapi menjadi 5 TT, 2 bed Akupuntur serta ruang terapi okupasi. Penataan ulang Lantai I untuk mengurangi penumpukan pasien di pintu masuk dengan cara memindahkan Ruang Sampel Laboratorium ke eks-Rehabilitasi Medik agar satu *layer* vertikal dengan laboratorium di atasnya, memindahkan Ruang Kasir berdekatan dengan konter bank BPD, dan memindahkan *Nurse Station* ke sisi pendaftaran. Setelah poliklinik di Lantai II dapat dimanfaatkan, maka poliklinik tambahan pada koridor dapat dibongkar sehingga koridor dikembalikan fungsinya seperti awal dan untuk optimalisasi sirkulasi udara serta pencahayaan alami. Di tahap ini juga dilakukan pembangunan Gedung Hemodialisis secara paralel di lahan eks-mushola. Gedung Hemodialisis ini juga terdapat Depo Apotek Rawat Inap dan administrasi rawat inap.



TAHAP	TAHUN	Instalasi		Luas dalam m²	k	HSBGN Kebumen	Jumlah Harga	TOTAL
0-5.	3		Poliklinik (relayout bangunan eksisting)	2784.00	0.5	5,630,000.00	7,836,960,000.00	
			Hemodialisa	650.00	1.5	5,630,000.00	5,489,250,000.00	
			koridor penghubung	220.00	0.5	4,190,000.00	460,900,000.00	
								13,787,110,000.00

Sumber: Laporan Akhir Masterplan Pengembangan Rumah Sakit

Gambar 6.2 Rencana Pembangunan Fisik RSUD Prembun Tahap 1 Tahun ke-3 (Tahun 2024-2026)



Sumber: Laporan Akhir Masterplan Pengembangan Rumah Sakit

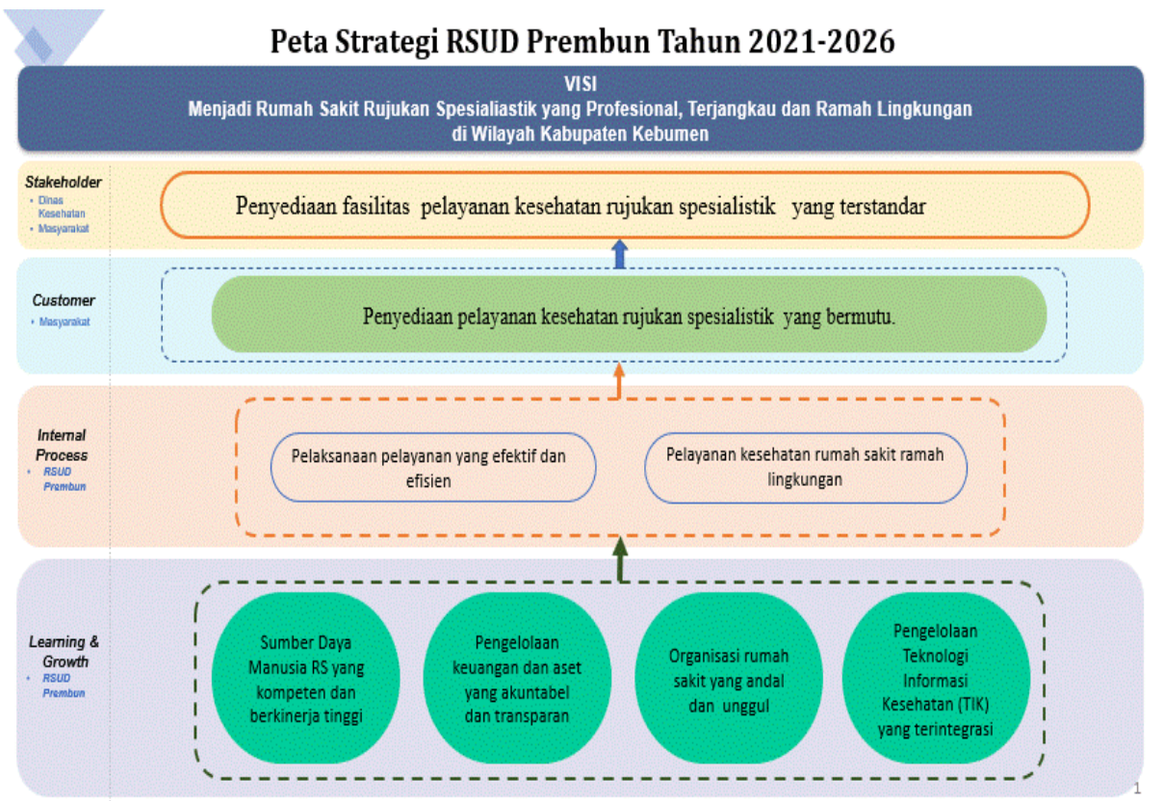
Gambar 6.3 Rencana *Relayout* Poliklinik Lantai 1 dan Lantai 2

BAB VII

KINERJA PENYELENGGARAAN BIDANG KESEHATAN

Kinerja penyelenggaraan pemerintahan daerah adalah keberhasilan pencapaian visi dan misi daerah dari sisi keberhasilan penyelenggaraan pemerintahan daerah, khususnya dalam memenuhi kinerja pada aspek kesejahteraan, layanan, dan daya saing yang ditetapkan dalam Indikator Kinerja Utama Pemerintahan Daerah. Penetapan indikator kinerja daerah bertujuan untuk memberi gambaran tentang ukuran keberhasilan pencapaian visi dan misi Bupati dan Wakil Bupati sampai pada akhir periode masa jabatan. Hal ini ditunjukan dari akumulasi pencapaian indikator *outcome* program pembangunan daerah setiap tahun atau indikator capaian yang bersifat mandiri setiap tahun sehingga kondisi kinerja yang diinginkan pada akhir periode RPJMD dapat dicapai.

Kinerja penyelenggaraan bidang urusan kesehatan diukur menggunakan indikator kinerja utama Dinas Kesehatan Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana (DKP2KB) yang tertuang dalam dokumen Renstra DKP2KB Tahun 2021-2026. RSUD Prembun sebagai Unit Pelaksana Teknis Daerah dari DKP2KB menetapkan indikator kinerja utama berdasarkan peta strategis yang telah ditetapkan sebagaimana Gambar 7.1.



Gambar 7.1 Peta Strategi RSUD Prembun Tahun 2021

Berdasarkan Peta Strategi tersebut RSUD Prembun menetapkan 13 (tiga belas) Indikator Kinerja Utama. Indikator kinerja utama ditetapkan dalam rangka pengukuran dan peningkatan kinerja serta lebih meningkatkan akuntabilitas kinerja di RSUD Prembun dengan berpedoman pada metode *Balance Scorecard (*BSC). Indikator kinerja utama

RSUD Prembun ditetapkan dalam rangka mendukung tercapainya indikator kinerja utama daerah dan indikator kinerja utama DKP2KB.

A. INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU) DAERAH

Pemilihan dan penetapan IKU Daerah Kabupaten Kebumen mempertimbangkan ketercapaian visi misi daerah dan arah kebijakan strategis, kelaziman indikator makro pada bidang tertentu, kebutuhan informasi kinerja untuk penyelenggaraan akuntabilitas kinerja daerah dan bidang kewenangan, tugas, fungsi dan peran lainnya.

Ada delapan indikator kinerja utama (IKU) Daerah Kabupaten Kebumen yang akan dicapai pada tahun 2021-2026 ;

1. Indeks Reformasi Birokrasi
2. Opini BPK atas Laporan Keuangan Pemerintah Daerah
3. **Indeks Pembangunan Manusia**
4. Pertumbuhan Ekonomi
5. Ketimpangan Pendapatan (ukuran Bank Dunia)
6. Tingkat Kemiskinan
7. Indeks Infrastruktur dan Lingkungan Hidup
8. Indeks Kesalehan Sosial.

Dari kedelapan IKU Daerah tersebut, yang terkait dengan tugas pokok dan fungsi Dinas Kesehatan dan RSUD Prembun adalah Indeks Pembangunan Manusia.

B. INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU) URUSAN KESEHATAN KABUPATEN KEBUMEN TAHUN 2021-2026

Untuk mendukung pencapaian indikator kinerja utama Pemerintah Daerah Kabupaten Kebumen, sebagai Satuan Perangkat Daerah yang menangani urusan kesehatan, pada Dinas Kesehatan Kabupaten telah ditetapkan IKU Urusan pada tahun 2021-2026 adalah **Persentase Capaian SPM Kesehatan**.

C. INDIKATOR KINERJA PENYELENGGARAAN URUSAN PEMERINTAHAN KABUPATEN KEBUMEN TAHUN 2021-2026

Selain bertanggungjawab terhadap pencapaian IKU Urusan, Dinas Kesehatan juga bertanggungjawab terhadap pencapaian indikator kinerja penyelenggaraan urusan Pemerintahan Kabupaten Kebumen Tahun 2021-2026 sebagai berikut:

1. Aspek Kesejahteraan Masyarakat
    a. Indeks Pembangunan Manusia
    b. Angka harapan Hidup
    c. Indeks Kepuasan Masyarakat
2. Aspek Pelayanan Umum Bidang Kesehatan

a. Persentase Capaian SPM Bidang Kesehatan

b. Persentase Tenaga Kesehatan yang Lulus Uji Kompetensi

c. Persentase Produk Pangan PIRT yang tersertifikasi

d. Persentase Capaian PHBS Tingkat Kabupaten

D. INDIKATOR KINERJA UTAMA PELAYANAN RUMAH SAKIT

Untuk memperoleh gambaran mengenai tingkat pencapaian sasaran ataupun tujuan RSUD Prembun sebagai penjabaran visi, misi, dan strategi RSUD Prembun yang mengindikasikan tingkat keberhasilan dan kegagalan pelaksanaan kegiatan-kegiatan sesuai dengan program dan kebijakan yang ditetapkan, berikut ini diuraikan mengenai indikator kinerja utama dan indikator kinerja penunjang RSUD Prembun Tahun 2021-2026.

1. Indikator Kinerja Rumah Sakit

Berikut ini disajikan tabel tujuan, sasaran, dan indikator kinerja utama (IKU) RS yang ditetapkan berdasarkan 4 perspektif, yaitu:

Tabel 7.1 Tujuan, Sasaran, dan Indikator Kinerja Utama (IKU) RSUD Prembun

Visi: Menjadi Rumah Sakit Rujukan Spesialistik yang Profesional, Terjangkau, dan Ramah lingkungan di Wilayah Kabupaten Kebumen			
Perspektif	Misi/ Tujuan/ Sasaran		Indikator
Customer Perspektif	Misi 1	Menyelenggarakan pelayanan kesehatan rujukan spesialistik yang bermutu.	
	Tujuan 1.1	Mewujudkan pelayanan kesehatan rujukan spesialistik yang bermutu	Indeks Kepuasan Masyarakat
Stakeholder Perspective	Sasaran 1.1.1	Terwujudnya fasilitas pelayanan kesehatan rujukan spesialistik yang terstandar	Persentase ketersediaan sarana dan prasarana sesuai dengan standar Kelas C
Learning and Growth Perspektif	Sasaran 1.1.2	Terwujudnya organisasi rumah sakit yang andal dan unggul	Akreditasi Rumah Sakit
Internal Process Perspective	Misi 2	Menyelenggarakan pelayanan efektif dan efisien serta ramah lingkungan	
	Tujuan 2.1	Mewujudkan pelayanan efektif dan efisien serta ramah lingkungan.	Kinerja BLUD
	Sasaran 2.1.1	Terwujudnya pelayanan kesehatan rujukan spesialistik yang terjangkau	BOR
	Sasaran 2.1.2	Terwujudnya pelayanan yang menerapkan Teknologi Informasi Kesehatan (TIK) terintegrasi	Presentase kemampuan komunikasi data (interoperabilitas)
	Sasaran 2.1.3	Terwujudnya rintisan rumah sakit ramah lingkungan	Skor Penerapan RS Ramah Lingkungan
Learning and Growth Perspektif	Misi 3	Menyediakan sumber daya manusia (SDM) rumah sakit yang berkualitas dan berdaya saing tinggi	
	Tujuan 3.1	Mewujudkan sumber daya manusia (SDM) rumah sakit yang berkualitas dan berdaya saing tinggi	Indeks Kualitas SDM RS
	Sasaran 3.1.1	Terwujudnya SDM RS yang kompeten	Persentase karyawan yang mendapat peningkatan kapasitas dan kapabilitas (diklat/workshop/bintek/dll)
	Sasaran 3.1.2	Terwujudnya SDM RS yang berkinerja tinggi	Presentase karyawan dengan pencapaian sasaran kinerja pegawai minimal baik

	Misi 4	Melaksanakan pengelolaan keuangan dan aset rumah sakit yang akuntabel dan transparan	
	Tujuan 4.1	Mewujudkan pengelolaan keuangan dan aset rumah sakit yang akuntabel dan transparan.	Opini laporan keuangan
	Sasaran 4.1.1	Terwujudnya pengelolaan keuangan dan aset yang akuntabel dan transparan.	Indeks Kinerja Pelaksanaan Anggaran
			Presentase aset rumah sakit dalam kondisi baik

Berikut ini merupakan penjabaran dari masing-masing IKU pada Tabel 7.1:

1. Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)

   RSUD Prembun melakukan pengukuran Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) dengan berpedoman pada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2017 Tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik.

   Indikator Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) di ukur setiap bulan, indikator IKM dinilai untuk mengukur perspektif *Stakeholder dan Customer* dengan menilai kepuasan pelanggan pada 9 (sembilan) unsur pelayanan, yaitu:

   a. Persyaratan;
   b. Sistem, mekanisme, dan prosedur;
   c. Waktu penyelesaian;
   d. Biaya/tarif;
   e. Produk spesifikasi jenis pelayanan;
   f. Kompetensi pelaksana;
   g. Perilaku pelaksana;
   h. Penanganan pengaduan, saran, dan masukan; dan
   i. Sarana dan prasarana.

2. Persentase ketersediaan sarana dan prasarana sesuai dengan standar Kelas C

   Rumus:

$$\text{Persentase ketersediaan sarana dan prasarana sesuai dengan standar Kelas C} = \frac{\text{Jumlah sarana dan prasarana yang ada}}{\text{Jumlah sarana dan prasarana yang dibutuhkan yang sesuai kelas RS}} \; x \; 100\%$$

   Penjelasan:

   Pengolahan data/parameter yang digunakan menggunakan data ASPAK (Aplikasi Sarana dan Prasarana Alat Kesehatan) dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Indikator ini diukur setiap bulan.

3. Akreditasi Rumah Sakit

   Sesuai Permenkes No. 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit setiap Rumah Sakit wajib melakukan akreditasi paling lama setelah beroperasi 2 (dua) tahun sejak memperoleh izin operasional untuk pertama kali. Akreditasi diselenggarakan secara berkala paling sedikit setiap 3 (tiga) tahun sekali.

   Penilaian status akreditasi rumah sakit adalah sebagai berikut:

a) Dasar
b) Madya
c) Utama
d) Paripurna

4. Kinerja BLUD

Penilaian kinerja BLUD Rumah Sakit merupakan amanat Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum serta Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah.

Indikator evaluasi kinerja BLUD merujuk pada Peraturan Deputi Kepala Badan Pengawasan Keuangan Dan Pembangunan Bidang Akuntan Negara Nomor 2 Tahun 2019 Tentang Petunjuk Teknis Evaluasi Kinerja Rumah Sakit Daerah Badan Layanan Umum Daerah. Adapun aspek evaluasi kinerja BLUD meliputi aspek keuangan, aspek pelayanan, aspek mutu dan manfaat kepada masyarakat. Perhitungan skor kinerja BLUD dilampirkan pada Lampiran 3.

Kategori Kinerja BLUD adalah sebagai berikut:

Baik, terdiri dari:
AAA apabila total skor (TS) >95
AA apabila 80 <TS ≤ 95
A apabila 65< TS ≤ 80
Sedang, terdiri dari:
BBB apabila 50 < TS ≤ 65
BB apabila 40 < TS ≤ 50
B apabila 30 < TS ≤ 40
Buruk, terdiri dari:
CC apabila 15< TS <30
C apabila capaian skor aspek keuangan kurang dari 50%

Kinerja BLUD dievaluasi setiap satu tahun sekali.

5. *Bed Occupancy Rate* (BOR)

Rumus:

$$\text{BOR} = \frac{\text{Jumlah hari perawatan}}{\text{Jumlah hari x tempat tidur}}\ x\ 100\%$$

Penjelasan:

BOR menggambarkan tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit, berdasarkan persentase pemakaian tempat tidur per hari selama setahun (365 hari). BOR dihitung dari total hari perawatan selama satu tahun dibagi dengan

jumlah hari dalam setahun (365 hari) dikalikan jumlah tempat tidur. Nilai parameter BOR yang ideal adalah antara 60-80%. BOR diukur setiap bulan.

6. Persentase Kemampuan Komunikasi Data (*Interoperabilitas*)

   Menurut Permenkes RI No. 82 Tahun 2013 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Pasal 5 dinyatakan bahwa SIMRS harus dapat diintegrasikan dengan program Pemerintah dan Pemerintah Daerah serta merupakan bagian dari sistem informasi kesehatan. Pengintegrasian dilaksanakan dalam bentuk komunikasi data (*interoperabilitas*).

   SIMRS harus memiliki kemampuan komunikasi data (*interoperabilitas*) dengan:

   a. Sistem Informasi Manajemen dan Akuntansi Barang Milik Negara/Daerah (SIMAK BMN/ SIMAK BMD);
   b. Pelaporan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS);
   c. Indonesia *Case Base Group's* (INACBG's);
   d. Aplikasi lain yang dikembangkan oleh Pemerintah; dan
   e. Sistem informasi manajemen fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.

   Indikator ini diukur setiap bulan.

   Rumus:

$$\text{Persentase Kemampuan Komunikasi Data (}\textit{Interoperabilitas}\text{)} = \frac{\text{Jumlah sistem atau aplikasi yang telah terintegrasi dengan SIMRS}}{\text{Jumlah sistem atau aplikasi yang seharusnya terintegrasi dengan SIMRS}} x\ 100\%$$

7. Skor Penerapan Rumah Sakit Ramah Lingkungan

   Rumah sakit ramah lingkungan dinlilai dari empat aspek yaitu kebijakan rumah sakit di desain ramah lingkungan, kebijakan rumah sakit dibangun/ direnovasi berprinsip ramah lingkungan, kebijakan operasional rumah sakit berprinsip ramah lingkungan, dan kebijakan pemeliharaan rumah sakit berprinsip ramah lingkungan. Indikator ini dihitung setiap tiga bulan sekali (triwulanan).

   Berikut merupakan penilaian skor penerapan rumah sakit ramah lingkungan:

Aspek yang dinilai	Kriteria Penialian		
	Ada dan dijalankan	Ada tidak dijalankan	Tidak ada
Kebijakan RS di desain ramah lingkungan	0,25	0,125	0

Kebijakan RS dibangun/ direnovasi berprinsip ramah lingkungan	0,25	0,125	0
Kebijakan operasional RS berprinsip ramah lingkungan	0,25	0,125	0
Kebijakan pemeliharaan RS berprinsip pada ramah lingkungan	0,25	0,125	0
Total Skor	1	0,5	0

8. Indeks Kualitas SDM RS

Indeks kualitas SDM Rumah Sakit diniliai dari beberapa aspek, antara lain:

a) Presentase petugas layanan tertentu yang bersertifikat (IGD, IRI, HD, dll)
b) Presentase petugas lulus uji asesmen kompetensi dengan nilai minimal kelulusan 70%
c) Presentase petugas ber-STR aktif
d) Presentase petugas yang mendapatkan pelatihan minimal 20 jam pertahun
e) Presentase kehadiran pegawai
f) Presentase pegawai sebagai inovator dalam inovasi pelayanan/ pegawai yang mendapat penghargaan minimal tingkat kabupaten

Indikator ini dihitung setiap tiga bulan sekali (triwulanan). Skor penilaian indeks kualitas SDM Rumah Sakit dapat dilihat pada tabel berikut:

Aspek yang dinilai	Bobot	Nilai maksimal
Presentase petugas layanan tertentu yang bersertifikat (IGD, IRI, HD, dll)	10%	100
Presentase petugas lulus uji asesmen kompetensi dengan nilai minimal kelulusan 70%	25%	100
Presentase petugas ber-STR aktif	25%	100
Presenatse petugas yang mendapatkan pelatihan minimal 20 jam pertahun	10%	100
Presentase kehadiran pegawai	28%	100
Presenatse pegawai sebagai inovator dalam inovasi pelayanan	2%	100
Total	100%	100

Keterangan:

Indeks Kualitas SDM Rumah Sakit dikategorikan sebagai berikut:

a. Sangat baik (A), apabila nilai KSDMRS lebih dari 89
b. Baik (B), apabila nilai KSDMRS lebih dari 79 s/d 89
c. Cukup (C) , apabila nilai KSDMRS lebih dari 70 s/d 79
d. Kurang (D), apabila nilai KSDMRS < 70

Contoh perhitungan:

Indeks kualitas SDM RS	Bobot	Nilai	Bobot x Nilai
Petugas layanan tertentu yang bersertifikat (IGD/IRI/HD/PPI dll)	10%	70	7
Petugas lulus uji kompetensi	25%	90	22,5
Petugas ber-STR aktif	25%	100	25
Petugas yg mendapatkan pelatihan minimal 20 jam pertahun	10%	20	2
Tingkat kehadiran petugas	28%	100	28
Pegawai sebagai inovator dalam inovasi pelayanan	2%	0	0
	100%		84,5

9. Persentase karyawan yang mendapat peningkatan kapasitas dan kapabilitas

Rumus:

$$\text{Presentase karyawan yang mendapat peningkatan kapasitas dan kapabilitas} = \frac{\text{Jumlah karyawan yang mendapat peningkatan kapasitas dan kapabilitas}}{\text{Jumlah total karyawan}} \times 100\%$$

Penjelasan:

Indikator ini diukur setiap tiga bulan.

10. Presentase karyawan dengan pencapaian sasaran kinerja pegawai minimal baik

Rumus:

$$\text{Presentase karyawan dengan pencapaian sasaran kinerja pegawai minimal baik} = \frac{\text{Jumlah karyawan dengan pencapaian sasaran kinerja pegawai minimal baik}}{\text{Jumlah total karyawan}} \text{x } 100\%$$

Penjelasan:

Indikator ini diukur setiap tahun.

11. Opini laporan keuangan

Opini laporan keuangan dilakukan pengukuran setiap satu tahun. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara menyatakan bahwa opini atas laporan keuangan terbagi menjadi empat jenis:

a) Wajar Tanpa Pengecualian (WTP atau *Unqualified Opinion*)
b) Wajar Dengan Pengecualian (WDP atau *Qualified Opinion*)
c) Tidak Wajar (TW atau *Adverse Opinion*)
d) Tidak Memberikan Pendapat (TMP atau *Disclaimer Opinion*)

12. Indeks Kinerja Pelaksanaan Anggaran (IKPA)

Indeks kinerja pelaksanaan anggaran dinilai dari aspek kualitas perencanaan anggaran, kualitas pelaksanaan anggaran dan kualitas hasil pelaksanaan anggaran. Indikator ini dihitung setiap tiga bulan sekali (triwulanan). Adapun item yang dinilai dan skor penilaian dapat dilihat pada tabel berikut:

Aspek	Item	Bobot	Nilai Maksimal
Kualiatas perencanaan anggaran	Revisi RBA	10%	100
Kualitas pelaksanaan anggaran	Penyerapan anggaran	35%	100
	Realisasi pendapatan	15%	100
Kualitas hasil pelaksanaan anggaran	Capaian output	40%	100
Total		100%	100

Keterangan:

Indeks Kinerja Pelaksanaan Anggaran (IKPA) dikategorikan sebagai berikut:

a. Sangat baik (A), apabila nilai IKPA lebih dari 89
b. Baik (B), apabila nilai IKPA lebih dari 79 s/d 89
c. Cukup (C) , apabila nilai IKPA lebih dari 70 s/d 79
d. Kurang (D), apabila nilai IKPA < 70

Contoh perhitungan Indeks Kinerja Pelaksanaan Anggaran (IKPA) adalah sebagai berikut:

Aspek	Item	Bobot	Nilai	Bobot x Nilai
Kualitas perencanaan anggaran	Revisi RBA	10%	50	5
Kualitas pelaksanaan anggaran	Penyerapan anggaran	35%	90	31,5
	Realisasi pendapatan	15%	100	15
Kualitas hasil pelaksanaan anggaran	Capaian Output	40%	100	40
Total		100%		91,5

13. Presentase aset rumah sakit dalam kondisi baik

Perhitungan presentase aset rumah sakit dalam kondisi baik dihitung dengan rumus:

$$\text{Presentase aset rumah sakit dalam kondisi baik} = \frac{\text{Jumlah aset rumah sakit dalam kondisi baik}}{\text{Jumlah total aset rumah sakit}} \text{ x } 100\%$$

Berikut ini merupakan target pencapaian IKU RSUD Prembun Tahun 2021-2026:

Tabel 7.2 Target Pencapaian IKU RSUD Prembun Tahun 2021-2026

Misi/ Tujuan/ Sasaran		Indikator	Satuan	Kondisi Awal 2021	Target					Kondisi Akhir 2026
					2022	2023	2024	2025	2026	
Misi 1	Menyelenggarakan pelayanan kesehatan rujukan spesialistik yang bermutu.									
Tujuan 1.1	Mewujudkan pelayanan kesehatan rujukan spesialistik yang bermutu	Indeks Kepuasan Masyarakat	Nilai Konversi	A	A	A	A	A	A	A
Sasaran 1.1.1	Terwujudnya fasilitas pelayanan kesehatan rujukan spesialistik yang terstandar	Persentase ketersediaan sarana dan prasarana sesuai dengan standar Kelas C	%	67.5	70	72.5	75	77.5	80	80
Sasaran 1.1.2	Terwujudnya organisasi rumah sakit yang andal dan unggul	Akreditasi Rumah Sakit	Status	Utama	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna	Paripurna
Misi 2	Menyelenggarakan pelayanan efektif dan efisien serta ramah lingkungan									
Tujuan 2.1	Mewujudkan pelayanan efektif dan efisien serta ramah lingkungan.	Kinerja BLUD	Nilai Konversi	A	A	A	A	A	A	A
Sasaran 2.1.1	Terwujudnya pelayanan kesehatan rujukan yang terjangkau	BOR	%	47.28	65%	67.5%	70%	72.5%	75%	75%
Sasaran 2.1.2	Terwujudnya pelayanan yang menerapkan Teknologi Informasi Kesehatan (TIK) terintegrasi	Presentase kemampuan komunikasi data (interoperabilitas)	%	60	80%	80%	80%	80%	80%	80%
Sasaran 2.1.3	Terwujudnya rintisan rumah sakit ramah lingkungan	Skor Penerapan RS Ramah Lingkungan	Skor nilai	-	0.5	0.75	0.75	0.75	1	1
Misi 3	Menyediakan sumber daya manusia (SDM) rumah sakit yang berkualitas dan berdaya saing tinggi									

Tujuan 3.1	Mewujudkan sumber daya manusia (SDM) rumah sakit yang berkualitas dan berdaya saing tinggi	Indeks Kualitas SDM RS	Indeks	83,24	84,20	85,28	85,78	86,28	86,78	86,78
Sasaran 3.1.1	Terwujudnya SDM RS yang kompeten	Persentase karyawan yang mendapat peningkatan kapasitas dan kapabilitas (diklat/workshop/bintek/dll)	%	35	60	62.5	65	67.5	70	70
Sasaran 3.1.2	Terwujudnya SDM RS yang berkinerja tinggi	Presentase karyawan dengan pencapaian sasaran kinerja pegawai minimal baik	%	98	100	100	100	100	100	100
Misi 4	Melaksanakan pengelolaan keuangan dan aset rumah sakit yang akuntabel dan transparan									
Tujuan 4.1	Mewujudkan pengelolaan keuangan dan aset rumah sakit yang akuntabel dan transparan.	Opini laporan keuangan	Status	WTP	WTP	WTP	WTP	WTP	WTP	WTP
Sasaran 4.1.1	Terwujudnya pengelolaan keuangan dan aset yang akuntabel dan transparan.	Indeks Kinerja Pelaksanaan Anggaran	Indeks	-	89,5	89,5	89,5	89,5	89,5	89,5
		Presentase aset rumah sakit dalam kondisi baik	%	-	95	95	95	95	95	95

2. SPM Rumah Sakit

Indikator SPM di ukur setiap tiga bulan sekali. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit dihitung dengan rumus sebagai berikut:

Rumus:

$$\text{Persentase janji layanan sesuai dengan standar pelayanan minimum (SPM)} = \frac{\text{Jumlah indikator SPM tercapai}}{\text{Jumlah total indikator SPM}} \text{ x } 100\%$$

Standar Pelayanan Minimal (SPM) RS, merupakan acuan bagi Rumah Sakit dalam penyediaan pelayanan kesehatan yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan, dan kualitas pelayanan umum yang diberikan oleh rumah sakit. Pemerintah Daerah menetapkan standar pelayanan minimal rumah sakit, dengan mempertimbangkan kualitas layanan, pemerataan, dan kesetaraan layanan serta kemudahan untuk mendapatkan layanan yang tertuang dalam Renstra BLUD Rumah Sakit.

Standar Pelayanan Minimal RSUD Prembun mengacu pada keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang memuat jenis indikator dan standar pencapaian kinerja pelayanan rumah sakit. Adapun jenis pelayanan rumah sakit yang wajib disediakan oleh RSUD Prembun adalah:

a. Pelayanan Gawat Darurat;
b. Pelayanan Rawat Jalan;
c. Pelayanan Rawat Inap;
d. Pelayanan Bedah Sentral;
e. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi;
f. Pelayanan Intensif;
g. Pelayanan Radiologi;
h. Pelayanan Laboratorium;
i. Pelayanan Rehabilitasi Medik;
j. Pelayanan Farmasi;
k. Pelayanan Gizi;
l. Pelayanan Transfusi Darah;
m. Pelayanan Keluarga Miskin;
n. Pelayanan Rekam Medik;
o. Pelayanan Pengelolaan Limbah;
p. Pelayanan Administrasi dan Manajemen;
q. Pelayanan Ambulan/Kereta Jenazah;
r. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah;
s. Pelayanan Pemeliharaan Rumah Sakit;

t. Pelayanan Laundry; dan

u. Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.

Penjabaran mengenai indikator dan target masing-masing indikator pada Tahun 2021-2026 untuk setiap pelayanan dijabarkan di dalam Lampiran 1.

BAB VIII
PENUTUP

Rencana Strategis (Renstra) RSUD Prembun Tahun 2021-2026 disusun dalam rangka mendukung kebijakan Kepala Daerah sebagaimana tertuang dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Kabupaten Kebumen Tahun 2021-2026, dan juga mendukung Renstra Dinas Kesehatan Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana (DKP2KB) Kabupaten Kebumen Tahun 2021-2026. Rencana Strategis ini merupakan dokumen yang memuat apa yang akan diubah, apa yang akan dicapai, apa yang akan dikerjakan/apa yang akan dihasilkan, dan apa yang akan digunakan untuk bekerja di RSUD Prembun selama 5 (lima) tahun ke depan.

Renstra dipakai sebagai pedoman bagi RSUD Prembun dalam menyusun dokumen perencanaan tahunan (Rencana Bisnis dan Anggaran) dan sekaligus sebagai pedoman dalam pelaksanaan, pengawasan, monitoring dan evaluasi pembangunan di RSUD Prembun selama kurun waktu 5 (lima tahun) ke depan.

Pelaksanaan Rencana Strategis RSUD Prembun Tahun 2017-2021 memerlukan kerjasama dan peran aktif dari seluruh civitas hospitalia RSUD Prembun serta dukungan dari *stakeholder* terkait.

A. KAIDAH PELAKSANAAN

Rencana Strategis RSUD Prembun Tahun 2021-2026 adalah dokumen perencanaan makro yang berwawasan lima tahun ke depan dan memuat tugas dan fungsi RSUD Prembun, gambaran umum, visi dan misi, program dan kegiatan serta rencana pengembangan RSUD Prembun dalam jangka waktu lima tahun ke depan. Rencana Strategis ini akan digunakan sebagai pedoman oleh Direktur dalam menyusun Rencana Kerja setiap 1 (satu) tahun sekali dengan memperhatikan kaidah-kaidah pelaksanaan Renstra sebagai berikut:

1. Rencana Strategis RSUD Prembun Tahun 2021 -2026 berisi visi RSUD Prembun untuk 5 (lima) tahun ke depan. Untuk mencapai visi tersebut diperlukan empat misi yang dilaksanakan secara sinergis dan dijabarkan dalam sasaran, tujuan, strategi, dan arah kebijakan serta indikator keberhasilan di setiap tahap pencapaiannya;
2. Rencana Strategis RSUD Prembun Tahun 2021-2026 dalam pelaksanaannya dijabarkan dalam RBA (Rencana Bisnis dan Anggaran) RSUD Prembun yang berdimensi waktu 1 (satu) tahunan pada tahun 2021-2026;
3. Segenap civitas hospitalia RSUD Prembun dan seluruh *stakeholder* yang berkepentingan berkewajiban untuk mewujudkan visi dengan berpedoman pada

arah kebijakan pada masing-masing tahap satu tahunan berdasarkan fungsi yang diemban RSUD Kabupaten Kebumen dengan sebaik-baiknya; dan

4. Seluruh lapisan masyarakat Kabupaten Kebumen diharapkan ikut berpartisipasi aktif sebagai pengguna sekaligus pengawas dalam pelaksanaan kebijakan dan program/kegiatan pembangunan untuk mencapai visi yang telah ditetapkan.

B. PEDOMAN TRANSISI

Dalam rangka menjaga kesinambungan pembangunan, diperlukan adanya pedoman untuk dijadikan acuan dalam menyusun Renstra tahun 2027. Sebagaimana diketahui, tahun 2026 adalah tahun terakhir RPJMD Kabupaten Kebumen Tahun 2021-2026 dan pada saat itu RPJMD periode berikutnya belum disusun. Untuk itu, penyusunan RKPD Kabupaten Kebumen Tahun 2027 berpedoman pada sasaran pokok dan arah kebijakan RPJPD Kabupaten Kebumen Tahun 2025-2045, RPJMN Tahun 2025-2029, RKP Tahun 2027. Atas dasar tersebut, periode penyusunan Renstra RSUD Prembun mengikuti periode penyusunan RPJMD, RPJMN, dan Renstra Dinas Kesehatan Pengendalian Penduduk Dan Keluarga Berencana (DKP2KB).

RSUD Prembun dalam melaksanakan penyusunan Renstra Tahun 2027 sesuai dengan jadwal yang ditetapkan oleh peraturan perundang-undangan dengan mengimplementasikan berbagai pendekatan proses perencanaan agar perencanaan yang berkualitas dapat terwujud. Salah satu agenda penyusunan renstra yaitu menyelesaikan permasalahan yang belum seluruhnya tetangani/terselesaikan sampai dengan tahun 2026, selain untuk menjawab isu-isu strategis tahun berikutnya, program prioritas atau program unggulan, dan lain-lain.

DAFTAR PUSTAKA

Badan Perencanaan dan Penelitian dan Pengembangan Kabupaten Kebumen. 2021. *Dokumen Kajian Lingkungan Hidup Strategis (KLHS) RPJMD Kabupaten Kebumen 2021-2026*. Kebumen.

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. 2019. *Rencana Strategis Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2018-2023*. Semarang.

DKP2KB Kabupaten Kebumen. 2021. *Renstra (Rencana Strategis) Tahun 2021-2026 Dinas Kesehatan Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana (DKP2KB)*. Kebumen.

Muhardi, dkk. 2020. *STRATEGIC MANAGEMENT Rencana Srategi Bisnis Rumah Sakit*. Bandung: Refika Aditama

Peraturan Daerah Kabupaten Kebumen Nomor 23 Tahun 2012 tentang Rencana Tata Ruang Wilayah Kabupaten Kebumen Tahun 2011-2031.

Peraturan Daerah Kabupaten Kebumen Nomor 7 Tahun 2021 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Kabupaten Kebumen Tahun 2021-2026.

Peraturan Deputi Kepala Badan Pengawasan Keuangan Dan Pembangunan Bidang Akuntan Negara Nomor 2 Tahun 2019 Tentang Petunjuk Teknis Evaluasi Kinerja Rumah Sakit Daerah Badan Layanan Umum Daerah.

Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 86 Tahun 2017 Tentang Tata Cara Perencanaan, Pengendalian Dan Evaluasi Pembangunan Daerah, Tata Cara Evaluasi Rancangan Peraturan Daerah Tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah Dan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah, Serta Tata Cara Perubahan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah, Dan Rencana Kerja Pemerintah Daerah.

Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 79 Tahun 2018 Tentang Badan Layanan Umum Daerah.

Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 90 Tahun 2019 Tentang Klasifikasi, Kodefikasi, Dan Nomenklatur Perencanaan Pembangunan Dan Keuangan Daerah Dengan Rahmat Tuhan Yang Maha Esa Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia.

Peraturan Pemerintah No 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumasakitan.

PT. Multi Data Kontinum. 2021. *Laporan Akhir Penyusunan Studi Kelayakan (Feasibility Study) Pengembangan Rumah Sakit Umum Daerah Prembun*. Yogyakarta.

RS Prof. Dr. Sulianti Saroso. 2019. *Rencana Strategi Bisnis Tahun 2020-2024*. Jakarta.

RSUD Muntilan Kabupaten Magelang. 2019. *Rencana Strategis Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan Kabupaten Magelang Tahun 2019-2024*. Magelang.

RSUD Prembun. 2021. *Profil Kesehatan RSUD Prembun Tahun 2020*. Kebumen.

Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit

LAMPIRAN

Lampiran 1

Indikator dan Target Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) RSUD Prembun Tahun 2021-2026

No	Jenis Pelayanan/Kode	Indikator/Kode	Satuan	Target Pencapaian Indikator Standar Pelayanan Minimal							Penanggung Jawab (Bidang/ Bagian)
				Kondisi Awal 2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Gawat Darurat (01)	1. Kemampuan menangani *lifesaving* di Instalasi Gawat Darurat	%	100	100	100	100	100	100	100	Bidang Pelayanan
		2. Jam buka pelayanan gawat darurat	%	100	100	100	100	100	100	100	Bidang Pelayanan
		3. Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat *Basic Life Support* / Pelatihan Penanggulangan Kegawatdaruratan / *General Emergency Life Support* / *Advance Cardiac Life Support*/ *Advance of Trauma Life Support*									Bidang Pelayanan dan Bagian Tata Usaha
		a. Dokter	%	100	100	100	100	100	100	100	
		b. Perawat	%	100	100	100	100	100	100	100	
		4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana	%	100	100	100	100	100	100	100	Bidang Pelayanan dan Bagian Tata Usaha
		5. Waktu tanggap pelayanan Dokter di Instalasi Gawat Darurat ≤ 5 menit	%	98,31	100	100	100	100	100	100	Bidang Pelayanan
		6. Kematian pasien ≤ 24 jam di Instalasi Gawat Darurat	‰	0,4	2	2	2	2	2	2	Bidang Pelayanan

No	Jenis Pelayanan/Kode	Indikator/Kode	Satuan	Target Pencapaian Indikator Standar Pelayanan Minimal							Penanggung Jawab (Bidang/ Bagian)
				Kondisi Awal 2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
		7. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	%	100	100	100	100	100	100	100	Bidang Keuangan
		8. Kepuasan Pelanggan	%	85	90	90	90	90	90	90	Bidang Pelayaan
2	Rawat Jalan (02)	1. Pemberi Pelayanan di Klinik Spesialis oleh Dokter Spesialis	%	100	100	100	100	100	100	100	Bidang Pelayanan
		2. Ketersediaan Pelayanan Spesialis Anak, Spesialis Bedah, Spesialis Penyakit Dalam dan Spesialis Kandungan	%	100	100	100	100	100	100	100	Bidang Pelayanan
		3. Ketersediaan pelayanan rawat jalan jiwa di rumah sakit	%	100	90	100	100	100	100	100	Bidang Pelayanan
		4. Jam buka pelayanan jam 08.00 sampai dengan 13.00 WIB	%	100	100	100	100	100	100	100	Bidang Pelayanan
		5. Waktu tunggu di Rawat Jalan ≤ 60 menit	%	90	100	100	100	100	100	100	Bidang Pelayanan
		6. Kepuasan Pelanggan	%	91	90	90,5	91	91,5	92	92,5	Bidang Pelayanan
		7. Pasien Rawat jalan Tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS	%	100	100	100	100	100	100	100	Bidang Pelayanan
		8. Ketersediaan pelayanan VCT (*Voluntary Councelling and Testing*)	%	0	100	100	100	100	100	100	Bidang Pelayanan
3	Rawat Inap (03)	1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap									Bidang Pelayanan
		a. Dokter Spesialis	%	100	100	100	100	100	100	100	
		b. Perawat minimal D3	%	100	100	100	100	100	100	100	Bidang Pelayanan

No	Jenis Pelayanan/Kode	Indikator/Kode	Satuan	Target Pencapaian Indikator Standar Pelayanan Minimal							Penanggung Jawab (Bidang/ Bagian)
				Kondisi Awal 2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
		2. Ketersediaan pelayanan rawat inap minimal	%	100	100	100	100	100	100	100	Bidang Pelayanan
		3. Jam Visite Dokter Spesialis	%	100	100	100	100	100	100	100	Bidang Pelayanan
		4. Kejadian Infeksi Pasca Operasi	%	0,02	1,5	1	0,75	0,75	0,5	0,5	Bidang Pelayanan
		5. Kejadian Infeksi Nosokomial	%	0,02	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	Bidang Pelayanan
		6. Angka Kematian > 48 jam	‰	0,001	0,24	0,24	0,24	0,24	0,24	0,24	Bidang Pelayanan
		7. Kejadian Pulang Paksa	%	0,99	2	2	1,5	1,5	1	1	Bidang Pelayanan
		8. Kepuasan pelanggan rawat inap	%	96	90	92	93	93	94	94	Bidang Pelayanan
		9. Pasien Rawat Inap Tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS									
		a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan Mikroskopis TB	%	100	90	100	100	100	100	100	
		b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	%	100	100	100	100	100	100	100	
		10. Ketersediaan pelayanan rawat inap di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa	%	75	50	75	75	75	75	75	Bidang Pelayanan

No	Jenis Pelayanan/Kode	Indikator/Kode	Satuan	Target Pencapaian Indikator Standar Pelayanan Minimal							Penanggung Jawab (Bidang/ Bagian)
				Kondisi Awal 2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
		11. Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri	%	100	100	100	100	100	100	100	Bidang Pelayanan
		12. Kejadian pasien gangguan jiwa tidak kembali dalam perawatan dalam waktu ≤ 1 bulan (tidak mengalami *re-admission)*	%	100	100	100	100	100	100	100	Bidang Pelayanan
		13. Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa ≤ 6 minggu	Minggu	1	2	2	2	2	2	2	Bidang Pelayanan
4.	Pelayanan Bedah Sentral (04)	1. Waktu tunggu operasi elektif	Hari	4	1	1	1	1	1	1	Bidang Pelayanan
		2. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	%	100	100	100	100	100	100	100	Bidang Pelayanan
		3. Kejadian kematian di meja operasi	%	0	0	0	0	0	0	0	Bidang Pelayanan
		4. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	%	100	100	100	100	100	100	100	Bidang Pelayanan
		5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	%	100	100	100	100	100	100	100	Bidang Pelayanan
		6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	%	100	100	100	100	100	100	100	Bidang Pelayanan
		7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan endotrakeal tube	%	1	2	2	2	2	2	2	Bidang Pelayanan

No	Jenis Pelayanan/Kode	Indikator/Kode	Satuan	Target Pencapaian Indikator Standar Pelayanan Minimal							Penanggung Jawab (Bidang/ Bagian)
				Kondisi Awal 2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
5.	Pelayanan Persalinan dan Perinatalogi (05)	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan									Bidang Pelayanan
		a. Perdarahan	%	0	1	1	1	1	1	1	
		b. Pre-eklampsi / eklampsi	%	0	24	24	24	24	24	24	
		c. Sepsis	%	0	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	
		2. Pemberi pelayanan persalinan normal	%	92	100	100	100	100	100	100	Bidang Pelayanan
		3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	%	100	100	100	100	100	100	100	Bidang Pelayanan
		4. Pertolongan Persalinan melalui *Seksio Caesaria*	%	35,87	20	20	20	20	20	20	Bidang Pelayanan
		5. Kemampuan menangani Berat Bayi Lahir Rendah 1500 – 2500 gr	%	94	100	100	100	100	100	100	Bidang Pelayanan
		6. Pelayanan Keluarga Berencana Mantap yang Dilakukan oleh Tenaga yang Kompeten	%	80	90	100	100	100	100	100	Bidang Pelayanan
		7. Konseling Keluarga Berencana mantap	%	80	90	100	100	100	100	100	Bidang Pelayanan
		8. Kepuasan pelanggan	%	99,71	90	90	90	90	90	90	Bidang Pelayanan
		9. Kemampuan menangani bayi baru lahir dengan asfiksia	%	0	92	93	94	95	96	97	Bidang Pelayanan
6	Pelayanan Intensif (06)	1. Rata-rata pasien yang kembali ke Instalasi Rawat Intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	%	0,88	2	2	2	2	2	2	Bidang Pelayanan

No	Jenis Pelayanan/Kode	Indikator/Kode	Satuan	Target Pencapaian Indikator Standar Pelayanan Minimal							Penanggung Jawab (Bidang/ Bagian)
				Kondisi Awal 2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
		2. Pemberi pelayanan *Intensif Care Unit*									Bidang Pelayanan dan Bagian Tata Usaha
		a. Dokter Spesialis Anesthesi dan dokter spesialis yang sesuai kasus	%	100	100	100	100	100	100	100	
		b. Perawat bersertifikat	%	50	100	100	100	100	100	100	
7	Radiologi (07)	1. Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax ≤ 3 jam	%	85	90	90	90	95	95	95	Bidang Penunjang Medis dan Non Medis
		2. Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan oleh Dokter Spesialis Radiologi	%	96,4	100	100	100	100	100	100	Bidang Penunjang Medis dan Non Medis
		3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	%	0,8	1	1	1	1	1	1	Bidang Penunjang Medis dan Non Medis
		4. Kepuasan pelanggan	%	86,5	90	90	90	95	95	95	Bidang Penunjang Medis dan Non Medis
8	Pelayanan Laboratorium (08)	1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium kimia darah dan darah rutin ≤ 140 menit	%	100	100	100	100	100	100	100	Bidang Penunjang Medis dan Non Medis
		2. Pelaksana ekspertisi oleh Dokter Spesialis Patologi Klinik	%	100	100	100	100	100	100	100	Bidang Penunjang Medis dan Non Medis
		3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	%	100	100	100	100	100	100	100	Bidang Penunjang Medis dan Non Medis
		4. Kepuasan pelanggan	%	81,26	90	90	90	90	90	90	Bidang Penunjang Medis dan Non Medis

No	Jenis Pelayanan/Kode	Indikator/Kode	Satuan	Target Pencapaian Indikator Standar Pelayanan Minimal							Penanggung Jawab (Bidang/ Bagian)
				Kondisi Awal 2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
9	Pelayanan Rehabilitasi Medik (09)	1. Kejadian *Drop Out* pasien terhadap pelayanan rehabilitasi Medik yang direncanakan	%	1	20	20	20	15	15	15	Bidang Penunjang Medis dan Non Medis
		2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	%	100	100	100	100	100	100	100	Bidang Penunjang Medis dan Non Medis
		3. Kepuasan pelanggan	%	92	85	85	85	90	90	90	Bidang Penunjang Medis dan Non Medis
10	Pelayanan Farmasi (10)	1. Waktu tunggu hasil pelayanan obat jadi ≤ 30 menit	%	83,75	88	89	90	92	93	94	Bidang Penunjang Medis dan Non Medis
		2. Waktu tunggu hasil pelayanan obat racikan ≤ 60 menit	%	83,75	75	76	77	78	79	80	Bidang Penunjang Medis dan Non Medis
		3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	%	99,8	100	100	100	100	100	100	Bidang Penunjang Medis dan Non Medis
		4. Penulisan resep sesuai Formularium Nasional (Fornas)	%	86,83	100	100	100	100	100	100	Bidang Pelayanan Medis
		5. Kepuasan Pelanggan	%	90,58	95	95	95	95	95	95	Bidang Penunjang Medis dan Non Medis
11	Pelayanan Instalasi Gizi (11)	1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	%	100	98	100	100	100	100	100	Bidang Penunjang Medis dan Non Medis
		2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	%	19,99	12	12	12	10	10	10	Bidang Penunjang Medis dan Non Medis
		3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet	%	100	100	100	100	100	100	100	Bidang Penunjang Medis dan Non Medis
		4. Kepuasan pelanggan	%	90,5	91	91	91,5	91,5	92	92	Bidang Penunjang Medis dan Non Medis

No	Jenis Pelayanan/Kode	Indikator/Kode	Satuan	Target Pencapaian Indikator Standar Pelayanan Minimal							Penanggung Jawab (Bidang/ Bagian)
				Kondisi Awal 2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
12	Transfusi Darah (12)	1. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	%	95	100	100	100	100	100	100	Bidang Penunjang Medis dan Non Medis
		2. Kejadian reaksi transfusi	%	0	0	0	0	0	0	0	Bidang Penunjang Medis dan Non Medis
13	Pelayanan Keluarga Miskin (Gakin){13}	Pelayanan terhadap pasien keluarga miskin yang datang ke rumah sakit pada setiap unit pelayanan	%	100	100	100	100	100	100	100	Bidang Keuangan
14	Pelayanan Rekam medik (14)	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 (dua puluh empat) jam setelah selesai pelayanan (rawat jalan)	%	85	95	95	95	95	95	95	Bidang Pelayanan
		2. Kelengkapan pengisian rekam medik 2 x 24 jam setelah selesai pelayanan (rawat inap)	%	75	80	81	82	83	84	85	Bidang Pelayanan
		3. Kelengkapan *Informed Concent* setelah mendapatkan informasi yang jelas	%	85	100	100	100	100	100	100	Bidang Pelayanan
		4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan ≤ 10 menit	%	96,7	100	100	100	100	100	100	Bidang Pelayanan
		5. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap ≤ 15 menit	%	97,5	90	90	95	95	100	100	Bidang Pelayanan
15	Pelayanan Pengelolaan Limbah (15)	1. Baku mutu limbah cair									Bidang Penunjang Medis dan Non Medis
		a. BOD < 30 mg/l	%	100	100	100	100	100	100	100	
		b. COD < 80 mg/l	%	100	100	100	100	100	100	100	

No	Jenis Pelayanan/Kode	Indikator/Kode	Satuan	Target Pencapaian Indikator Standar Pelayanan Minimal							Penanggung Jawab (Bidang/ Bagian)
				Kondisi Awal 2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
		c. TSS < 30 mg/l	%	100	100	100	100	100	100	100	
		d. PH 6 – 9	%	100	100	100	100	100	100	100	
		2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	%	100	100	100	100	100	100	100	Bidang Penunjang Medis dan Non Medis
16	Pelayanan Administrasi dan Manajemen (16)	1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi	%	94,6	100	100	100	100	100	100	Bagian Tata Usaha
		2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	%	100	100	100	100	100	100	100	Bagian Tata Usaha
		3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	%	100	100	100	100	100	100	100	Bagian Tata Usaha
		4. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala	%	100	100	100	100	100	100	100	Bagian Tata Usaha
		5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	%	11	27	30	32,5	35	37,5	40	Bagian Tata Usaha
		6. Cost *recovery*	%	60	60	60	60	62,5	62,5	65	Bidang Keuangan
		7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	%	100	100	100	100	100	100	100	Bidang Keuangan
		8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap ≤ 2 jam	%	90	90	100	100	100	100	100	Bidang Keuangan
		9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	%	90	100	100	100	100	100	100	Bidang Keuangan
17	Ambulans/Mobil Jenazah (17)	1. Waktu pelayanan ambulans/Mobil Jenazah 24 Jam	%	100	100	100	100	100	100	100	Bagian Tata Usaha

No	Jenis Pelayanan/Kode	Indikator/Kode	Satuan	Target Pencapaian Indikator Standar Pelayanan Minimal							Penanggung Jawab (Bidang/ Bagian)
				Kondisi Awal 2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
		2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/mobil jenazah ≤ 30 menit	%	95	100	100	100	100	100	100	Bagian Tata Usaha
18	Pemulasaraan Jenazah (18)	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah ≤ 2 Jam	%	100	100	100	100	100	100	100	Bidang Penunjang Medis dan Non Medis
19	Pelayanan pemeliharaan sarana Rumah Sakit (19)	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat ≤ 15 menit	%	70	75	75	80	80	85	85	Bidang Penunjang Medis dan Non Medis
		2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai jadwal pemeliharaan alat	%	75	75	78	80	82	84	85	Bidang Penunjang Medis dan Non Medis
		3. Peralatan laboratorium dan alat ukur lain yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	%	86,4	95	95	95	95	95	95	Bidang Penunjang Medis dan Non Medis
20	Pelayanan Laundry (20)	1. Ketersediaan linen steril untuk ruang operasi	%	0	100	100	100	100	100	100	Bidang Penunjang Medis dan Non Medis
		2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	%	90	100	100	100	100	100	100	Bidang Penunjang Medis dan Non Medis
21	Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) {21}	1. Tersedianya anggota Tim Pencegah Pengendalian Infeksi (PPI) yang terlatih	%	12	80	80	80	85	85	85	Bidang Pelayanan
		2. Tersedia Alat Perlindungan Diri (APD) di setiap instalasi	%	90	100	100	100	100	100	100	Bidang Pelayanan
		3. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/HAI (*Health Care*	%	100	80	80	90	90	100	100	Bidang Pelayanan

No	Jenis Pelayanan/Kode	Indikator/Kode	Satuan	Target Pencapaian Indikator Standar Pelayanan Minimal							Penanggung Jawab (Bidang/ Bagian)
				Kondisi Awal 2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
		Associated Infection) di rumah sakit									

Lampiran 2

Petunjuk Teknis Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal RSUD Prembun

A. PELAYANAN GAWAT DARURAT

1. Kemampuan menangani *life saving* di Instalasi Gawat Darurat

   a. Dimensi Mutu

      Keselamatan.

   b. Tujuan

      Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam memberikan pelayanan gawat darurat.

   c. Definisi Operasional

      Life saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan *Airway*, *Breathing*, *Circulation* secara simultan.

   d. Cara Perhitungan

      1) Rumus

$$\text{Kemampuan menangani } \textit{life saving} \text{ di Intalasi Gawat Darurat} = \frac{\text{Jumlah pasien yang mendapat pertolongan } \textit{life saving} \text{ di Instalasi Gawat Darurat}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan Penanganan } \textit{life saving} \text{ di Instalasi Gawat Darurat}} \times 100\ \%$$

      2) Pembilang

         Jumlah pasien yang mendapat pertolongan *life saving* di Instalasi Gawat Darurat.

      3) Penyebut

         Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan penanganan *life saving* di Instalasi Gawat Darurat.

      4) Standar Nilai

         100 % (Presentase).

   e. Sumber data

      Rekam Medik di Instalasi Gawat Darurat.

   f. Langkah Kegiatan

      1) Pendataan pasien yang membutuhkan tindakan *life saving*;
      2) Penerapan dan pemutakhiran sistem TRIASE;
      3) Melengkapi peralatan *life saving*, *DC Shock*, *Syringe pump*;
      4) Audit kasus gawat darurat dengan unit terkait.

   g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

      Kepala Instalasi Gawat Darurat.

2. Jam buka pelayanan gawat darurat

   a. Dimensi Mutu

Keterjangkauan.

b. Tujuan

Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 jam di setiap Rumah Sakit.

c. Definisi Operasional

Jam buka pelayanan gawat darurat 24 jam adalah pelayanan gawat darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Jam buka pelayanan gawat darurat} = \frac{\text{Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan}}{\text{Jumlah hari dalam satu bulan}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan.

3) Penyebut

Jumlah hari dalam satu bulan.

4) Standar Nilai

100 % (Presentase).

a. Sumber data

Laporan bulanan Instalasi Gawat Darurat.

b. Langkah Kegiatan

1) Monitoring jam buka pelayanan;
2) Pembuatan jadwal jaga dokter dan perawat Instalasi Gawat Darurat;
3) Analisis data.

c. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Gawat Darurat.

3. Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat *Basic Life Support*/Pelatihan Penanggulangan Kegawatdaruratan / *General Emergency Life Support* / *Advance Cardiac Life Support*/ *Advance of Trauma Life Support*

a. Dimensi Mutu

Kompetensi teknis.

b. Tujuan

Tersedianya pelayanan gawat darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawatdaruratan.

c. Definisi Operasional

Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat *Basic Life Support* / Pelatihan Penanggulangan Kegawatdaruratan / *General*

Emergency Life Support / *Advance Cardiac Life Support* / *Advance of Trauma Life Support*.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat } \textit{Basic Life Support}\text{/ Pelatihan Penanggulangan Kegawatdaruratan/}\textit{General Emergency Life Support/ Advance of Cardiac Life Support /Advance of Trauma Life Support} = \frac{\text{Jumlah tenaga yang bersertifikat } \textit{Basic Life Support} \text{ / Pelatihan Penanggulangan Kegawatdaruratan / } \textit{General Emergency Life Support / Advance of Cardiac Life Support / Advance of Trauma Life Support}}{\text{Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan}} \text{ x } 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah tenaga yang bersertifikat *Basic Life Support* / Pelatihan Penanggulangan Kegawatdaruratan / *General Emergency Life Support* / *Advance of Cardiac Life Support* / *Advance of Trauma Life Support*.

3) Penyebut

Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan.

4) Standar Nilai

100 % (Presentase).

e. Sumber data

Sub bagian Kepegawaian.

f. Langkah Kegiatan

1) Maping kualifikasi pelatihan kegawatdaruratan yang pernah diikuti oleh dokter dan perawat Instalasi Gawat Darurat;

2) Mengirim pelatihan kegawatdaruratan untuk staf medis dan perawat Intalasi Gawat Darurat meliputi : *Basic Life Support*/ Pelatihan Penanggulangan Kegawatdaruratan/ *General Emergency Life Support* / *Advance of Cardiac Life Support* / *Advance of Trauma Life Support* dll.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Gawat Darurat.

4. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana

a. Dimensi Mutu

Efektifitas dan keselamatan.

b. Tujuan

Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana.

c. Definisi Operasional

Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu-waktu.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana} = \frac{\text{Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit}}{\text{1 (satu) tim penanggulangan bencana}} \text{ x } 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit.

3) Penyebut

1 (satu) tim penanggulangan bencana.

4) Standar Nilai

Satu tim, 100 % (Presentase)

e. Sumber data

Sub Bagian Kepegawaian

f. Langkah Kegiatan

1) Pelatihan penanggulangan bencana internal rumah sakit dan bersama dengan pihak terkait / lintas sektoral;
2) Simulasi penanggulangan bencana secara terpadu;
3) Melengkapi fasilitas penanggulangan bencana.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Gawat Darurat.

5. Waktu tanggap pelayanan dokter di Instalasi Gawat Darurat ≤ 5 menit

a. Dimensi Mutu

Keselamatan dan efektifitas.

b. Tujuan

Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat.

c. Definisi Operasional

Kecepatan pelayanan dokter di Instalasi Gawat Darurat adalah kecepatan sejak pasien itu datang sampai mendapat pelayanan dokter.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Waktu tanggap pelayanan dokter di Instalasi Gawat Darurat} = \frac{\text{Jumlah akumulasi pasien dengan } \textit{response time} \leq 5 \text{ menit pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah pasien yang menjadi sampel pada kurun waktu tertentu}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah akumulasi pasien dengan *respon time* ≤ 5 menit pada kurun waktu tertentu.

3) Penyebut

Jumlah pasien yang menjadi sampel pada kurun waktu tertentu, minimal 50.

4) Standar Nilai

≤ 5 menit , 100 % (prosentase).

e. Sumber data

Rekam Medik Intalasi Gawat Darurat dan wawancara dengan pasien dengan sampel minimal 50.

f. Langkah Kegiatan

1) *Review* dan pemantapan kembali tugas pokok dan fungsi dokter jaga Intalasi Gawat Darurat;

2) Penataan kembali jadwal dokter jaga Intalasi Gawat Darurat.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Gawat Darurat.

6. Kematian pasien ≤ 24 jam di Instalasi Gawat Darurat

a. Dimensi Mutu

Efektifitas dan keselamatan.

b. Tujuan

Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat.

c. Definisi Operasional

Kematian pasien ≤ 24 jam adalah kematian di Intalasi Gawat Darurat yang terjadi dalam 24 jam sejak pasien datang.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$= \frac{\text{Jumlah kematian di Instalasi Gawat Darurat} \leq 24 \text{ jam}}{} \times 1000‰$$

Kematian pasien ≤ 24 jam di Instalasi Gawat Darurat	Jumlah pasien yang ditangani di Intalasi Gawat Darurat

2) Pembilang

Jumlah kematian di Instalasi Gawat Darurat ≤ 24 jam.

3) Penyebut

Jumlah pasien yang ditangani di Instalasi Gawat Darurat.

4) Standar Nilai

≤ 2 per mil / ‰

e. Sumber data

Rekam Medik Instalasi Gawat Darurat.

f. Langkah Kegiatan

1) Menerapkan kembali sistem TRIASE;
2) Peningkatan fungsi konsultasi dengan dan antar spesialis.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Gawat Darurat.

7. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka

a. Dimensi Mutu

Akses dan keselamatan.

b. Tujuan

Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat.

c. Definisi Operasional

Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka} = \frac{\text{Jumlah pasien Instalasi Gawat Darurat yang tidak membayar uang muka}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang datang di Instalasi Gawat Darurat}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah pasien Instalasi Gawat Darurat yang tidak membayar uang muka.

3) Penyebut

Jumlah seluruh pasien yang datang di Instalasi Gawat Darurat.

4) Standar Nilai

100 % (presentase).

e. Sumber data

Rekam Medik Instalasi Gawat Darurat dan hasil observasi.

f. Langkah Kegiatan

1) Peningkatan informasi tentang pola tarif;
2) Sosialisasi prosedur pembayaran administrasi di RSUD Prembun dan peningkatan pengawasan.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Gawat Darurat.

8. Kepuasan Pelanggan

a. Dimensi Mutu

Kenyamanan.

b. Tujuan

Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan.

c. Definisi Operasional

Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat} = \frac{\text{Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien di Instalasi Gawat Darurat yang disurvei}}{\text{Jumlah seluruh pasien Instalasi Gawat Darurat yang disurvei (minimal n = 50)}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien di Instalasi Gawat Darurat yang disurvei.

3) Penyebut

Jumlah seluruh pasien Instalasi Gawat Darurat yang disurvei (minimal n = 50).

4) Standar Nilai

> 70 % (presentase).

e. Sumber data

Hasil Survei.

f. Langkah Kegiatan

1) Peningkatan keterampilan *customer service* kepada seluruh staf Instalasi Gawat Darurat;
2) Peningkatan sarana dan prasarana untuk menunjang pelayanan di Instalasi Gawat Darurat;
3) Peningkatan kesejahteraan staf Instalasi Gawat Darurat.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Gawat Darurat.

B. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Pemberi pelayanan di klinik spesialis oleh dokter spesialis

a. Dimensi Mutu

Kompetensi teknis.

b. Tujuan

Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten.

c. Definisi Operasional

Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis (untuk rumah sakit pendidikan dapat dilayani oleh dokter Program Pendidikan Dokter Spesialis sesuai dengan disiplin ilmu / *special previlige* yang diberikan).

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Pemberi pelayanan di klinik spesialis} = \frac{\text{Jumlah hari buka klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis}}{\text{Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah hari buka klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan.

3) Penyebut

Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam satu bulan.

4) Standar Nilai

100 % (presentase).

e. Sumber data

Register rawat jalan klinik spesialis.

f. Langkah Kegiatan

1) Peningkatan komitmen dokter spesialis;
2) Penambahan jumlah dan kualifikasi dokter spesialis;
3) Peningkatan kesejahteraan dokter spesialis dan seluruh karyawan.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Rawat Jalan.

2. Ketersediaan Pelayanan Spesialis Anak, Spesialis Bedah, Spesialis Penyakit Dalam dan Spesialis Kandungan

a. Dimensi Mutu

Akses.

b. Tujuan

Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di rumah sakit yaitu Spesialis Anak, Spesialis Bedah, Spesialis Penyakit Dalam dan Spesialis Kandungan.

c. Definisi Operasional

Pelayanan rawat jalan adalah layanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Ketersediaan pelayanan spesialis 4 besar} = \frac{\text{Jenis-jenis pelayanan rawat jalan yang ada}}{\text{Jenis pelayanan rawat jalan minimal yang harus ada}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jenis-jenis pelayanan rawat jalan yang ada di RSUD Prembun.

3) Penyebut

Jenis pelayanan rawat jalan minimal yang harus ada.

4) Standar Nilai

100 % (presentase).

e. Sumber data

Register rawat jalan klinik spesialis.

f. Langkah Kegiatan

1) Rekrutmen dokter spesialis ;

2) Penambahan jumlah dokter spesialis 4 (empat) besar sesuai kebutuhan.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Rawat Jalan.

3. Ketersediaan Pelayanan rawat jalan jiwa di rumah sakit

a. Dimensi Mutu

Akses.

b. Tujuan

Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan jiwa yang minimal harus ada di rumah sakit.

c. Definisi Operasional

Pelayanan rawat jalan jiwa adalah pelayanan rawat jalan spesialistik jiwa yang dilaksanakan di rumah sakit.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Ketersediaan pelayanan rawat jalan jiwa di rumah sakit} = \frac{\text{Jumlah jenis pelayanan rawat jalan jiwa yang ada}}{\text{Jumlah seluruh pelayanan rawat jalan jiwa}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah jenis pelayanan rawat jalan jiwa yang ada.

3) Penyebut

Jumlah seluruh pelayanan rawat jalan jiwa.

4) Standar Nilai

a. Narkotika Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA)
b. Gangguan Psikotik
c. Gangguan Neurotik
d. Mental Organik

e. Sumber data

Register rawat jalan.

f. Langkah Kegiatan

1) Peningkatan komitmen dokter spesialis;
2) Penambahan jumlah layanan rawat jalan jiwa sesuai kebutuhan.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Rawat Jalan.

4. Jam buka pelayanan jam 08.00 sampai dengan 13.00 WIB

a. Dimensi Mutu

Akses.

b. Tujuan

Kepastian waktu mulai pendaftaran di rumah sakit.

c. Definisi Operasional

Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pendaftaran di Instalasi Rawat Jalan.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Jam buka pelayanan} = \frac{\text{Jumlah hari pelayanan rawat jalan yang buka pendaftaran jam 08.00 WIB}}{\text{Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah hari pelayanan rawat jalan yang buka pendaftaran jam 08.00 WIB.

3) Penyebut

Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam 1 (satu) bulan.

4) Standar Nilai

100 % (presentase).

e. Sumber data

Rekam Medis pelayanan klinik spesialis.

f. Langkah Kegiatan

1) Peningkatan komitmen dokter spesialis;
2) Penambahan jumlah dokter spesialis 4 (empat) besar sesuai kebutuhan;
3) Peningkatan kesejahteraan dokter spesialis.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Rawat Jalan.

5. Waktu tunggu di rawat jalan ≤ 60 menit

a. Dimensi Mutu

Akses.

b. Tujuan

Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien.

c. Definisi Operasional

Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Waktu tunggu di rawat jalan} = \frac{\text{Jumlah pasien dengan waktu tunggu} \leq 60 \text{ menit dalam sampling}}{\text{Jumlah pasien yang disampling}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah pasien dengan waktu tunggu ≤ 60 menit dalam sampling.

3) Penyebut

Jumlah pasien yang disampling.

4) Standar Nilai

≤ 60 menit, 100 % (presentase)

e. Sumber data

Survei.

f. Langkah Kegiatan

1) Peningkatan komitmen dokter spesialis;
2) Penambahan jumlah dokter spesialis 4 (empat) besar sesuai kebutuhan;
3) Peningkatan kesejahteraan dokter spesialis.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Rawat Jalan.

6. Kepuasan pelanggan

a. Dimensi Mutu

Kenyamanan.

b. Tujuan

Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan.

c. Definisi Operasional

Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Kepuasan pelanggan pada rawat jalan} = \frac{\text{Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei}}{\text{Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei (minimal n=50)}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei.

3) Penyebut

Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei (minimal n=50).

4) Standar Nilai

≥ 90 % (presentase).

e. Sumber data

Survei.

f. Langkah Kegiatan

1) Peningkatan kompetensi karyawan rawat jalan;

2) Peningkatan sarana dan prasarana rawat jalan;
3) Peningkatan komunikasi dan informasi kepada pelanggan rawat jalan;
4) Evaluasi berkala tentang prosedur yang berlaku di rawat jalan.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Rawat Jalan dan Tim Mutu Rumah Sakit.

7. Pasien rawat jalan Tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS

a. Dimensi Mutu

Akses, efisisensi.

b. Tujuan

Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberculosis dengan strategi DOTS.

c. Definisi Operasional

Pelayanan rawat jalan tuberculosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakan diagnosis dan *follow up* pengobatan pasien tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosis, pengobatan harus menggunakan panduan obat anti tuberculosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberculosis nasional, dan semua pasien yang tuberculosis yang diobati dievaluasi secara *kohort* sesuai dengan penanggulangan nasional.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS} = \frac{\text{Jumlah semua pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS}}{\text{Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu 3 bulan}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah semua pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS.

3) Penyebut

Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu 3 bulan.

4) Standar Nilai

100 % (presentase).

e. Sumber data

Register rawat jalan, register TB 03 UPK, rekam medik.

f. Langkah Kegiatan
   1) Peningkatan kompetensi dokter dan perawat;
   2) Peningkatan sarana dan prasarana penunjang pelayanan rawat jalan;
   3) Pelatihan penanganan TB dengan strategi DOTS bagi seluruh petugas medis/paramedis.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

   Kepala Instalasi Rawat Jalan.

8. Ketersediaan Pelayanan VCT (*Voluntary Counselling and Testing*)

   a. Dimensi Mutu

      Akses, efisisensi.

   b. Tujuan

      Terselenggaranya pelayanan VCT di rumah sakit untuk pemeriksaan sukarela HIV/AIDS.

   c. Definisi Operasional

      Pelayanan VCT (*Voluntary Counselling and Testing*) adalah pelayanan di rumah sakit kepada masyarakat yang secara sukarela untuk melakukan konseling dan test HIV/AIDS.

   d. Cara Perhitungan
      1) Rumus

$$\text{Ketersediaan Pelayanan VCT (Voluntary Counselling and Testing)} = \frac{\text{Adanya pelayanan VCT}}{1} \times 100\%$$

      2) Pembilang

         Adanya pelayanan VCT

      3) Penyebut

         1

      4) Standar Nilai

         % (presentase).

   e. Sumber data

      Register rawat jalan, rekam medik.

   f. Langkah Kegiatan
      1) Peningkatan kompetensi dokter dan perawat Tim VCT;
      2) Peningkatan sarana dan prasarana penunjang pelayanan rawat jalan.

   g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

      Kepala Instalasi Rawat Jalan.

C. PELAYANAN RAWAT INAP

1. Pemberi pelayanan di rawat inap

   a. Dimensi Mutu

      Kompetensi teknik.

   b. Tujuan

      Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten.

   c. Definisi Operasional

      Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter spesialis dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3).

   d. Cara Perhitungan

      1) Rumus

$$\text{Pemberi pelayanan rawat inap} = \frac{\text{Jumlah dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai ketentuan}}{\text{Jumlah seluruh dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang di rawat Inap}} \times 100\%$$

      2) Pembilang

         Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan.

      3) Penyebut

         Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap.

      4) Standar Nilai

         100 % (presentase).

   e. Sumber data

      Kepegawaian.

   f. Langkah Kegiatan

      1) Pemberian bantuan biaya pendidikan bagi dokter dan perawat;
      2) Pemberlakuan sistem remunerasi yang menghargai tingkat pendidikan;
      3) Rekrutmen dokter spesialis dan perawat minimal D3 Keperawatan.

   g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

      Kepala Instalasi Rawat Inap.

2. Ketersediaan pelayanan rawat inap minimal

   a. Dimensi Mutu

      Akses.

   b. Tujuan

Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit, meliputi penyakit anak, penyakit dalam, bedah dan kebidanan.

c. Definisi Operasional

Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan kepada pasien tirah baring di rumah sakit. Pelayanan rawat inap minimal yang ada di rumah sakit yaitu penyakit dalam, bedah, anak dan kandungan / kebidanan.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Ketersediaan pelayanan rawat inap} = \frac{\text{Jumlah jenis pelayanan spesialistik yang ada}}{\text{Jumlah jenis pelayanan spesialistik minimal menurut Kementrian Kesehatan Republik Indonesia (4 spesialis dasar)}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kuantitatif).

3) Penyebut

Jumlah jenis pelayanan rawat inap spesialistik minimal menurut Kementrian Kesehatan Republik Indonesia (4 spesialis dasar).

4) Standar Nilai

100 % (persentase).

e. Sumber data

Register rawat inap.

f. Langkah Kegiatan

1) Monitoring dan evaluasi jenis pelayanan spesialistik;
2) Rekrutmen dokter spesialis tertentu bila dipandang perlu.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Rawat Inap.

3. Jam *Visite* Dokter Spesialis

a. Dimensi Mutu

Akses, kesinambungan pelayanan.

b. Tujuan

Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan.

c. Definisi Operasional

Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Jam visite dokter Spesialis} = \frac{\text{Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei}}{\text{Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei.

3) Penyebut

Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei.

4) Standar Nilai

100 % (prosentase).

e. Sumber data

Hasil survei.

f. Langkah Kegiatan

Monitoring dan evaluasi jam visite dokter.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Medik.

4. Kejadian Infeksi Pasca Operasi

a. Dimensi Mutu

Keselamatan, kenyamanan.

b. Tujuan

Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar.

c. Definisi Operasional

Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di rumah sakit yang ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor), dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Kejadian infeksi nosokomial} = \frac{\text{Jumlah pasien yang terkena infeksi pasca operasi}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang operasi}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan.

3) Penyebut

Jumlah seluruh pasien yang operasi dalam satu bulan.

4) Standar Nilai

≤ 1,5 % (persentase).

a. Sumber data

Rekam Medis.

b. Langkah Kegiatan

1) Peningkatan pengetahuan tentang pencegahan infeksi luka pasca operasi;
2) Peningkatan sarana dan penunjang pelayanan;
3) Survei ketaatan pada standar prosedur tindakan.

a. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala instalasi rawat inap / Ketua komite medik/ Ketua komite mutu.

5. Kejadian Infeksi Nosokomial

a. Dimensi Mutu

Keselamatan Pasien.

b. Tujuan

Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit.

c. Definisi Operasional

Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis dan infeksi luka operasi.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Kejadian infeksi nosokomial} = \frac{\text{Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam 1 (satu) bulan}}{\text{Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 (satu) bulan}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam 1 (satu) bulan.

3) Penyebut

Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 (satu) bulan.

4) Standar Nilai

≤ 1,5 % (presentase).

e. Sumber data

Survei, laporan infeksi nosokomial.

f. Langkah Kegiatan

1) Peningkatan pengetahuan tentang pencegahan infeksi nosokomial;
2) Peningkatan sarana dan penunjang pelayanan;
3) Survei ketaatan pada standar prosedur tindakan;
4) Pemberlakuan pembatasan jam besuk.

a. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Rawat Inap/Ketua Komite Medik/ Ketua Komite Mutu Rumah Sakit.

6. Angka kematian pasien > 48 jam

a. Dimensi Mutu

Keselamatan dan efektifitas.

b. Tujuan

Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif.

c. Definisi Operasional

Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam pasien dirawat inap.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Angka kematian pasien > 48 jam} = \frac{\text{Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam 1 (satu) bulan}}{\text{Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 (satu) bulan}} \times 1000‰$$

2) Pembilang

Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam 1 (satu) bulan.

3) Penyebut

Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 (satu) bulan

4) Standar Nilai

≤ 25 permil.

e. Sumber data

Rekam medis rawat inap.

f. Langkah Kegiatan

1) Peningkatan kompetensi dokter dan perawat;
2) Peningkatan sarana dan penunjang pelayanan rawat inap.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala instalasi rawat inap.

7. Kejadian Pulang Paksa

a. Dimensi Mutu

Efektifitas dan kesinambungan pelayanan.

b. Tujuan

Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas pelayanan rumah sakit.

c. Definisi Operasional

Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Angka kejadian pulang paksa} = \frac{\text{Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan.

3) Penyebut

Jumlah seluruh pasien yang dirawat inap dalam satu bulan.

4) Standar Nilai

≤ 5 % (persentase)

e. Sumber data

Rekam medis rawat inap.

f. Langkah Kegiatan

1) Peningkatan kompetensi dokter dan perawat;
2) Peningkatan sarana dan penunjang pelayanan rawat inap.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala instalasi rawat inap.

8. Kepuasan pelanggan rawat inap

a. Dimensi Mutu

Kenyamanan.

b. Tujuan

Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap.

c. Definisi Operasional

Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Kepuasan pelanggan rawat inap} = \frac{\text{Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang disurvei}}{\text{Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang disurvei (sampling).

3) Penyebut

Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50).

4) Standar Nilai

≥ 90 % (presentase)

e. Sumber data

Survei.

f. Langkah Kegiatan

1) Peningkatan kompetensi dokter dan perawat;
2) Peningkatan sarana dan sarana penunjang pelayanan rawat inap;
3) Pelatihan *Customer Service* bagi seluruh karyawan.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala instalasi rawat inap.

9. Pasien rawat inap Tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS

a. Dimensi Mutu

Akses, efisiensi.

b. Tujuan

Terselenggaranya pelayanan rawat inap bagi pasien tuberculosis dengan strategi DOTS.

c. Definisi Operasional

Pelayanan rawat inap tuberculosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakan diagnosis dan *follow up* pengobatan pasien tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikrokopis tuberculosis, pengobatan harus mengunakan panduan obat anti tuberculosis yang sesuai standar penanggulangan tuberculosis nasional, dan semua

pasien yang tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS} = \frac{\text{Jumlah semua pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS}}{\text{Jumlah seluruh pasien rawat inap Tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu 3 bulan}} \text{ x } 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah semua pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS.

3) Penyebut

Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu 3 bulan.

4) Standar Nilai

100 % (presentase).

e. Sumber data

Register rawat inap, Register TB 03 UPK.

f. Langkah Kegiatan

1) Peningkatan kompetensi dokter dan perawat;

2) Peningkatan sarana dan sarana penunjang pelayanan rawat inap.

a. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala instalasi rawat inap.

10. Ketersediaan pelayanan rawat inap di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa

a. Dimensi Mutu

Akses.

b. Tujuan

Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit yang memberikan pelayanan rawat inap jiwa.

c. Definisi Operasional

Pelayanan rawat inap jiwa adalah pelayanan di rumah sakit yang diberikan kepada pasien tidak gaduh gelisah tetapi memerlukan penyembuhan aspek psiko patologis.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Ketersediaan pelayanan rawat inap di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa} = \frac{\text{Jumlah jenis pelayanan jiwa yang ada}}{\text{Jenis pelayanan jiwa yang seharusnya ada}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah jenis pelayanan rawat inap jiwa di rumah sakit yang memberikan pelayanan rawat inap jiwa.

3) Penyebut

Jenis pelayanan yang ada yaitu:

a. NAPZA
b. Gangguan Psikotik
c. Gangguan Neurotik
d. Mental Organik

4) Standar

100 % (persentase)

e. Sumber data

Register rawat inap

f. Langkah Kegiatan

1) Peningkatan kompetensi dokter dan perawat;
2) Peningkatan sarana dan sarana penunjang pelayanan rawat inap jiwa.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala instalasi rawat inap.

11. Tidak ada kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri

a. Dimensi Mutu

Keselamatan.

b. Tujuan

Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang memberikan pelayanan rawat inap jiwa yang aman dan efektif.

c. Definisi Operasional

Kematian pasien jiwa karena bunuh diri adalah kematian yang terjadi pada pasien gangguan jiwa karena perawatan rawat inap yang tidak baik.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Tidak ada kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri} = \frac{\text{Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan dikurangi jumlah kejadian kematian pasien gangguan jiwa bunuh diri dalam satu bulan.}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang dirawat selama 1 bulan}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan dikurangi jumlah kejadian kematian pasien gangguan jiwa bunuh diri dalam satu bulan.

3) Penyebut

Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan.

4) Standar Nilai

100 % (presentase).

e. Sumber data

Rekam medis.

f. Langkah Kegiatan

1) Peningkatan kompetensi dokter dan perawat;
2) Peningkatan sarana dan sarana penunjang pelayanan rawat inap.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala ruang bangsal jiwa.

12. Kejadian pasien gangguan jiwa tidak kembali dalam perawatan dalam waktu ≤ 1 bulan (tidak mengalami *re-admision)*

a. Dimensi Mutu

Efektifitas, kompetensi teknis.

b. Tujuan

Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang memberikan pelayanan rawat inap jiwa yang efektif.

c. Definisi Operasional

Pasien gangguan jiwa yang sudah dipulangkan dari rawat inap tidak kembali ke perawatan di rumah sakit dalam waktu ≤ 1 bulan.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Kejadian pasien gangguan jiwa tidak kembali dalam perawatan dalam waktu} \leq 1 \text{ bulan (tidak } \textit{re-admision)} = \frac{\text{Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang dipulangkan dalam 1 bulan dikurangi jumlah kejadian pasien gangguan jiwa yang kembal dirawat}}{\text{Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang dipulangkan dalam 1 bulan}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang dipulangkan dalam 1 bulan dikurangi jumlah kejadian pasien gangguan jiwa yang kembali dirawat.

3) Penyebut

Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang dipulangkan dalam 1 bulan.

4) Standar Nilai:

100 % (presentase).

e. Sumber data

Rekam medis.

f. Langkah Kegiatan

1) Peningkatan kompetensi dokter dan perawat;
2) Peningkatan sarana dan sarana penunjang pelayanan rawat inap.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala ruang bangsal jiwa.

13. Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa ≤ 6 minggu

a. Dimensi Mutu

Efektifitas, Kompetensi Teknis.

b. Tujuan

Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang memberikan pelayanan rawat inap jiwa yang efektif.

c. Definisi Operasional

Lamanya waktu perawatan pasien gangguan jiwa di rumah sakit yaitu kurang dari sama dengan 6 minggu.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Lamanya hari perawatan pasien gangguan jiwa} = \frac{\text{Jumlah hari perawatan (dalam satuan minggu) pasien gangguan jiwa dalam periode waktu tertentu}}{\text{Jumlah seluruh Pasien gangguan jiwa dalam periode waktu tertentu}}$$

2) Pembilang

Jumlah hari perawatan (dalam satuan minggu) pasien gangguan jiwa dalam periode waktu tertentu

3) Penyebut

Jumlah seluruh pasien gangguan dalam periode waktu tertentu.

4) Standar Nilai:

≤ 6 minggu

e. Sumber data

Rekam Medik

f. Langkah Kegiatan

1) Peningkatan kompetensi dokter dan perawat;
2) Peningkatan sarana dan sarana penunjang pelayanan rawat inap jiwa.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala ruang bangsal jiwa.

D. PELAYANAN BEDAH SENTRAL

1. Waktu tunggu operasi elektif

a. Dimensi Mutu

Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi.

b. Tujuan

Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah.

c. Definisi Operasional

Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Waktu tunggu operasi elektif} = \frac{\text{Jumlah kumulatif waktu tunggu (dalam satuan hari) operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah pasien yang dioperasi elektif dalam 1 bulan}}$$

2) Pembilang

Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam 1 bulan.

3) Penyebut

Jumlah pasien yang dioperasi elektif dalam 1 bulan.

4) Standar

≤ 2 hari.

e. Sumber data

Rekam medis.

f. Langkah Kegiatan

1) Peningkatan komitmen dokter spesialis;
2) Peningkatan sarana dan sarana penunjang pelayanan Intalasi Bedah Sentral;
3) Penambahan dokter spesialis bedah dan anastesi (jika dibutuhkan).

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Bedah Sentral.

2. Tidak adanya kejadian operasi salah orang

a. Dimensi Mutu

Keselamatan pasien.

b. Tujuan

Tergambarnya kepedulian dan ketelitian Instalasi Bedah Sentral terhadap keselamatan pasien.

c. Definisi Operasional

Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana operasi dilakukan pada orang yang salah.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Tidak adanya operasi salah orang} = \frac{\text{Jumlah pasien yang dioperasi dikurangi jumlah operasi yang salah orang dalam satu bulan}}{\text{Jumlah total pasien yang dioperasi dalam satu bulan}} \text{ x } 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah pasien yang dioperasi dikurangi jumlah operasi yang salah orang dalam satu bulan.

3) Penyebut

Jumlah total pasien yang dioperasi dalam satu bulan.

4) Standar Nilai

100 % (presentase).

e. Sumber data

Rekam medis, laporan keselamatan pasien

f. Langkah Kegiatan

Peningkatan ketaatan pada Standar Prosedur Operasional (SPO) persiapan operasi.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Bedah Sentral.

3. Kejadian kematian di meja operasi

a. Dimensi Mutu

Keselamatan, efektifitas.

b. Tujuan

Tergambarnya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi, serta kepedulian terhadap keselamatan pasien.

c. Definisi Operasional

Kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Kejadian kematian di meja operasi} = \frac{\text{Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi}}{\text{Jumlah total pasien yang dioperasi}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam 1 (satu) bulan.

3) Penyebut

Jumlah pasien yang dilakukan operasi dalam 1 (satu) bulan.

4) Standar Nilai

≤ 1 % (presentase).

e. Sumber data

Rekam medis, laporan keselamatan pasien.

f. Langkah Kegiatan

Peningkatan ketaatan pada Standar Prosedur Operasional (SPO) pelaksanaan operasi.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Bedah Sentral.

4. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
   a. Dimensi Mutu

      Keselamatan pasien.
   b. Tujuan

      Tergambarnya kepedulian dan ketelitian Instalasi Bedah Sentral terhadap keselamatan pasien.
   c. Definisi Operasional

      Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah sisi kiri atau sebaliknya.
   d. Cara Perhitungan
      1) Rumus

$$\text{Tidak adanya operasi salah sisi} = \frac{\text{Jumlah pasien yang operasi tidak mengalami salah sisi dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah total pasien yang dioperasi dalam 1 bulan}} \times 100\%$$

      2) Pembilang

         Jumlah pasien yang dioperasi dan tidak mengalami salah sisi dalam 1 bulan.
      3) Penyebut

         Jumlah total pasien yang dioperasi dalam 1 bulan.
      4) Standar Nilai

         100 % (presentase).
   e. Sumber data

      Rekam medis, laporan keselamatan pasien.
   f. Langkah Kegiatan

      Peningkatan ketaatan pada Standar Prosedur Operasional (SPO) persiapan operasi.
   g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

      Kepala Instalasi Bedah Sentral.

5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
   a. Dimensi Mutu

      Keselamatan pasien.
   b. Tujuan

      Tergambarnya ketelitian pada pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan.
   c. Definisi Operasional

Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Tidak adanya salah tindakan operasi} = \frac{\text{Jumlah kumulatif pasien yang dioperasi dikurangi pasien yang mengalami salah tindakan operasi}}{\text{Jumlah total pasien yang dioperasi}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah kumulatif pasien yang dioperasi dikurangi pasien yang mengalami salah tindakan operasi.

3) Penyebut

Jumlah total pasien yang dioperasi.

4) Standar Nilai

100 % (presentase).

e. Sumber data

Rekam medis, laporan keselamatan pasien.

f. Langkah Kegiatan

Peningkatan ketaatan pada Standar Prosedur Operasional (SPO) persiapan operasi.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Bedah Sentral.

6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi.

a. Dimensi Mutu

Keselamatan pasien.

b. Tujuan

Tergambarnya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi.

c. Definisi Operasional

Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kasa/gunting/ peralatan operasi lain berada dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh setelah operasi} = \frac{\text{Jumlah pasien yang dioperasi dikurangi pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi}}{\text{Jumlah total paien yang dioperasi}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah pasien yang dioperasi dikurangi pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi.

3) Penyebut

Jumlah total pasien yang dioperasi.

4) Standar Nilai

100 % (presentase).

e. Sumber data

Rekam medis, laporan keselamatan pasien.

f. Langkah Kegiatan

Peningkatan ketaatan pada Standar Prosedur Operasional (SPO) tindakan operasi.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Bedah Sentral.

7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotrakheal tube.

a. Dimensi Mutu

Keselamatan pasien.

b. Tujuan

Tergambarnya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan berlangsung.

c. Definisi Operasional

Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotrakheal tube.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Kejadian komplikasi anestesi} = \frac{\text{Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah total pasien yang dioperasi 1 bulan}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam 1 (satu) bulan.

3) Penyebut

Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 (satu) bulan.

4) Standar Nilai

≤ 6 % (presentase)

e. Sumber data

Rekam medis, laporan keselamatan pasien.

f. Langkah Kegiatan

1) Peningkatan ketaatan pada Standar Prosedur Operasional (SPO) tindakan operasi;
2) Peningkatan kompetensi dokter anestesi dan penata anestesi.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Bedah Sentral.

E. PELAYANAN PERSALINAN DAN PERINATOLOGI

1. Kejadian kematian ibu karena persalinan

a. Dimensi Mutu

Keselamatan.

b. Tujuan

Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kasus persalinan.

c. Definisi Operasional

Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, preeklamsi, eklamsi dan sepsis. Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas. Pre-eklamsi dan eklamsi mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre eklamsi dan eklampsi merupakan kumpulan dua dari tiga tanda, yaitu:

i. Tekanan darah sistolik >160 mmHg dan diastolik >110mmHg;
ii. Proteinuria >5gr/24 jam 3+/4+ pada pemeriksaan kualitatif;
iii. Oedem tungkai.

Eklampsia adalah tanda preeklampsi yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.

Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Kejadian kematian ibu karena persalinan} = \frac{\text{Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan, preeklampsi/ eklampsi dan sepsis}}{\text{Jumlah pasien persalinan dengan Perdarahan, preeklampsia/eklampsia dan sepsis}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan, preeklampsia / eklampsia dan sepsis.

3) Penyebut

Jumlah pasien persalinan dengan perdarahan, preeklampsia / eklampsia dan sepsis.

4) Standar Nilai

Perdarahan : ≤ 1 %

Pre-eklampsia : ≤ 30 %

Sepsis : ≤ 0,2 %

e. Sumber data

Rekam medis Rumah Sakit

f. Langkah Kegiatan

1) Meningkatkan kompetensi Sumber Daya Manusia kebidanan;
2) Pelatihan kegawatdaruratan kebidanan, asuhan persalinan normal;
3) Kerjasama lintas sektoral terkait dengan rujukan kasus kebidanan.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala ruang kebidanan.

2. Pemberi pelayanan persalinan normal

a. Dimensi Mutu

Kompetensi teknis.

b. Tujuan

Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten.

c. Definisi Operasional

Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Pemberi pelayanan persalinan normal} = \frac{\text{Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberi persalinan normal}}{\text{Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah tenaga dokter Sp. OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberi persalinan normal.

3) Penyebut

Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal.

4) Standar Nilai

100 % (Persentase).

e. Sumber data

Sub bagian Kepegawaian

f. Langkah Kegiatan

1) Meningkatkan kompetensi Sumber Daya Manusia kebidanan;
2) Pelatihan asuhan persalinan normal.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala ruang kebidanan.

3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

a. Dimensi Mutu

Kompetensi teknis.

b. Tujuan

Tersedianya pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten.

c. Definisi Operasional

Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp.OG, dengan dokter umum dan bidan (perawat yang terlatih). Penyulit dalam persalinan antara lain meliputi partus lama, ketuban pecah dini, kelainan letak janin, berat badan janin diperkirakan kurang dari 2500 gram, kelainan panggul, perdarahan ante partum, eklampsia dan preeklampsia berat, tali pusat menumbung.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit} = \frac{\text{Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih}}{\text{Tim PONEK}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih.

3) Penyebut

Tim PONEK.

4) Standar Nilai

100 % (Persentase).

e. Sumber data

Sub bagian kepegawaian dan rekam medis.

f. Langkah Kegiatan

1) Meningkatkan kompetensi dokter umum, bidan dan perawat;
2) Pelatihan tim PONEK.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala ruang kebidanan.

4. Pertolongan persalinan melalui seksio caesaria

a. Dimensi Mutu

Efektifitas, keselamatan dan efisiensi.

b. Tujuan

Tergambarnya petolongan persalinan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien.

c. Definisi Operasional

Sectio caesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi (di luar atas permintaan pasien).

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Pertolongan persalinan melalui operasi } \textit{Sectio Caesaria} = \frac{\text{Jumlah persalinan dengan } \textit{sectio caesaria}}{\text{Jumlah total persalinan}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah persalinan dengan *seksio caesaria* dalam 1 (satu) bulan.

3) Penyebut

Jumlah seluruh persalinan dalam 1 (satu) bulan.

4) Standar Nilai

≤ 20% (presentase).

e. Sumber data

Rekam medis Rumah Sakit.

f. Langkah Kegiatan

Meningkatkan kompetensi Sumber Daya Manusia kebidanan.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala ruang kebidanan.

5. Kemampuan menangani Berat Bayi Lahir Rendah 1500 – 2500 gr

a. Dimensi Mutu

Efektifitas dan keselamatan.

b. Tujuan

Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani Berat Badan Lahir Rendah.

c. Definisi Operasional

Berat Badan Lahir Rendah adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 gram – 2500 gram.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Kemampuan menangani Berat Badan Lahir Rendah 1500-2500 gr} = \frac{\text{Jumlah Berat Badan Lahir Rendah 1500 gr – 2500 gr yang berhasil ditangani}}{\text{Jumlah seluruh Berat Badan Lahir Rendah 1500 gr–2500 gr yang ditangani}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah Berat Badan Lahir Rendah 1500 gr – 2500 gr yang berhasil ditangani.

3) Penyebut

Jumlah seluruh Berat Badan Lahir Rendah 1500 gr – 2500 gr yang ditangani.

4) Standar Nilai

100 % (presentase).

e. Sumber data

Rekam medis.

f. Langkah Kegiatan

1) Meningkatkan kompetensi Sumber Daya Manusia perinatologi;

2) Peningkatan sarana dan prasarana pelayanan perinatologi.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala ruang Peristi (Perinatologi Resiko Tinggi)

6. Pelayanan Keluarga Berencana Mantap yang Dilakukan oleh Tenaga yang Kompeten

a. Dimensi Mutu

Kompetensi teknis, keselamatan.

b. Tujuan

Tergambarnya profesionalisme dalam pelayanan Kontrasepsi Mantap.

c. Definisi Operasional

Keluarga Berencana Mantap yang menggunakan metode operasi yang aman dan sederhana pada alat reproduksi manusia (vasektomi, tubektomi) dengan tujuan menghentikan fertilitas oleh tenaga yang kompeten. Tenaga kompeten adalah Dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi dan dokter umum yang terlatih.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Pelayanan Keluarga Berencana Mantap yang dilakukan oleh tenaga yang kompeten} = \frac{\text{Jumlah kumulatif peserta KB Mantap yang ditangani oleh tenaga yang kompeten dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah seluruh peserta KB Mantap dalam 1 bulan}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah kumulatif peserta KB Mantap yang ditangani oleh tenaga yang kompeten dalam 1 bulan.

3) Penyebut

Jumlah seluruh peserta Keluarga Berencana Mantap dalam 1 bulan.

4) Standar Nilai

100 % (presentase).

e. Sumber data

Rekam medis dan laporan KB rumah sakit.

f. Langkah Kegiatan

1) Meningkatkan kompetensi Sumber Daya Manusia Kebidanan;

2) Peningkatan sarana dan prasarana pelayanan Keluarga Berencana.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Ruang Kebidanan.

7. Konseling Keluarga Berencana Mantap

a. Dimensi Mutu

Kompetensi teknis, keselamatan.

b. Tujuan

Tergambarnya profesionalisme dalam pelayanan kontrasepsi mantap.

c. Definisi Operasional

Proses konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Pelayanan konseling Keluarga Berencana Mantap} = \frac{\text{Jumlah komulatif peserta KB kontrasepsi mantap yang mendapat konseling oleh tenaga bidan terlatih}}{\text{Jumlah seluruh peserta KB kontrasepsi mantap}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah komulatif peserta KB kontrasepsi mantap yang mendapat konseling oleh tenaga bidan terlatih.

3) Penyebut

Jumlah seluruh peserta Keluarga Berencana mantap.

4) Standar Nilai

100 % (presentase).

e. Sumber data

Laporan pelayanan KB kontrasepsi mantap

f. Langkah Kegiatan

1) Meningkatkan kompetensi Sumber Daya Manusia Kebidanan di bidang konseling;

2) Peningkatan sarana dan prasarana pelayanan konseling Keluarga Berencana.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Ruang Kebidanan.

8. Kepuasan pelanggan

a. Dimensi Mutu

Kenyamanan

b. Tujuan

Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan mutu persalinan.

c. Definisi Operasional

Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Kepuasan pelanggan pelayanan persalinan} = \frac{\text{Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei}}{\text{Jumlah total pasien yang disurvei (n min 50)}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei.

3) Penyebut

Jumlah total pasien yang disurvei (n min 50).

4) Standar Nilai

≥ 80% (presentase).

e. Sumber data

Hasil Survei.

1) Meningkatkan kompetensi karyawan dalam hal *customer service*;
2) Meningkatkan kenyamanan ruang tunggu.

f. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala ruang kebidanan.

9. Kemampuan menangani bayi baru lahir dengan asfiksia

a. Dimensi Mutu

Efektifitas dan keselamatan.

b. Tujuan

Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani bayi baru lahir dengan asfiksia.

c. Definisi Operasional

Bayi baru lahir dengan asfiksia adalah bayi baru lahir tidak dapat bernafas secara spontan dan teratur.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Kemampuan menangani bayi baru lahir dengan asfiksia} = \frac{\text{Jumlah bayi baru lahir dengan asfiksia yang berhasil ditangani}}{\text{Jumlah seluruh bayi baru lahir dengan asfiksia yang ditangani}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah bayi baru lahir dengan asfiksia yang berhasil ditangani.

3) Penyebut

Jumlah seluruh bayi baru lahir dengan asfiksia yang ditangani.

4) Standar Nilai

100% (presentase).

e. Sumber data

Hasil Survei.

f. Langkah Kegiatan

1) Meningkatkan kompetensi petugas medis dan paramedis dalam menangani asfiksia.

2) Peningkatan sarana dan prasarana pelayanan dalam penanganan kasus bayi baru lahir dengan asfiksia.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala ruang Peristi (Perinatologi Resiko Tinggi).

F. PELAYANAN INTENSIF

1. Rata-rata pasien yang kembali ke Instalasi Rawat Intensif dengan kasus yang sama < 72 jam

a. Dimensi Mutu

Efektifitas.

b. Tujuan

Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif.

c. Definisi Operasional

Pasien kembali ke perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Rata-rata pasien yang kembali ke } \textit{Intensife Care Unit} \text{ dengan kasus yang sama < 72 jam} = \frac{\text{Jumlah pasien yang kembali ke } \textit{Intensife Care Unit} \text{ dengan kasus yang sama <72 jam}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang dirawat di } \textit{Intensife Care Unit}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah pasien yang kembali ke *Intensife Care Unit* dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1(satu) bulan.

3) Penyebut

Jumlah seluruh pasien yang dirawat di *Intensife Care Unit* dalam 1 (satu) bulan.

4) Standar Nilai

≤3 % (presentase).

e. Sumber data

Rekam Medis.

f. Langkah Kegiatan

1) Meningkatkan kompetensi Sumber Daya Manusia pelayanan intensif;
2) Peningkatan sarana dan prasarana pelayanan intensif.;
3) Revisi prosedur kriteria pasien masuk dan keluar *Intensife Care Unit*;
4) Sosialisasi prosedur kriteria pasien masuk dan keluar ICU kepada dokter IGD, dokter umum dan dokter spesialis.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Rawat Intensif.

2. Pemberi pelayanan *Intensif Care Unit*

a. Dimensi Mutu

Kompetensi teknis.

b. Tujuan

Tersedianya pelayanan intensif dengan tenaga yang kompeten.

c. Definisi Operasional

Pemberi pelayanan intensif adalah Dokter Spesialis Anestesi dan dokter spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, Perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir *Intensife Care Unit* /setara.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Pemberi pelayanan } \textit{Intensife Care Unit} = \frac{\text{Jumlah dokter spesialis dan perawat bersertifikat } \textit{Intensife Care Unit}}{\text{Jumlah dokter dan perawat pemberi pelayanan di } \textit{Intensife Care Unit}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah tenaga Dokter Spesialis Anesthesi dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, Perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir *Intensife Care Unit* / setara yang melayani pelayanan perawatan intensif.

3) Penyebut

Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif.

4) Standar Nilai

100 % (presentase)

e. Sumber data

Kepegawaian.

f. Langkah Kegiatan

1) Mengirimkan dokter untuk melanjutkan pendidikan dokter spesialis anestesi (jika diperlukan);
2) Mengirimkan perawat untuk pelatihan perawatan intensif;
3) Mengadakan *Inhouse Training* Perawatan Intensif.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Rawat Intensif.

G. PELAYANAN RADIOLOGI

1. Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax ≤ 3 jam

a. Dimensi Mutu

Efektifitas, kesinambungan pelayanan, dan efisiensi.

b. Tujuan

Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi.

c. Definisi Operasional

Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax adalah tenggang waktu mulai pasien difoto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Waktu tunggu hasil pelayanan foto } \textit{thorax} = \frac{\text{Jumlah pasien foto } \textit{thorax} \text{ dengan waktu tunggu} \leq 3 \text{ jam}}{\text{Jumlah pasien yang difoto thorax}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah pasien yang dilayani foto *thorax* dengan waktu tunggu ≤ 3 jam.

3) Penyebut

Jumlah seluruh pasien yang difoto *thorax* dalam bulan tersebut.

4) Standar Nilai

100 % (presentase).

e. Sumber data

Register catatan radiologi, rekam medis.

f. Langkah Kegiatan

1) Meningkatkan sarana dan prasarana radiologi;
2) Meningkatkan kesejahteraan karyawan.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Radiologi.

2. Pelaksanaan ekspertisi hasil pemerikasaan oleh Dokter Spesialis Radiologi

a. Dimensi Mutu

Kompetensi teknis.

b. Tujuan

Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis.

c. Definisi Operasional

Pelaksana ekspertisi rontgen adalah dokter spesialis radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto *rontgen*/hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkannya tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Pelaksanaan ekspertisi oleh dokter spesialis radiologi} = \frac{\text{Jumlah foto } \textit{rontgen} \text{ yg dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi}}{\text{Jumlah pasien yang difoto rontgen}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah foto *rontgen* yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam 1 (satu) bulan.

3) Penyebut

Jumlah seluruh pemeriksaan foto *rontgen* dalam 1 (satu) bulan.

4) Standar Nilai

100 % (presentase).

e. Sumber data

Register di Instalasi Radiologi.

f. Langkah Kegiatan

1) Pengadaan dokter spesialis radiologi purna waktu (jika diperlukan);
2) Meningkatkan fasilitas ekspertisi radiologi.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Radiologi.

3. Kejadian kegagalan pelayanan *rontgen*

a. Dimensi Mutu

Efektifitas dan efisiensi.

b. Tujuan

Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan *rontgen*.

c. Definisi Operasional

Kegagalan pelayanan *rontgen* adalah kerusakan foto rontgen yang tidak dapat dibaca.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Kejadian kegagalan pelayanan } \textit{rontgen} = \frac{\text{Jumlah foto } \textit{rontgen} \text{ yang tidak dapat dibaca}}{\text{Jumlah seluruh pemeriksaan foto } \textit{rontgen}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah foto *rontgen* yang rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 (satu) bulan.

3) Penyebut

Jumlah seluruh pemeriksaan foto *rontgen* dalam 1 (satu) bulan.

4) Standar Nilai

≤ 2 % (presentase).

e. Sumber data

Survei, register di instalasi radiologi.

f. Langkah Kegiatan

1) Meningkatkan kompetensi penata radiografer;

2) Merekrut tenaga tehnik radiologi jika diperlukan.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Radiologi.

4. Kepuasan pelanggan

a. Dimensi Mutu

Kenyamanan.

b. Tujuan

Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi.

c. Definisi Operasional

Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Kepuasan pelanggan radiologi} = \frac{\text{Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei}}{\text{Jumlah total pasien yang disurvei (n min 50)}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei.

3) Penyebut

Jumlah total pasien yang disurvei (n min 50).

4) Standar Nilai

≥ 80% (presentase).

e. Sumber data

Survei.

f. Langkah Kegiatan

1) Meningkatkan kompetensi karyawan dalam hal *customer service*;

2) Meningkatkan kenyamanan ruang tunggu.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Radiologi.

H. PELAYANAN LABORATORIUM

1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium kimia darah dan darah rutin ≤ 140 menit

a. Dimensi Mutu

Efektifitas, kesinambungan pelayanan dan efisiensi.

b. Tujuan

Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium.

c. Definisi Operasional

Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sampel sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium} \leq 140 \text{ menit} = \frac{\text{Jumlah pasien yang dilayani} \leq 140 \text{ menit dalam survei}}{\text{Jumlah total pasien yang disurvei (n min 50)}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah pasien yang dilayani dengan waktu tunggu ≤ 140 menit yang disurvei dalam 1 (satu) bulan.

3) Penyebut

Jumlah seluruh pasien yang disurvei di laboratorium (n minimal 50) dalam 1 (satu) bulan.

4) Standar Nilai

100 % (presentase)

e. Sumber data

Hasil Survei.

f. Langkah Kegiatan

1) Meningkatkan sarana dan prasarana laboratorium;

2) Rekruitmen analis kesehatan (jika diperlukan).

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Laboratorium.

2. Pelaksanaan Ekspertisi oleh Dokter Spesialis Patologi Klinik

a. Dimensi Mutu

Kompetensi teknis.

b. Tujuan

Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis.

c. Definisi Operasional

Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekpertisi adalah adanya tanda tangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Pelaksanaan ekspertisi oleh dokter spesialis Patologi Klinik} = \frac{\text{Jumlah hasil laboratorium yang diekspertisi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik}}{\text{Jumlah pasien yang diperiksa laboratorium}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah hasil laboratorium yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam 1 (satu) bulan.

3) Penyebut

Jumlah seluruh pasien yang diperiksa dalam 1 (satu) bulan.

4) Standar Nilai

100 % (presentase).

e. Sumber data

Register Instalasi Laboratorium.

f. Langkah Kegiatan

Meningkatkan sarana dan prasarana laboratorium.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Laboratorium.

3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium
    a. Dimensi Mutu

       Keselamatan.
    b. Tujuan

       Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium.
    c. Definisi Operasional

       Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang.
    d. Cara Perhitungan
        1) Rumus

$$\text{Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium} = \frac{\text{Jumlah pemberian hasil laboratorium yang tidak salah orang}}{\text{Jumlah pasien yang diperiksa laboratorium}} \times 100\%$$

        2) Pembilang

           Jumlah seluruh pemberian hasil pemeriksaan laboratorium dalam 1 (satu) bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium yang salah orang dalam 1 (satu) bulan.
        3) Penyebut

           Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam 1 (satu) bulan tersebut.
        4) Standar Nilai

           100 % (presentase).
    e. Sumber data

       Rekam Medis.
    f. Langkah Kegiatan
        1) Revisi prosedur pemberian hasil laboratorium;
        2) Pemutahiran data pasien yang periksa laboratorium.
    g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

       Kepala Instalasi Laboratorium.

4. Kepuasan pelanggan
    a. Dimensi Mutu

       Kenyamanan.
    b. Tujuan

       Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium.
    c. Definisi Operasional

Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Kepuasan pelanggan} = \frac{\text{Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei}}{\text{Jumlah pasien yang disurvei (n min 50)}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei.

3) Penyebut

Jumlah total pasien yang disurvei (n min 50).

4) Standar Nilai

≥ 80 % (presentase).

e. Sumber data

Survei.

f. Langkah Kegiatan

1) Meningkatkan kompetensi karyawan dalam hal *customer service*;

2) Perbaikan ruang tunggu laboratorium.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Laboratorium.

I. PELAYANAN REHABILITASI MEDIK

1. Kejadian *drop out* pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan.

a. Dimensi Mutu

Kesinambungan pelayanan dan efektifitas.

b. Tujuan

Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan.

c. Definisi Operasional

Drop Out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Kejadian pasien } \textit{drop out} \text{ terhadap pelayanan rehab medik} = \frac{\text{Jumlah seluruh pasien rehabilitasi medik yang } \textit{drop out} \text{ dalam 3 bulan}}{\text{Jumlah pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 3 bulan}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah seluruh pasien rehabilitasi medik yang *drop out* dalam 3 bulan.

3) Penyebut

Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 3 bulan.

4) Standar Nilai

≤ 50 % (presentase).

e. Sumber data

Rekam Medis.

f. Langkah Kegiatan

1) Meningkatkan peralatan medis rehab medik;
2) Perbaikan gedung dan fasilitas ruang rehab medik;
3) Peningkatan mutu/ kualitas SDM.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Penanggungjawab bagian rehabilitasi medik.

2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik

a. Dimensi Mutu

Keselamatan dan kenyamanan.

b. Tujuan

Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik.

c. Definisi Operasional

Kesalahan tindakan rehabilitasi medik ádalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi medik yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan/atau tidak sesuai dengan pedoman Standar Pelayanan Rehabilitasi Medik.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Tidak adanya kesalahan tindakan rehabilitasi medik} = \frac{\text{Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik yang tidak mengalami kesalahan tindakan}}{\text{Jumlah pasien yang diprogram rehabilitasi medik}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 (satu) bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 (satu) bulan.

3) Penyebut

Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 (satu) bulan.

4) Standar Nilai

100% (presentase).

e. Sumber data

Rekam medis dan register bagian rehabilitasi medik.

f. Langkah Kegiatan

1) Meningkatkan ketaatan pada prosedur rehabilitasi medik;
2) Meningkatkan kemampuan sumber daya manusia bagian rehabilitasi medik.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Penanggungjawab bagian rehabilitasi medik.

3. Kepuasan pelanggan

a. Dimensi Mutu

Kenyamanan.

b. Tujuan

Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik.

c. Definisi Operasional

Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Kepuasan pelanggan rehabilitasi medik} = \frac{\text{Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei}}{\text{Jumlah pasien yang disurvei (n minimal 50)}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei.

3) Penyebut

Jumlah total pasien yang disurvei (n min 50).

4) Standar Nilai

≥ 80 % (presentase).

e. Sumber data

Survei.

f. Langkah Kegiatan

1) Meningkatkan kompetensi karyawan dalam hal *customer service*;
2) Meningkatkan kemampuan sumber daya manusia bagian rehabilitasi medik;
3) Penambahan peralatan rehabilitasi medik.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Penanggungjawab bagian rehabilitasi medik.

J. PELAYANAN FARMASI

1. Waktu tunggu hasil pelayanan obat jadi ≤ 30 menit

a. Dimensi Mutu

Efektifitas, kesinambungan pelayanan, dan efisiensi.

b. Tujuan

Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi.

c. Definisi Operasional

Waktu tunggu pelayanan obat jadi ≤ 30 menit adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi yaitu 30 menit.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Waktu tunggu hasil pelayanan obat jadi} \leq 30 \text{ menit} = \frac{\text{Jumlah resep obat jadi yang dilayani} \leq 30 \text{ menit dalam survei}}{\text{Jumlah kumulatif resep obat jadi yang dilayani dalam survei}} \times 100\ \%$$

2) Pembilang

Jumlah resep obat jadi yang dilayani ≤ 30 menit yang disurvei.

3) Penyebut

Jumlah kumulatif resep obat jadi yang dilayani yang disurvei.

4) Standar Nilai

100 % (presentase).

e. Sumber data

Survei.

f. Langkah Kegiatan

1) Supervisi oleh kepala Instalasi Farmasi atau kepala ruang farmasi;
2) Pembagian tupoksi pelayanan (penyiapan sampai dengan serah obat);
3) Menyiapkan obat-obat *fast moving* (paket BPJS kronis);
4) Memberikan prioritas resep-resep yang berisi dari 2 R obat jadi / resep;
5) Menerapkan sistem antrian resep.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Farmasi.

2. Waktu tunggu hasil pelayanan obat racikan ≤ 60 menit

a. Dimensi Mutu

Efektifitas, kesinambungan pelayanan dan efisiensi.

b. Tujuan

Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi.

c. Definisi Operasional

Waktu tunggu pelayanan obat racikan ≤ 60 menit adalah tenggang waktu yang dibutuhkan pasien mulai dari menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Waktu tunggu hasil pelayanan obat racikan} \leq 60 \text{ menit} = \frac{\text{Jumlah resep obat racikan yang dilayani} \leq 60 \text{ menit yang disurvei}}{\text{Jumlah kumulatif resep obat jadi yang dilayani yang disurvei}} \times 100\ \%$$

2) Pembilang

Jumlah resep obat racikan yang dilayani ≤ 60 menit yang disurvei dalam satu bulan.

3) Penyebut

Jumlah kumulatif resep obat jadi yang dilayani yang disurvei dalam satu bulan.

4) Standar Nilai

100 % (presentase).

e. Sumber data

Hasil Survei.

f. Langkah Kegiatan

1) Supervisi oleh kepala Instalasi Farmasi atau kepala ruang farmasi;
2) Pembagian tupoksi pelayanan (penyiapan sampai serah obat);
3) Menyiapkan obat-obat *fast moving* (paket BPJS kronis);
4) Menerapkan sistem antrian resep.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Farmasi.

3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat

a. Dimensi Mutu

Keselamatan dan kenyamanan.

b. Tujuan

Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat.

c. Definisi Operasional

Kesalahan pemberian obat meliputi :

1) Salah dalam memberikan jenis obat;
2) Salah dalam memberikan dosis;

3) Salah orang;

4) Salah jumlah.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat} = \frac{\text{Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat}}{\text{Jumlah seluruh pasien instalasi Farmasi yang disurvei}} \text{ x } 100\ \%$$

2) Pembilang

Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat.

3) Penyebut

Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei

4) Standar Nilai

100 % (presentase).

e. Sumber data

Survei.

f. Langkah Kegiatan

1) Melakukan pengecekan ulang sebelum menyerahkan obat;

2) Pemberian label pada obat-obat LASA *(Look Alike Sound Alike)* dan *High Alert*;

3) Peletakan berjarak obat-obat LASA satu dan lainnya (tidak bersebelahan);

4) Pembuatan poster dan leaflet tentang obat NORUM (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip) dan LASA;

5) Meningkatkan kemampuan Apoteker dan Tenaga Teknis Kefarmasian terkait obat-obat LASA, NORUM dan *High Alert*;

6) Pembuatan tentang penulisan *Toolman Letter*.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Farmasi.

4. Penulisan resep sesuai Formularium Nasional (Fornas)

a. Dimensi Mutu

Efektifitas dan efisiensi.

b. Tujuan

Tergambarnya efesiensi pelayanan obat kepada pasien.

c. Definisi Operasional

Penulisan resep sesuai Formularium Nasional adalah kesesuaian penulisan resep oleh Dokter Penanggungjawab Pelayanan (DPJP) dengan Formularium Nasional untuk pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional} = \frac{\text{Jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai Formularium Nasional dalam satu bulan}}{\text{Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan (n minimal 50)}} \text{ x } 100\ \%$$

2) Pembilang

Jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai Formularium Nasional dalam satu bulan.

3) Penyebut

Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan (n minimal 50)

4) Standar Nilai

100 % (presentase).

e. Sumber data

Survei.

f. Langkah Kegiatan

1) Melakukan sosialisasi Formularium Nasional;
2) Mengingatkan dan evaluasi kepada DPJP dalam penulisan resep.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Farmasi.

5. Kepuasan Pelanggan

a. Dimensi Mutu

Kenyamanan.

b. Tujuan

Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi.

c. Definisi Operasional

Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Kepuasan pelanggan} = \frac{\text{Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei}}{\text{Jumlah total pasien yang disurvei}} \times 100\ \%$$

2) Pembilang

Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei.

3) Penyebut

Jumlah total pasien yang disurvei (n min 50).

4) Standar Nilai

≥ 80 % (presentase).

e. Sumber data

Survei.

f. Langkah Kegiatan

1) Meningkatkan kompetensi karyawan dalam hal *customer service;*

2) Peningkatan kenyamanan ruang tunggu.

g. Penanggung jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Farmasi.

K. PELAYANAN INSTALASI GIZI

1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

a. Dimensi Mutu

Efektifitas, akses dan kenyamanan.

b. Tujuan

Tergambarnya efektifitas pelayanan Instalasi Gizi.

c. Definisi Operasional

Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan yaitu pagi jam 07.00 WIB, siang jam 11.30 WIB, sore jam 17.00 WIB

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien} = \frac{\text{Jumlah pasien rawat inap yang mendapat makanan tepat waktu}}{\text{Jumlah pasien yang disurvei}} \times 100\ \%$$

2) Pembilang

Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan.

3) Penyebut

Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei dalam satu bulan.

4) Standar Nilai

≥ 90% (presentase)

e. Sumber data

Survei.

f. Langkah Kegiatan

1) Penambahan sumber daya manusia (ahli gizi, juru masak, penyaji);
2) Peningkatan sarana dan prasarana;
3) Peningkatan kinerja instalasi gizi;
4) Pengadaan barang *dish washing*.

g. Penanggung jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Gizi.

2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

a. Dimensi Mutu

Efektifitas dan efisiensi.

b. Tujuan

Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan Instalasi Gizi.

c. Definisi Operasional

Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan Pedoman Asuhan Gizi Rumah Sakit).

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien} = \frac{\text{Jumlah kumulatif porsi sisa makanan pasien yang disurvei dalam satu bulan}}{\text{Jumlah porsi makanan pasien yang disurvei dalam satu bulan}} \times 100\ \%$$

2) Pembilang

Jumlah kumulatif porsi sisa makanan pasien yang disurvei dalam 1 (satu) bulan.

3) Penyebut

Jumlah porsi makanan pasien yang disurvei dalam satu bulan.

4) Standar Nilai

≤ 20% (presentase)

e. Sumber data

Survei.

f. Langkah Kegiatan

Pelatihan penyajian menu dan makananan, komunikasi efektif, dan *up date* ilmu gizi klinik.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Gizi.

3. Tidak adanya kejadian kesalahan dalam pemberian diet

a. Dimensi Mutu

Keamanan dan efisensi.

b. Tujuan

Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan Instalasi Gizi.

c. Definisi Operasional

Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet} = \frac{\text{Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet}}{\text{Jumlah pasien yang disurvei}} \text{ x } 100\ \%$$

2) Pembilang

Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet.

3) Penyebut

Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei.

4) Standar Nilai

100 % (presentase).

e. Sumber data

Hasil Survei.

f. Langkah Kegiatan

1) Penambahan sumber daya manusia (ahli gizi, juru masak, penyaji);
2) Peningkatan kinerja instalasi gizi;
3) Peningkatan proses identifikasi pasien.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Gizi.

4. Kepuasan Pelanggan

a. Dimensi Mutu

Kenyamanan.

b. Tujuan

Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan gizi.

c. Definisi Operasional

Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan gizi.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Kepuasan pelanggan} = \frac{\text{Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei}}{\text{Jumlah total pasien yang disurvei (n min 50)}} \times 100\ \%$$

2) Pembilang

Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei.

3) Penyebut

Jumlah total pasien yang disurvei (n min 50).

4) Standar Nilai

≥ 80 % (presentase).

e. Sumber data

Survei.

f. Langkah Kegiatan

1) Peningkatan kualitas sajian gizi kepada pasien;

2) Meningkatkan kompetensi karyawan dalam hal *customer service.*

g. Penanggung jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Gizi.

L. TRANSFUSI DARAH

1. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi

a. Dimensi Mutu

Keselamatan dan kesinambungan pelayanan.

b. Tujuan

Tergambarnya kemampuan bank darah rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan darah.

c. Definisi Operasional

Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi yang ada di rumah sakit.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan di rumah sakit} = \frac{\text{Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan}} \times 100\ \%$$

2) Pembilang

Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat di penuhi dalam 1 (satu) bulan.

3) Penyebut

Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 (satu) bulan.

4) Standar Nilai

100 % (presentase).

e. Sumber data

Hasil Survei.

f. Langkah Kegiatan

1) Permintaan darah sesuai indikasi medis;
2) Pelayanan Bank Darah Rumah Sakit dilaksanakan 24 jam;
3) Pemutahiran data kebutuhan darah;
4) Peningkatan kerjasama dengan unit donor darah PMI untuk pemenuhan kebutuhan darah di rumah sakit.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Laboratorium.

2. Kejadian Reaksi Transfusi

a. Dimensi Mutu

Keselamatan.

b. Tujuan

Tergambarnya manajemen resiko pada pelayanan transfusi darah.

c. Definisi Operasional

Reaksi transfusi darah adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisi akibat golongan darah tidak sesuai atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Kejadian reaksi transfusi} = \frac{\text{Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam 1 bulan}} \text{x100 \%}$$

2) Pembilang

Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam 1 bulan.

3) Penyebut

Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam 1 bulan.

4) Standar Nilai

< 0,01% (presentase)

e. Sumber data

Rekam medik.

f. Langkah Kegiatan

1) Terpenuhi SDM sesuai dengan kompetensinya;
2) Pelatihan/ diklat untuk peningkatan SDM;
3) Pencatatan pelaporan yang kontinyu;
4) Monitoring kejadian reaksi transfusi darah.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Laboratorium.

M. PELAYANAN KELUARGA MISKIN (GAKIN)

1. Pelayanan terhadap pasien keluarga miskin yang datang ke rumah sakit pada setiap unit pelayanan

a. Dimensi Mutu

Akses.

b. Tujuan

Memberikan jaminan akses pasien dari keluarga miskin untuk memperoleh pelayanan rujukan di rumah sakit.

c. Definisi Operasional

Pasien keluarga miskin adalah pasien yang mempunyai kartu jaminan kesehatan masyarakat atau kartu jaminan kesehatan daerah.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Pelayanan terhadap pasien keluarga miskin yang datang ke rumah sakit} = \frac{\text{Jumlah pasien keluarga miskin yang terlayani rumah sakit/pelayanan kesehatan}}{\text{Jumlah seluruh pasien keluarga miskin yang datang ke rumah sakit}} \text{ x100 \%}$$

2) Pembilang

Jumlah pasien keluarga miskin yang terlayani rumah sakit /pelayanan kesehatan dalam kurun waktu 1 (satu) bulan.

3) Penyebut

Jumlah seluruh pasien keluarga miskin yang datang ke rumah sakit dalam1 (satu) bulan.

4) Standar Nilai

100 % (presentase).

e. Sumber data

Rekam medis.

f. Langkah Kegiatan

1) Peningkatan mutu pelayanan di rumah sakit;
2) Evaluasi dan monitoring pelayanan rumah sakit secara periodik

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala bidang pelayanan.

N. PELAYANAN REKAM MEDIK

1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 (dua puluh empat) jam setelah selesai pelayanan (rawat jalan)

a. Dimensi Mutu

Kesinambungan pelayanan dan keselamatan.

b. Tujuan

Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik.

c. Definisi Operasional

Rekam medik yang lengkap adalah rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu ≤ 24 (dua puluh empat) jam setelah selesai pelayanan rawat jalan.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Kelengkapan pengisian rekam medik 24 (dua puluh empat) jam setelah selesai pelayanan (rawat jalan)} = \frac{\text{Jumlah data rekam medik yang disurvei dalam 1 (satu) bulan yang diisi lengkap}}{\text{Jumlah seluruh data rekam medik yang disurvei dalam 1 (satu) bulan}} \times 100\ \%$$

2) Pembilang

Jumlah data rekam medik yang disurvei dalam 1 (satu) bulan yang diisi lengkap.

3) Penyebut

Jumlah seluruh data rekam medik yang disurvei dalam 1 (satu) bulan.

4) Standar Nilai

100 % (presentase).

e. Sumber data

Hasil survei.

f. Langkah Kegiatan

1) Diseminasi ke Staf Medis Fungsional, Kepala Instalasi Rawat Jalan agar mengetahui kelengkapan rekam medik;
2) Pelatihan kepada karyawan/karyawati di Instalasi Rekam Medik;
3) Koordinasi dengan Kepala Instalasi Rawat Jalan dan Komite Medis dalam rangka pengendalian kepatuhan pengisian RM di Rawat Jalan.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Rekam Medik dan Rujukan.

2. Kelengkapan pengisian rekam medik 2x 24 jam setelah selesai pelayanan (rawat inap)

a. Dimensi Mutu

Kesinambungan pelayanan dan keselamatan.

b. Tujuan

Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik.

c. Definisi Operasional

Rekam medik yang lengkap adalah rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dan perawat (Asuhan Keperawatan) dalam waktu 2 x 24 jam setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume medis.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Kelengkapan pengisian rekam medik 2x 24 jam setelah selesai pelayanan (rawat inap)} = \frac{\text{Jumlah data rekam medik yang diisi lengkap}}{\text{Jumlah data seluruh rekam medik yang disurvei}} \times 100\ \%$$

2) Pembilang

Jumlah data rekam medik yang disurvei dalam1 bulan yang diisi lengkap.

3) Penyebut

Jumlah seluruh data rekam medik yang disurvei dalam 1 (satu) bulan.

4) Standar Nilai

100% (presentase).

e. Sumber data

Hasil Survei.

f. Langkah Kegiatan

1) Diseminasi ke Kepala Instalasi Rawat Inap dan kepala ruang agar mengetahui kelengkapan rekam medis;
2) Pelatihan kepada karyawan/karyawati di Instalasi Rekam Medik;
3) Koordinasi dengan Komite Medik dalam rangka pengendalian kepatuhan pengisian RM di rawat inap.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Rekam Medik dan Rujukan.

3. Kelengkapan *Informed Concent* setelah mendapatkan informasi yang jelas
   a. Dimensi Mutu

      Keselamatan.
   b. Tujuan

      Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan.
   c. Definisi Operasional

      Informed Concent adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.
   d. Cara Perhitungan
      1) Rumus

$$\text{Kelengkapan } \textit{Informed Concent} \text{ setelah mendapatkan informasi yang jelas} = \frac{\text{Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik}}{\text{Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei}} \times 100\ \%$$

      2) Pembilang

         Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 (satu) bulan.
      3) Penyebut

         Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 (satu) bulan.
      4) Standar Nilai

         100 % (persentase)
   e. Sumber data

      Hasil Survei.
   f. Langkah Kegiatan

      Desimenasi prosedur pemberian *informed concent.*
   g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

      Kepala Instalasi Rekam Medik dan Rujukan.

4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan ≤ 10 menit
   a. Dimensi Mutu

      Efektivitas, kenyamanan, dan efisiensi.
   b. Tujuan

      Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan.

c. Definisi Operasional

Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan} \leq 10 \text{ menit} = \frac{\text{Jumlah pasien yang dilayani} \leq 10 \text{ menit sampel rawat jalan yang diamati}}{\text{Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 100)}} \times 100\ \%$$

2) Pembilang

Jumlah pasien yang dilayani ≤ 10 menit sampel rawat jalan yang diamati.

3) Penyebut

Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 100).

4) Standar Nilai

100 % (presentase).

e. Sumber data

Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru atau di ruang rekam medis untuk pasien lama.

f. Langkah Kegiatan

1) Pengadaan barang untuk dokumen rekam medis agar persediaan pada instalasi rawat jalan mencukupi baik dalam bentuk blangko maupun status pasien;
2) Perbaikan alur pelayanan atau evaluasi alur yang sudah dilaksanakan;
3) Pengadaan sistem informasi manajemen rumah sakit yang dapat memudahkan dan memperlancar proses pelayanan pasien.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Rekam Medis dan Rujukan.

5. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap ≤ 15 menit

a. Dimensi Mutu

Efektivitas, kenyamanan, dan efisiensi.

b. Tujuan

Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medis rawat inap.

c. Definisi Operasional

Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik

rawat inap adalah waktu pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medis rawat inap tersedia di bangsal pasien.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap} \leq 15 \text{ menit} = \frac{\text{Jumlah pasien yang dilayani} \leq 15 \text{ menit sampel rawat inap yang diamati}}{\text{Total sampel penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah pasien yang dilayani ≤ 15 menit sampel rawat inap yang diamati.

3) Penyebut

Total sampel penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati (N tidak kurang dari 100).

4) Standar Nilai

100 % (presentase).

e. Sumber data

Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat inap.

f. Langkah Kegiatan

Pengadaan barang untuk dokumen rekam medis agar persediaan pada Instalasi Rawat Inap mencukupi baik dalam bentuk blangko maupun status pasien.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Rekam Medik dan Rujukan.

O. PELAYANAN PENGELOLAAN LIMBAH

1. Baku mutu limbah cair

a. Dimensi Mutu

Keselamatan.

b. Tujuan

Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit.

c. Definisi Operasional

Terpenuhinya baku mutu limbah cair adalah hasil pemeriksaan laboratorium dari sampel *outlet* IPAL dinyatakan memenuhi standar minimal limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator:

1) BOD (*Biological Oxygen Demand*) :30 mg/liter.
2) COD (*Chemical Oxygen Demand*) :80 mg/liter.
3) TSS (*Total Suspended Solid*) :30 mg/liter.
4) PH (*Power of Hydrogen*) : 6-9

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Baku mutu limbah cair} = \frac{\text{Jumlah komulatif hasil pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang memenuhi baku mutu}}{\text{Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair}} \text{ x } 100\ \%$$

2) Pembilang

Jumlah kumulatif hasil pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang memenuhi baku mutu.

3) Penyebut

Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair.

4) Standar Nilai

100 % (presentase).

e. Sumber data

Hasil pemeriksaan.

f. Langkah Kegiatan

Pemeriksaan sempel rutin untuk pengukuran parameter lingkungan oleh lembaga lingkungan yang bersertifikat.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Higiene Sanitasi.

2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan

a. Dimensi Mutu

Keselamatan.

b. Tujuan

Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit.

c. Definisi Operasional

Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai aturan adalah limbah padat infeksius yang dihasilkan dari pelayanan di RSUD Prembun dilakukan sesuai dengan aturan yang berlaku.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan} = \frac{\text{Jumlah limbah padat yang dilakukan pengelolaan sesuai aturan}}{\text{Jumlah limbah padat yang dihasilkan rumah sakit}} \text{ x } 100\ \%$$

2) Pembilang

Jumlah limbah padat yang dilakukan pengelolaan sesuai aturan.

3) Penyebut

Jumlah limbah padat yang dihasilkan rumah sakit.

4) Standar Nilai

100% (presentase)

a. Sumber data

Hasil pengamatan.

b. Langkah Kegiatan

Perawatan Insenerator secara berkala.

c. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi *Hygiene* Sanitasi.

P. PELAYANAN ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi

a. Dimensi Mutu

Efektifitas.

b. Tujuan

Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah sakit.

c. Definisi Operasional

Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi} = \frac{\text{Jumlah keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam satu bulan}}{\text{Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan}} \times 100\ \%$$

2) Pembilang

Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam satu bulan.

3) Penyebut

Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan.

4) Standar Nilai

100 % (presentase)

e. Sumber data

Notulensi rapat.

f. Langkah Kegiatan

1) Peninjauan terhadap aturan yang dibuat dengan cara;

a) Melakukan evaluasi aturan dan kebijakan Direktur;

b) Membentuk tim untuk meninjau kembali/*review* aturan dan kebijakan Direktur.

2) Pembenahan administrasi rapat dengan cara:

menunjuk notulensi (personil) / sesuai dengan kegiatan (koordinator bagian/bidang mengetahui masalah yang dihadapi dan hasil rencana tindak lanjut).

g. Penanggungjawab pengumpul data

Direktur Rumah Sakit dan Kepala Bagian Tata Usaha.

2. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja

a. Dimensi Mutu

Efektifitas dan efisiensi.

b. Tujuan

Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukan akuntabilitas kinerja pelayanan.

c. Definisi Operasional

Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggung jawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (Standar Pelayanan Minimal) dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh Pemerintah Daerah.

Laporan Akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 (tiga) bulan sekali.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja} = \frac{\text{Laporan akuntabilitas yang lengkap dalam satu tahun}}{\text{Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun}} \times 100\ \%$$

2) Pembilang

Laporan akuntabilitas yang lengkap dalam 1 (satu) tahun.

3) Penyebut

Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam 1 (satu) tahun.

4) Standar Nilai

100 % (presentase).

e. Sumber data

Laporan bagian tata usaha.

f. Langkah Kegiatan

Evaluasi terhadap laporan akuntabilitas kinerja.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Bagian Tata Usaha.

3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

a. Dimensi Mutu

Efektifitas, efisiensi dan kenyamanan.

b. Tujuan

Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai

c. Definisi Operasional

Usulan Kenaikan Pangkat Pegawai dilakukan dua periode dalam 1 (satu) tahun yaitu bulan April dan Oktober. Usulan berdasarkan data rencana dari Sub Bagian Kepegawaian dan diinformasikan kepada yang bersangkutan melalui Kepala Bidang/ Kepala Bagian/ Kepala Sub Bagian / Kepala Seksi Bidang / Kepala Instalasi / Kepala Bangsal berupa Surat Edaran.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat} = \frac{\text{Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun}}{\text{Total seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun}} \times 100\ \%$$

2) Pembilang

Jumlah Pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun.

3) Penyebut

Total seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam 1 (satu) tahun.

4) Standar Nilai

100 % (presentase).

e. Sumber data

Buku kendali kenaikan pangkat di Sub Bagian Kepegawaian.

f. Langkah Kegiatan

Peningkatan sistem informasi pegawai.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Bagian Tata Usaha dan Kepala Sub Bagian Kepegawaian.

4. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala

a. Dimensi Mutu

Efektifitas, kenyamanan.

b. Tujuan

Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai.

c. Definisi Operasional

Usulan Kenaikan Gaji Berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan Kepegawaian yang berlaku (Setiap 2 (dua) tahun sekali) sesuai dengan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1974 tentang Pokok-pokok Kepegawaian (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1974 Nomor 55, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3841), sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 43 Tahun 1999 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 169, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3890).

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala} = \frac{\text{Jumlah pegawai yang mendapatkan SK kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam satu tahun}}{\text{Total seluruh pegawai yang seharusnya memproleh kenaikan gaji berkala dalam satu tahun}} \times 100\ \%$$

2) Pembilang

Jumlah pegawai yang mendapatkan SK kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam satu tahun.

3) Penyebut

Total seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkalan dalam 1 (satu) tahun.

4) Standar Nilai

100% (presentase).

e. Sumber data

Buku kendali Kenaikan Gaji Berkala.

f. Langkah Kegiatan

Melakukan monitoring dan evaluasi pengendalian kenaikan gaji berkala.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Bagian Tata Usaha dan Kepala Sub Bagian Kepegawaian.

5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun

a. Dimensi Mutu

Kompetensi teknis.

b. Tujuan

Tergambar kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia.

c. Definisi Operasional

Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun} = \frac{\text{Jumlah karyawan yang mengikuti pelatihan minimal 20 jam pertahun}}{\text{Jumlah seluruh karyawan rumah sakit}} \times 100\ \%$$

2) Pembilang

Jumlah karyawan yang mengikuti pelatihan minimal 20 jam pertahun.

3) Penyebut

Jumlah seluruh karyawan rumah sakit.

4) Standar Nilai

≥ 60 % (presentase).

e. Sumber data

Sub bagian Kepegawaian.

f. Langkah Kegiatan

Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap kebutuhan pelatihan karyawan rumah sakit.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Bagian Tata Usaha dan Kepala Sub Bagian Kepegawaian.

6. Cost Recovery

a. Dimensi Mutu

Efisiensi dan efektivitas.

b. Tujuan

Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan di rumah sakit.

c. Definisi Operasional

Cost Recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\textit{Cost Recovery} = \frac{\text{Jumlah pendapatan fungsional digunakan dalam satu bulan}}{\text{Total pembelanjaan operasional dalam satu bulan}} \times 100\ \%$$

2) Pembilang

Jumlah pendapatan fungsional digunakan dalam 1 (satu) bulan.

3) Penyebut

Total pembelanjaan operasional dalam 1 (satu) bulan.

4) Standar Nilai

≥ 40 % (presentase)

e. Sumber data

1) Laporan keuangan.

2) Penyelesaian program SIM RS.

f. Langkah Kegiatan

Melakukan evaluasi laporan keuangan.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Bidang Keuangan.

7. Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan

a. Dimensi Mutu

Efektifitas.

b. Tujuan

Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit.

c. Definisi Operasional

Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas. Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan berikutnya.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Ketepatan waktu Penyusunan Laporan Keuangan} = \frac{\text{Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan berikutnya}}{\text{Total laporan keuangan yang harus diselesaikan}} \times 100\ \%$$

2) Pembilang

Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan berikutnya.

3) Penyebut

Total laporan keuangan yang harus diselesaikan.

4) Standar Nilai

100 % (presentase)

e. Sumber data

Laporan Keuangan.

f. Langkah Kegiatan

Melakukan evaluasi laporan keuangan.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Bidang Keuangan.

8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap ≤ 2 jam

a. Dimensi Mutu

Efektifitas dan kenyamanan.

b. Tujuan

Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap.

c. Definisi Operasional

Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sesuai jadwal *visite* dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap} \leq 2 \text{ jam} = \frac{\text{Jumlah pasien rawat inap yang terlayani dalam diberi informasi tagihan} \leq 2 \text{ jam}}{\text{Jumlah total pasien rawat inap yang diberi informasi tagihan}} \times 100\ \%$$

2) Pembilang

Jumlah pasien rawat inap yang terlayani dalam diberi informasi tagihan ≤ 2 jam.

3) Penyebut

Jumlah total pasien rawat inap yang diberi informasi tagihan.

4) Standar Nilai

100 % (presentase).

e. Sumber data

Hasil pengamatan data pasien rawat inap yang pulang.

f. Langkah kegiatan

1) Penambahan jumlah perangkat komputer;
2) Program *billing* sistem untuk memudahkan penghitungan secara cepat, tepat dan akurat serta penataan kembali terhadap administrasi bangsal;
3) Penambahan tenaga administrasi bangsal (jika diperlukan).

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Bidang Keuangan.

9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu

a. Dimensi Mutu

Efektifitas dan kenyamanan.

b. Tujuan

Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan.

c. Definisi Operasional

Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam 1(satu) bulan sesuai kesepakatan waktu pembagian.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu} = \frac{\text{Jumlah bulan dalam pemberian insentif yang tepat waktu}}{\text{Jumlah bulan pemberian insentif dalam 1 (satu) tahun}} \times 100\ \%$$

2) Pembilang

Jumlah bulan dalam pemberian insentif yang tepat waktu.

3) Penyebut

Jumlah bulan pemberian insentif dalam 1 (satu) tahun.

4) Standar Nilai

100 % (presentase).

e. Sumber data

Laporan Bidang Keuangan.

f. Langkah Kegiatan

Evaluasi waktu pembagian jasa pelayanan.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Bidang Keuangan.

Q. PELAYANAN AMBULANS / MOBIL JENAZAH

1. Waktu Pelayanan Ambulans/ Mobil Jenazah 24 Jam
   a. Dimensi Mutu

      Akses.

   b. Tujuan

      Tersedianya pelayanan ambulans / mobil jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/ keluarga pasien yang dibutuhkan.

   c. Definisi Operasional

      Waktu pelayanan ambulans / mobil jenazah adalah ketersediaan ambulans / mobil jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien / keluarga pasien selama 24 jam.

   d. Cara Perhitungan

      1) Rumus

$$\text{Waktu pelayanan ambulans/ mobil jenazah 24 Jam} = \frac{\text{Jumlah pelayanan ambulans/ mobil jenazah yang dilayani selama 24 jam}}{\text{Kumulatif jumlah pelayanan ambulans / mobil jenazah}} \text{ x } 100\ \%$$

      2) Pembilang

         Jumlah pelayanan ambulans / mobil jenazah yang dilayani selama 24 jam dikurangi jumlah pelayanan ambulans / mobil jenazah yang mengalami keterlambatan.

      3) Penyebut

         Kumulatif jumlah pelayanan ambulans / mobil jenazah.

      4) Standar

         100 % (presentase).

   e. Sumber data

      Buku registrasi pelayanan /permintaan ambulans / mobil jenazah.

   f. Langkah Kegiatan

      1) Evaluasi penggunaan ambulans / mobil jenazah;
      2) Peningkatan pengetahuan supir dalam tertib administrasi.

   g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

      Kepala Sub Bagian Umum.

2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulans / mobil jenazah ≤ 30 menit
   a. Dimensi Mutu

      Kenyamanan, keselamatan.

   b. Tujuan

      Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulans/mobil jenazah.

   c. Definisi Operasional

Kecepatan memberikan pelayanan ambulans / mobil jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulans / mobil jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulans / mobil jenazah ≤ 30 menit.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Kecepatan memberikan pelayanan ambulans / mobil jenazah} \leq 30 \text{ Menit} = \frac{\text{Jumlah penyediaan ambulans/ mobil jenazah yang terpenuhi} \leq 30 \text{ Menit}}{\text{Total seluruh permintaan ambulans / mobil jenazah}} \times 100\ \%$$

2) Pembilang

Jumlah penyediaan ambulans / mobil jenazah yang terpenuhi dalam waktu ≤ 30 menit dalam 1 (satu) bulan.

3) Penyebut

Total seluruh permintaan ambulans / kereta jenazah dalam 1 (satu) bulan.

4) Standar Nilai

100 % (presentase).

e. Sumber data

Catatan penggunaan pelayanan ambulans/ mobil jenazah.

f. Langkah Kegiatan

Evaluasi pelayanan ambulans / mobil jenazah.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Sub Bagian Umum.

R. PEMULASARAAN JENAZAH

1. Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah ≤ 2 Jam

a. Dimensi Mutu

Kenyamanan.

b. Tujuan

Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah.

c. Definisi Operasional

Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas tidak lebih dari 2 jam.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah} \leq 2 \text{ jam} = \frac{\text{Jumlah jenazah yang telah terlayani oleh unit pemulasaraan jenazah} \leq 2 \text{ jam}}{\text{Kumulatif jumlah jenazah yang dilakukan pemulasaran di rumah sakit}} \times 100\ \%$$

2) Pembilang

Jumlah jenazah yang telah terlayani oleh unit pemulasaraan jenazah ≤ 2 jam dalam kurun waktu 1 (satu) bulan.

3) Penyebut

Total keseluruhan jenazah yang dilakukan pemulasaraan di rumah sakit dalam 1 (satu) bulan.

4) Standar Nilai

100 % (presentase).

e. Sumber data

Buku / register pencatatan unit pemulasaraan jenazah.

f. Langkah Kegiatan

Evaluasi ketenagaan di unit pemulasaraan jenazah.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Unit Pemulasaraan Jenazah.

S. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat ≤ 15 menit

a. Dimensi Mutu

Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan

b. Tujuan

Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam menanggapi kerusakan alat di rumah sakit.

c. Definisi Operasional

Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak yang diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat} = \frac{\text{Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi} \leq 15 \text{ menit}}{\text{Jumlah seluruh laporan kerusakan alat}} \times 100\ \%$$

2) Pembilang

Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan.

3) Penyebut

Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam 1 (satu) bulan.

4) Standar Nilai

≥ 80 % (presentase).

e. Sumber data

Catatan laporan kerusakan alat.

f. Langkah Kegiatan

1) Meningkatkan kinerja karyawan;
2) Meningkatkan ketersediaan sarana dan prasarana penunjang kerja;
3) Peningkatan kompetensi petugas.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPRS)

2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai jadwal pemeliharaan alat

a. Dimensi Mutu

Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan.

b. Tujuan

Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat.

c. Definisi Operasional

Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan / *service* untuk tiap – tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai jadwal pemeliharaan alat} = \frac{\text{Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (}\textit{service}\text{) tepat waktu dalam 1 (satu) bulan}}{\text{Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam 1 (satu) bulan}} \times 100\ \%$$

2) Pembilang

Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (*service*) tepat waktu dalam 1 (satu) bulan.

3) Penyebut

Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam 1 (satu) bulan.

4) Standar Nilai

100 % (presentase).

e. Sumber data

Register pemeliharaan alat.

f. Langkah Kegiatan

1) Pemeliharaan alat secara berjangka agar alat-alat medis dan non medis dapat terkontrol dengan baik dan tidak cepat rusak;
2) Ketersediaan dana yang memadai untuk memenuhi kebutuhan pemeliharaan rumah sakit;
3) Peningkatan kompetensi sumber daya manusia petugas.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPRS).

3. Peralatan laboratorium dan alat ukur lain yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi

a. Dimensi Mutu

Keselamatan dan efektifitas.

b. Tujuan

Tergambarnya akurasi alat ukur yang digunakan untuk pelayanan medis maupun penunjang medis.

c. Definisi Operasional

Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan oleh lembaga kalibrasi yang sah.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Peralatan laboratorium dan penunjang lain yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi} = \frac{\text{Jumlah alat laboratorium dan penunjang lain yang telah dikalibrasi tepat waktu dalam 1 (satu) tahun}}{\text{Jumlah seluruh alat laboratorium dan alat penunjang lain yang perlu dikalibrasi dalam 1 (satu) tahun}} \times 100\ \%$$

2) Pembilang

Jumlah alat laboratorium dan penunjang lain yang telah dikalibrasi tepat waktu dalam 1 (satu) tahun.

3) Penyebut

Jumlah seluruh alat laboratorium dan alat penunjang lain yang perlu dikalibrasi dalam 1 (satu) tahun.

4) Standar Nilai

101 % (presentase).

e. Sumber data

Buku register alat dan bukti dokumen kalibrasi.

f. Langkah Kegiatan

Kalibrasi alat kesehatan agar didapat keakuratan hasil.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPRS).

T. PELAYANAN *LAUNDRY*

1. Ketersediaan linen steril untuk ruang operasi

a. Dimensi Mutu

Efisiensi, efektifitas dan kenyamanan.

b. Tujuan

Tergambarnya kemampuan unit *laundry* dalam mencukupi kebutuhan linen steril untuk ruang operasi rumah sakit.

c. Definisi Operasional

Linen steril adalah linen yang bebas kuman yang disediakan untuk keperluan tindakan operasi.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Ketersediaan linen steril untuk kamar operasi} = \frac{\text{Jumlah linen steril yang dapat disediakan untuk kamar operasi}}{\text{Jumlah seluruh permintaan atau kebutuhan linen steril untuk kamar operasi}} \times 100\ \%$$

2) Pembilang

Jumlah linen steril yang dapat disediakan untuk kamar operasi.

3) Penyebut

Jumlah seluruh permintaan atau kebutuhan linen steril untuk kamar operasi.

4) Standar Nilai

100 % (presentase).

e. Sumber data

Register unit *laundry*.

f. Langkah Kegiatan

1) Pengadaan sarana dan prasarana sebagai penunjang pelayanan di unit laundry;
2) Peningkatan kompetensi petugas.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Unit *Laundry*.

2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

a. Dimensi Mutu

Efisiensi dan efektifitas.

b. Tujuan

Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry.

c. Definisi Operasional

Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen (baju operasi, selimut, sprei, sarung bantal) sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap} = \frac{\text{Jumlah hari dalam 1 (satu) bulan dengan penyediaan linen tepat waktu}}{\text{Jumlah hari dalam 1 (satu) bulan}} \times 100\ \%$$

2) Pembilang

Jumlah hari dalam 1(satu) bulan dengan penyediaan linen tepat waktu.

3) Penyebut

Jumlah hari dalam 1 (satu) bulan.

4) Standar Nilai

100 % (presentase)

e. Sumber data

Survei.

f. Langkah Kegiatan

1) Evaluasi ketenagaan unit laundry;
2) Pengadaan mesin cuci, mesin pengering dan setrika.

a. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Kepala Unit *Laundry*.

U. PELAYANAN PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)

1. Tersedianya anggota Tim Pencegah Pengendalian Infeksi (PPI) yang terlatih

a. Dimensi Mutu

Kompetensi Teknis.

b. Tujuan

Tersedianya anggota tim Pencegah Pengendalian Infeksi yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim Pencegah Pengendalian Infeksi.

c. Definisi Operasional

Anggota Tim Pencegah Pengendalian Infeksi yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut Pencegah Pengendalian Infeksi.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Tersedianya anggota Tim Pencegah Pengendalian Infeksi yang terlatih} = \frac{\text{Jumlah anggota Tim Pencegah Pengendalian Infeksi yang sudah terlatih}}{\text{Jumlah anggota Tim Pencegah Pengendalian Infeksi}} \times 100\ \%$$

2) Pembilang

Jumlah anggota Tim Pencegah Pengendalian Infeksi yang sudah terlatih.

3) Penyebut

Jumlah anggota Tim Pencegah Pengendalian Infeksi.

4) Standar Nilai

≥ 75 % (presentase).

e. Sumber data

Sub Bagian Kepegawaian.

f. Langkah Kegiatan

Pelatihan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) baik PPI dasar maupun PPI lanjut untuk seluruh tim PPI.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Ketua Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.

2. Tersedia Alat Pelindung Diri (APD) di setiap instalasi

a. Dimensi Mutu

Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung.

b. Tujuan

Tersedianya Alat Pelindung Diri (APD) diri di setiap instalasi.

c. Definisi Operasional

Alat Pelindung Diri (APD) adalah alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di rumah sakit seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala dan gaun.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Tersedia Alat Pelindung Diri di setiap instalasi} = \frac{\text{Jumlah instalasi yang menyediakan Alat Pelindung Diri}}{\text{Jumlah instalasi di rumah sakit}} \times 100\ \%$$

2) Pembilang

Jumlah instalasi yang menyediakan Alat Pelindung Diri (APD).

3) Penyebut

Jumlah seluruh instalasi di rumah sakit.

4) Standar Nilai

≥ 75% (presentase)

e. Sumber data

Hasil Survei.

f. Langkah Kegiatan

Pengadaan barang secara terencana agar Alat Pelindung Diri tersedia di setiap instalasi.

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Ketua Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.

3. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/HAI (*Health Care Associated Infection*) di rumah sakit

a. Dimensi Mutu

Keamanan pasien, petugas dan pengunjung.

b. Tujuan

Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial (*Health Care Associated Infection*) di rumah sakit.

c. Definisi Operasional

Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial (*Health Care Associated Infection*) dan pengumpulan data pada instalasi yang tersedia di rumah sakit.

d. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomia/HAIs di rumah sakit} = \frac{\text{Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial (}\textit{Health Care Associated Infection}\text{)}}{\text{Jumlah instalasi yang tersedia}} \times 100\ \%$$

2) Pembilang

Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial (*Health Care Associated Infection*).

3) Penyebut

Jumlah instalasi yang tersedia.

4) Standar Nilai

≥ 75 % (presentase).

e. Sumber data

Hasil Survei.

f. Langkah Kegiatan

Peningkatan kompetensi semua Tim Pengendalian dan Pencegahan Infeksi (PPI).

g. Penanggung Jawab Pengumpulan Data

Ketua Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.

Lampiran 3

Tata Cara Penilaian Indikator Kinerja BLUD berdasarkan Peraturan Deputi Kepala Badan Pengawasan Keuangan dan Pembangunan Bidang Akuntan Negara Nomor 2 Tahun 2019 tentang Petunjuk Teknis Evaluasi Kinerja Rumah Sakit Daerah Badan Layanan Umum Daerah

A. Penilaian lndikator Pada Aspek Keuangan

1. Rasio Keuangan

1) Rasio Kas (*Cash Ratio*)

Rumus:

$$\frac{\text{Kas dan Setara Kas}}{\text{Kewajiban Jangka Pendek}}\ x\ 100\%$$

Penjelasan:

a) Kas adalah uang tunai dan saldo bank yang setiap saat dapat digunakan untuk membiayai kegiatan RSD BLUD, tidak termasuk saldo bank pada rekening dana kelolaan (Jamkesda/BPJS) yang belum menjadi hak RSD BLUD.

b) Setara kas (*cash equivalent*) merupakan bagian dari aset lancar yang sangat likuid, yang dapat dikonversi menjadi kas dalam jangka waktu 1 sampai dengan 3 bulan tanpa menghadapi risiko perubahan nilai yang signifikan, tidak termasuk piutang dan persediaan. Contoh setara kas adalah deposito berjangka sampai dengan 3 bulan dan cek yang jatuh tempo kurang dari 3 bulan.

c) Kewajiban jangka pendek merupakan kewajiban yang diharapkan akan dibayar/diselesaikan atau jatuh tempo dalam waktu 12 bulan setelah tanggal neraca.

Skor rasio kas adalah sebagai berikut:

Rasio Kas (RK) %	Skor
RK > 480	0,25
420 < RK < 480	0,5
360 < RK < 420	1
300 < RK < 360	1,5
240 < RK < 300	2
180 < RK < 240	1,5
120 < RK < 180	1
60 < RK < 120	0,5
0 < RK < 60	0,25
RK = 0	0

2) Rasio Lancar (*Current Ratio*)

Rumus:

$$\frac{\text{Aset Lancar}}{\text{Kewajiban Jangka Pendek}}\ x\ 100\%$$

Penjelasan:

a) Aset diklasifikasikan ke dalam aset lancar dan aset non lancar. Suatu aset diklasifikasikan sebagai aset lancar jika aset tersebut:
   - Diperkirakan akan direalisasi atau dimiliki untuk dijual atau digunakan dalam jangka waktu 12 bulan setelah tanggal neraca;
   - Dimiliki untuk diperdagangkan atau untuk tujuan jangka pendek dan diharapkan akan direalisasi dalam jangka waktu 12 bulan dari tanggal neraca;
   - Berupa kas atau setara kas yang penggunaannya tidak dibatasi.

b) Aset lancar antara lain meliputi kas dan setara kas, investasi jangka pendek, piutang usaha, piutang lain-lain, persediaan, uang muka, dan biaya dibayar di muka, tidak termasuk saldo bank pada rekening dana kelolaan (Jamkesda/BPJS) yang belum menjadi hak RSD BLUD.

c) Kewajiban jangka pendek merupakan kewajiban yang diharapkan akan dibayar/diselesaikan atau jatuh tempo dalam waktu 12 bulan setelah tanggal neraca.

Skor rasio lancar adalah sebagai berikut:

Rasio Lancar (RL) %	Skor
RL > 600	2,5
480 < RL < 600	2
360 < RL < 480	1,5
240 < RL < 360	1
120 < RL < 240	0,5
0 < RL < 120	0,25
RL = 0	0

3) Periode Penagihan Piutang (*Collection Period*)

Rumus:

$$\frac{\text{Piutang Usaha x 360}}{\text{Pendapatan Usaha}} \text{ x 1 hari}$$

Penjelasan:

a. Piutang usaha adalah hak yang timbul dari penyerahan barang atau jasa dalam rangka kegiatan operasional RSD BLUD.

b. Pendapatan usaha merupakan pendapatan RSD BLUD yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat.

Skor periode penagihan piutang adalah sebagai berikut:

Periode Penagihan Piutang /hari (PPP)	Skor
PPP < 30	2
30 < PPP < 40	1,5
40 < PPP < 60	1
60 < PPP < 80	0,5
80 < PPP < 100	0,25

PPP > 100	0

4) Perputaran Aset Tetap (*Fixed Asset Turnover*)

Rumus:

$$\frac{\text{Pendapatan Operasional}}{\text{Aset Tetap}} \text{ x } 100\%$$

Penjelasan:

a) Pendapatan operasional merupakan penerimaan RSD BLUD yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan, dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan RSD BLUD, tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBD/APBN dan hibah.
b) Aset tetap dihitung berdasarkan nilai perolehan aset tetap dikurangi konstruksi dalam pengerjaan.

Skor rasio perputaran aset tetap adalah sebagai berikut:

Perputaran Aset Tetap (PAT) %	Skor
PAT > 20	2
15 < PAT < 20	1,5
10 < PAT < 15	1
5 < PAT < 10	0,5
0 < PAT < 5	0,25
PAT = 0	0

5) Imbalan atas Aset Tetap (*Return on Fixed Asset*)

Rumus:

$$\frac{\text{Surplus Defisit Sbl Keuntungan/Kerugian}}{\text{Aset Tetap}} \text{ x } 100\%$$

Penjelasan:

a) Surplus/defisit sebelum pos keuntungan/kerugian adalah surplus/defisit sebelum pos keuntungan/kerugian tanpa memperhitungkan pendapatan investasi yang bersumber dari APBN/APBD dan biaya penyusutan.
b) Aset tetap adalah nilai perolehan aset tetap tanpa memperhitungkan konstruksi dalam pengerjaan.

Skor rasio imbalan atas aset tetap adalah sebagai berikut:

Imbalan Atas Aset Tetap(ROFA) %	Skor
ROFA > 6	2
5 < ROFA < 6	1,7
4 < ROFA < 5	1,4
3 < ROFA < 4	1,1
2 < ROFA < 3	0,8

1 < ROFA < 2	0,5
ROFA < 1	0

6) Imbalan Ekuitas (*Return on Equity*)

Rumus:

$$\frac{\text{Surplus Defisit Sbl Keuntungan/Kerugian}}{\text{Ekuitas} - \text{Surplus/Defisit Sbl Keuntungan/Kerugian}} \text{ x } 100\%$$

Penjelasan:

a) Surplus/defisit sebelum pos keuntungan/kerugian adalah surplus/ defisit sebelum pos keuntungan/kerugian tanpa memperhitungkan pendapatan investasi yang bersumber dari APBN/APBD dan biaya penyusutan.

b) Ekuitas adalah selisih antara hak residual RSD BLUD atas aset dengan seluruh kewajiban yg dimiliki.

Skor rasio imbalan ekuitas adalah sebagai berikut:

Imbalan Ekuitas (ROE) %	Skor
ROE > 8	2
7 < ROE ≤ 8	1,8
6 < ROE ≤ 7	1,6
5 < ROE ≤ 6	1,4
4 < ROE ≤ 5	1,2
3 < ROE ≤ 4	1
2 < ROE ≤ 3	0,8
1 < ROE ≤ 2	0,6
0 < ROE ≤ 1	0,4
ROE = 0	0

7) Perputaran Persediaan (*Inventory Turnover*)

Rumus:

$$\frac{\text{Total Persediaan x 365}}{\text{Pendapatan BLUD (Termasuk APBD/N)}} \text{ x 1 hari}$$

Penjelasan:

a) Total persediaan adalah seluruh barang persediaan yang dimiliki oleh rumah sakit sebagaimana diatur dalam PSAP No. 05 Paragraf 05.

b) Pendapatan RSD BLUD merupakan pendapatan RSD BLUD yang terdiri atas pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan, dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan RSD BLUD, termasuk pendapatan yang berasal dari APBD/APBN.

Skor rasio perputaran persediaan adalah sebagai berikut:

Perputaran Persediaan (PP) Hari	Skor
PP > 60	0
55 < PP ≤ 60	0,5
45 < PP ≤ 55	1
35 < PP ≤ 45	1,5
30 < PP ≤ 35	2
25 < PP ≤ 30	1,5
15 < PP ≤ 25	1
5 < PP ≤ 15	0,5
0 ≤ PP ≤ 5	0

8) Rasio Pendapatan Operasional Terhadap Biaya Operasional

Rumus:

$$\frac{\text{Pendapatan Operasional}}{\text{Biaya Operasional}} \text{ x } 100\%$$

Penjelasan:

a) Pendapatan operasional merupakan penerimaan RSD BLUD yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan, dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan RSD BLUD, tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBD/APBN dan hibah.

b) Biaya operasional merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, terdiri dari belanja pegawai, belanja barang, dan sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBD/APBN dan pendapatan RSD BLUD, tidak termasuk biaya penyusutan.

Skor rasio pendapatan terhadap biaya operasional adalah sebagai berikut:

Rasio Pendapatan Operasional dan Biaya Operasional (PB) %	Skor
PB > 65	2,5
57 < PB ≤ 65	2,25
50 < PB ≤ 57	2
42 < PB ≤ 50	1,75
35 < PB ≤ 42	1,5
28 < PB ≤ 35	1,25
20 < PB ≤ 28	1
12 < PB ≤ 20	0,75

Rasio Pendapatan Operasional dan Biaya Operasional (PB) %	Skor
$4 < PB \leq 12$	0,5
$0 < PB \leq 4$	0

9) Rasio Subsidi Biaya Pasien

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah Subsidi Biaya Pasien}}{\text{Pendapatan BLUD (Termasuk APBD/N)}} \text{ x } 100\%$$

Penjelasan:

a) Jumlah subsidi biaya pasien adalah selisih biaya perawatan yang dikeluarkan rumah sakit dengan tarif jaminan, pemberian keringanan kepada pasien tidak mampu, termasuk kegiatan bakti sosial rumah sakit (Corporate Social Responsibility/CSR). Jumlah subsidi dimaksud diperhitungkan dalam periode satu tahun.

b) Pendapatan RSD BLUD merupakan pendapatan RSD BLUD yang terdiri atas pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan, dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan RSD BLUD, termasuk pendapatan yang berasal dari APBN/APBD.

Skor rasio subsidi biaya pasien sebagai berikut:

Rasio Subsidi Biaya Pasien(SBP) %	Skor
$SBP > 5$	2
$3,5 < SBP \leq 5$	1,5
$2 < SBP \leq 3,5$	1
$0,5 < SBP \leq 2$	0,5
$SBP \leq 0,5$	0

2. Kepatuhan Pengelolaan Keuangan RSD BLUD

1) Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA)

Dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, dinyatakan bahwa:

- Rencana Bisnis dan Anggaran yang selanjutnya disingkat RBA adalah dokumen rencana anggaran tahunan BLUD, yang disusun dan disajikan sebagai bahan penyusunan rencana kerja dan anggaran SKPD dengan mengacu pada Renstra.

- RBA disampaikan kepada PPKD sebagai bahan penyusunan rancangan peraturan daerah tentang APBD.

Skor kepatuhan penyusunan RBA adalah sebagai berikut:

No.	Uraian	Skor	
		Ya	Tdk
1.	RSD BLUD menyusun RBA mengacu pada Renstra.	0,50	0
2.	RBA disampaikan kepada PPKD sebagai bahan penyusunan rancangan peraturan daerah tentang APBD.	0,50	0

2) Laporan Keuangan

Dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, dinyatakan bahwa BLUD diwajibkan menyusun pelaporan dan pertanggungjawaban berupa laporan keuangan semesteran dan tahunan. Laporan keuangan sebagaimana dimaksud diintegrasikan/dikonsolidasikan ke dalam laporan keuangan SKPD, untuk selanjutnya diintegrasikan/ dikonsolidasikan ke dalam laporan keuangan pemerintah paling lama 2 (dua) bulan setelah periode pelaporan berakhir.

Skor kepatuhan penyusunan laporan keuangan adalah sebagai berikut:

No.	Uraian	Skor	
		Ya	Tdk
1.	RSD BLUD menyusun laporan keuangan semesteran	0,25	0
2.	RSD BLUD menyusun laporan keuangan tahunan	0,50	0
3.	Laporan keuangan tahunan disampaikan tepat waktu (2 bulan setelah periode berakhir)	0,25	0

3) Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLUD

Dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah Pasal 69 diatur bahwa dalam pelaksanaan anggaran, pemimpin menyusun laporan pendapatan BLUD, laporan belanja BLUD dan laporan pembiayaan BLUD secara berkala kepada PPKD.

Berdasarkan laporan yang dibuat oleh pemimpin BLUD kepala SKPD menerbitkan Surat Permintaan Pengesahan Pendapatan, Belanja dan Pembiayaan (SP3B) untuk disampaikan kepada PPKD.

Skor penilaian untuk pengesahan pendapatan dan belanja adalah sebagai berikut:

No.	Uraian	Skor	
		Ya	Tdk
1.	Pendapatan, Belanja dan Pembiayaaan telah dilaporkan ke PPKD dengan SP3BP Triwulan I	0,25	0

No.	Uraian	Skor	
		Ya	Tdk
2.	Pendapatan, Belanja dan Pembiayaaan telah dilaporkan ke PPKD dengan SP3BP Triwulan II	0,25	0
3.	Pendapatan, Belanja dan Pembiayaaan telah dilaporkan ke PPKD dengan SP3BP Triwulan III	0,25	0
4.	Pendapatan, Belanja dan Pembiayaaan telah dilaporkan ke PPKD dengan SP3BP Tahunan	0,25	0

4) Tarif Layanan

Dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, Pasal 83, dinyatakan bahwa BLUD memiliki tarif layanan yang ditetapkan oleh Kepada Daerah.

Skor penilaian untuk tarif layanan adalah sebagai berikut:

No.	Uraian	Skor	
		Ya	Tdk
1.	Tarif layanan telah ditetapkan oleh Kepala Daerah	0,50	0
2.	Tarif telah diberlakukan	0,50	0

5) Sistem Akuntansi dan Kebijakan Akuntansi

Dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, Pasal 99, dinyatakan bahwa dalam hal standar akuntansi pemerintahan tidak mengatur jenis usaha BLUD, BLUD mengembangkan dan menerapkan kebijakan akuntansi. BLUD mengembangkan dan menerapkan kebijakan akuntansi yang diatur dengan Peraturan Kepala Daerah

Skor penilaian untuk sistem/kebijakan akuntansi adalah sebagai berikut:

No.	Uraian	Skor	
		Ya	Tdk
1.	Memiliki sistem akuntansi	0,25	0
2.	Sistem akuntansi ditetapkan oleh Kepala Daerah	0,25	0
3.	Memiliki kebijakan akuntansi	0,25	0
4.	Kebijakan akuntansi ditetapkan oleh Kepala Daerah	0,25	0

6) Rekening RSD BLUD

Dalam Peraturan Pemerintah Nomor 39 Tahun 2007 tentang Pengelolaan Uang Negara/Daerah dan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah dinyatakan:

- Gubernur/Bupati/Walikota dapat memberikan ijin pembukaan rekening pengeluaran pada Bank Umum untuk menampung uang persediaan kepada Satuan Kerja Perangkat Daerah.
- Ketentuan lebih lanjut mengenai pengenaan sanksi serta penetapan besaran, tata cara penggunaan, pembukaan dan penutupan rekening, pembukuan, pelaporan dan pertanggungjawaban uang persediaan diatur dengan Peraturan Kepala Daerah.

Skor penilaian untuk rekening adalah sebagai berikut:

No.	Uraian	Skor	
		Ya	Tdk
1.	Pembukaan Rekening BLUD mendapat ijin Kepala Daerah	0,25	0
2.	Pembukaan Rekening BLUD sesuai dengan Perkada	0,25	0

7) SOP Pengelolaan Kas

Dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, Pasal 71, dinyatakan bahwa BLUD menyelenggarakan pengelolaan kas yang meliputi:

1. perencanaan penerimaan dan pengeluaran kas;
2. pemungutan pendapatan atau tagihan;
3. penyimpanan kas dan mengelola rekening bank;
4. pembayaran;
5. perolehan sumber dana untuk menutup defisit jangka pendek;
6. pemanfaatan surplus kas jangka pendek untuk memperoleh pendapatan tambahan.

Skor penilaian untuk SOP Pengelolaan Kas adalah sebagai berikut:

No.	Uraian	Skor	
		Ya	Tdk
1.	Memiliki SOP Pengelolaan Kas	0,25	0
2.	SOP mencakup unsur dalam pasal 71	0,25	0

Untuk butir 2 penilaian dilakukan secara proporsional (jumlah unsur terpenuhi dibagi 6 (empat) dikalikan 0,25).

8) SOP Pengelolaan Piutang

Dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, Pasal 84 s/d Pasal 85 diatur bahwa BLUD melaksanakan pengelolaan piutang berdasarkan praktik bisnis yang sehat.

Skor penilaian untuk SOP Pengelolaan Piutang adalah sebagai berikut:

No.	Uraian	Skor	
		Ya	Tdk
1.	Memiliki SOP Pengelolaan Piutang	0,25	0
2.	SOP Piutang ditetapkan dengan Perkada	0,25	0

9) SOP Pengelolaan Utang

Sesuai dengan ketentuan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, Pasal 86 s/d Pasal 89, BLUD melaksanakan pengelolaan utang berdasarkan praktik bisnis yang sehat dan kewenangan perikatan pinjaman diatur dengan peraturan Kepala Daerah.

Skor penilaian untuk SOP Pengelolaan Utang adalah sebagai berikut:

No.	Uraian	Skor	
		Ya	Tdk
1.	Memiliki SOP Pengelolaan Utang	0,25	0
2.	SOP Utang ditetapkan dengan Perkada	0,25	0

10) SOP Pengadaan Barang dan Jasa

Dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, Pasal 76 s/d Pasal 79 dinyatakan bahwa pengadaan barang dan/atau jasa berdasarkan ketentuan pengadaan barang dan/atau jasa yang ditetapkan dengan peraturan Kepala Daerah.

Skor penilaian untuk SOP Pengadaan barang dan jasa adalah sebagai berikut:

No.	Uraian	Skor	
		Ya	Tdk
1.	Memiliki SOP Pengadaan Barang/Jasa	0,25	0
2.	SOP PBJ ditetapkan dengan Perkada	0,25	0

11) SOP Pengelolaaan Barang Inventaris

Dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, Pasal 80 dinyatakan bahwa BLUD dalam melaksanakan pengelolaan barang mengikuti ketentuan peraturan perundang-undangan mengenai barang milik daerah.

Skor penilaian untuk SOP Pengelolaan Barang Inventaris adalah sebagai berikut:

No.	Uraian	Skor	
		Ya	Tdk
1.	Memiliki SOP Pengelolaan Barang Inventaris	0,25	0
2.	SOP sesuai peraturan perundangan tentang BMD	0,25	0

12) Ketepatan Waktu Penyampaian Klaim BPJS

Sesuai Peraturan Kepala BPJS, Fasilitas Kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara reguler paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya, kecuali kapitasi tidak perlu diajukan klaim oleh Fasilitas Kesehatan.

Skor penilaian untuk ketepatan waktu penyampaian klaim BPJS adalah sebagai berikut:

Ketepatan Waktu Pengajuan Klaim BPJS (WPK) Dalam 12 Bulan	Skor
WPK > 10	1
8 < WPK < 10	0,75
5 < WPK < 8	0,5
2 < WPK < 5	0,25
WPK < 2	0

Catatan:

Skor didasarkan pada jumlah pengajuan klaim BPJS yang tepat waktu (tanggal 10 bulan berikutnya) dalam jangka waktu 1 tahun (12 kali pengajuan).

13) Rencana Strategis (Renstra)

Dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, dinyatakan bahwa BLUD, wajib menyusun Renstra sesuai dengan ketentuan perundang- undangan sebagai bagian dari Renstra SKPD. Penyusunan Renstra memuat:

a. Rencana pengembangan layanan;
b. strategis dan arah kebijakan;
c. rencana program dan kegiatan; dan
d. rencana keuangan.

Skor penilaian untuk Rencana Strategis (Renstra) adalah sebagai berikut:

No.	Uraian	Skor	
		Ya	Tdk
1.	Memiliki Renstra	0,25	0
2.	Renstra ditetapkan dengan Perkada	0,25	0
3.	Memuat Unsur-unsur sesuai Permendagri 79/2018	0,50	

Untuk butir 3 penilaian dilakukan secara proporsional (jumlah unsur terpenuhi dibagi 4 (empat) dikalikan 0,50).

14) Perjanjian Kinerja

Dalam Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum, dinyatakan bahwa sebagai manifestasi dari hubungan kerja antara menteri/pimpinan lembaga/gubernur/ bupati/walikota dengan pimpinan BLUD, kedua belah pihak menandatangani perjanjian kinerja (a contractual performance agreement). Dalam perjanjian tersebut, pihak terdahulu menugaskan pihak terakhir untuk menyelenggarakan kegiatan pelayanan umum sesuai dengan yang tercantum dalam dokumen pelaksanaan anggaran, dan pihak yang terakhir berhak mengelola dana sebagaimana tertuang dalam dokumen pelaksanaan anggaran tersebut.

Dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, Pasal 68, dinyatakan bahwa:

a) DPA yang telah disahkan dan RBA, menjadi lampiran perjanjian kinerja yang di tandatangani oleh Kepala Daerah dan Pemimpin.
b) Perjanjian Kinerja antara lain memuat kesanggupan untuk meningkatkan:
    - Kinerja Pelayanan bagi masyarakat
    - Kinerja Keuangan
    - Kinerja Manfaat bagi masyarakat.

Skor penilaian untuk perjanjian kinerja adalah sebagai berikut:

No.	Uraian	Skor	
		Ya	Tdk
1.	Memiliki Perjanjian Kinerja yang ditandatangani oleh Kepala Daerah	0,25	0
2.	Perjanjian Kinerja memuat unsur:		
	a. Kinerja Pelayanan bagi masyarakat	0,25	0
	b. Kinerja Keuangan	0,25	0
	c. Kinerja Manfaat bagi masyarakat	0,25	0

B. Penilaian Indikator Pada Aspek Pelayanan

1. Pertumbuhan Produktivitas

1) Pertumbuhan Rata-rata Kunjungan Rawat Jalan

Rumus:

$$\frac{\text{Rata} - \text{rata kunjungan rawat jalan per hari tahun berjalan}}{\text{Rata} - \text{rata kunjungan rawat jalan per hari tahun lalu}}$$

Penjelasan:

Rata-rata kunjungan rawat jalan per hari dihitung berdasarkan jumlah kunjungan pasien rawat jalan selama satu tahun dibagi dengan jumlah hari kerja sesuai dengan hari kerja di masing-masing rumah sakit dengan rumus:

$$\frac{Jumlah\ kunjungan\ rawat\ jalan\ pada\ satu\ tahun}{Jumlah\ hari\ kerja\ dalam\ satu\ tahun}$$

Skor pertumbuhan rata-rata kunjungan rawat jalan adalah sebagai berikut:

Pertumbuhan Rata-rata Kunjungan Rawat **J**alan (R**J**)	Skor
RJ > 1,10	3
1,00 < RJ < 1,10	2,5
0,95 < RJ < 1,00	2
0,90 < RJ < 0,95	1,5
0,85 < RJ < 0,90	1
RJ < 0,85	0

2) Pertumbuhan Rata-rata Kunjungan Rawat Darurat

Rumus:

$$\frac{\text{Rata} - \text{rata kunjungan rawat darurat per hari tahun berjalan}}{\text{Rata} - \text{rata kunjungan rawat darurat per hari tahun lalu}}$$

Penjelasan:

Rata-rata kunjungan rawat darurat per hari dihitung berdasarkan jumlah kunjungan pasien rawat darurat selama satu tahun dibagi dengan jumlah hari kerja di rumah sakit dengan rumus:

$$\frac{Jumlah\ kunjungan\ rawat\ darurat\ pada\ satu\ tahun}{Jumlah\ hari\ kerja\ dalam\ satu\ tahun}$$

Skor pertumbuhan rata-rata kunjungan rawat darurat adalah sebagai berikut:

Pertumbuhan Rata-rata Kunjungan Rawat Darurat (RD)	Skor
RD > 1,10	2,5
1,00 < RD < 1,10	2
0,95 < RD < 1,00	1,5
0,90 < RD < 0,95	1
0,85 < RD < 0,90	0,5
RD < 0,85	0

3) Pertumbuhan Hari Perawatan Rawat Inap

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah hari perawatan rawat inap tahun berjalan Jumlah}}{\text{Hari perawatan rawat inap tahun lalu}}$$

Penjelasan:

Hari perawatan dihitung berdasarkan jumlah pasien dalam perawatan di ruangan selama satu hari (24 jam) dalam satu tahun dibagi dengan jumlah hari dalam tahun yang sama, dengan rumus:

$$\frac{\textit{Jumlah Pasien Dalam Perawatan di Ruangan Selama Satu Hari (24 Jam) Selama Satu Tahun}}{\textit{Jumlah hari kerja dalam satu tahun}}$$

Skor pertumbuhan hari perawatan rawat inap adalah sebagai berikut:

Pertumbuhan Rata-rata Kunjungan Rawat Inap (RI)	Skor
RI > 1,10	2,5
1,00 < RI < 1,10	2
0,95 < RI < 1,00	1,5
0,90 < RI < 0,95	1
0,85 < RI < 0,90	0,5
RI < 0,85	0

4) Pertumbuhan Pemeriksaan Radiologi

Rumus:

$$\frac{\text{Rata} - \text{rata pemeriksaan radiologi per hari tahun berjalan}}{\text{Rata} - \text{rata pemeriksaan radiologi per hari tahun lalu}}$$

Penjelasan:

Rata-rata pemeriksaan radiologi per hari dihitung berdasarkan jumlah pemeriksaaan radiologi selama satu tahun dibagi dengan jumlah hari kerja di unit layanan radiologi dengan rumus:

$$\frac{\textit{Jumlah pemeriksaan radiologi selama satu tahun Jumlah}}{\textit{Jumlah hari kerja unit layanan radiologi dalam tahun yang sama}}$$

Pemeriksaan radiologi pada unit layanan radiologi dapat berupa:

a) Pemeriksaan radiologi;
b) Pemeriksaan radiodiagnostik dan imaging;
c) Pemeriksaan psikometri; dan atau
d) Pemeriksaan elektrodiagnostik.

Skor pertumbuhan pemeriksaan radiologi adalah sebagai berikut:

Pertumbuhan Pemeriksaan Radiologi (PR)	Skor
PR > 1,10	2,5
1,00 < PR < 1,10	2
0,95 < PR < 1,00	1,5
0,90 < PR < 0,95	1
0,85 < PR < 0,90	0,5
PR < 0,85	0

5) Pertumbuhan Pemeriksaan Laboratorium

Rumus:

$$\frac{\text{Rata} - \text{rata pemeriksaan laboratorium per hari tahun berjalan}}{\text{Rata} - \text{rata pemeriksaan laboratorium per hari tahun lalu}}$$

Penjelasan:

Rata-rata pemeriksaan laboratorium per hari dihitung berdasarkan jumlah pemeriksaan laboratorium selama satu tahun dibagi dengan jumlah hari kerja di unit layanan laboratorium dengan rumus:

$$\frac{\textit{Jumlah pemeriksaan laboratorium selama satu tahun Jumlah}}{\textit{Jumlah hari kerja unit layanan laboratorium dalam tahun yang sama}}$$

Pemeriksaan laboratorium pada unit layanan laboratorium dapat berupa:

a) Pemeriksaan laboratorium patologi klinik;
b) Pemeriksaan laboratorium patologi anatomi;
c) Pemeriksaan laboratorium mikrobiologi; dan/ atau
d) Kegiatan kesehatan jiwa masyarakat, untuk Rumah Sakit Jiwa (RSJ) dan Rumah Sakit Ketergantungan Obat (RSKO). Khusus untuk RSJ dan RSKO termasuk pemeriksaan NAPZA.

Skor pertumbuhan pemeriksaan laboratorium sebagai berikut:

Pertumbuhan Pemeriksaan Laboratorium (PL)	Skor
PL > 1,10	2,5
1,00 < PL < 1,10	2
0,95 < PL < 1,00	1,5
0,90 < PL < 0,95	1
0,85 < PL < 0,90	0,5
PL < 0,85	0

Pemeriksaan laboratorium pada unit layanan laboratorium dapat berupa:

a) Pemeriksaan laboratorium patologi klinik;
b) Pemeriksaan laboratorium patologi anatomi;
c) Pemeriksaan laboratorium mikrobiologi; dan/ atau
d) Kegiatan kesehatan jiwa masyarakat, untuk Rumah Sakit Jiwa (RSJ) dan Rumah Sakit Ketergantungan Obat (RSKO). Khusus untuk RSJ dan RSKO termasuk pemeriksaan NAPZA.

Skor pertumbuhan pemeriksaan laboratorium sebagai berikut:

Pertumbuhan Pemeriksaan Radiologi (PL)	Skor
PL > 1,10	2,5

1,00 < PL < 1,10	2
0,95 < PL < 1,00	1,5
0,90 < PL < 0,95	1
0,85 < PL < 0,90	0,5
PL < 0,85	0

6) Pertumbuhan Operasi

Rumus:

$$\frac{\text{Rata} - \text{rata operasi per hari tahun berjalan}}{\text{Rata} - \text{rata operasi per hari tahun lalu}}$$

Penjelasan:

Operasi meliputi tindakan bedah mayor dan bedah minor, sedangkan khusus untuk Rumah Sakit Jiwa (RSJ) dan Rumah Sakit Ketergantungan Obat (RSKO) disetarakan dengan:

a) Tindakan psikoterapi;
b) Tindakan ECT (Elektrokonvulsif Terapi); dan/atau
c) Tindakan detoksifikasi.

Rata-rata tindakan operasi per hari dihitung berdasarkan jumlah tindakan operasi selama satu tahun dibagi dengan jumlah hari kerja di unit layanan tindakan operasi dengan rumus:

$$\frac{\textit{Jumlah tindakan operasi selama satu tahun}}{\textit{Jumlah hari kerja unit layanan operasi dalam tahun yang sama}}$$

Skor pertumbuhan operasi adalah sebagai berikut:

Pertumbuhan Operasi (PO)	Skor
PO > 1,10	2,5
1,00 < PO < 1,10	2
0,95 < PO < 1,00	1,5
0,90 < PO < 0,95	1
0,85 < PO < 0,90	0,5
PO < 0,85	0

7) Pertumbuhan Rehab Medik

Rumus:

$$\frac{\text{Rata} - \text{rata rehab medik per hari tahun berjalan}}{\text{Rata} - \text{rata rehab medik per hari tahun lalu}}$$

Penjelasan:

Rata-rata rehab medik per hari dihitung berdasarkan jumlah pemeriksaan rehab medik selama satu tahun dibagi dengan jumlah hari kerja di unit pelayanan rehab medik dengan rumus:

$$\frac{\textit{Jumlah tindakan rehab medik selama satu tahun}}{\textit{Jumlah hari kerja unit layanan rehab medik dalam tahun yang sama}}$$

Skor pertumbuhan rehab medik adalah sebagai berikut:

Pertumbuhan Rehab Medik (PRM)	Skor
PRM > 1,10	2,5
1,00 < PRM < 1,10	2
0,95 < PRM < 1,00	1,5
0,90 < PRM < 0,95	1
0,85 < PRM < 0,90	0,5
PRM < 0,85	0

2. Efektifitas pelayanan

1) Kelengkapan Rekam Medik 24 Jam Selesai Pelayanan

Rumus:

$$\frac{\text{Rekam medik 24 jam yg telah diisi lengkap stl selesai pelayanan x 100\%}}{\text{Jumlah semua rekam medik}}$$

Penjelasan:

Rekam medik 24 jam selesai pelayanan adalah rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana pelayanan, pelaksanaan pelayanan, tindak lanjut dan resume.

Skor kelengkapan rekam medik 24 jam selesai pelayanan adalah sebagai berikut:

Kelengkapan Rekam Medik 24 Jam Selesai Pelayanan (KRM)/%	Skor
KRM > 80	2
60 < KRM < 80	1,5
40 < KRM < 60	1,25
30 < KRM < 40	1
20 < KRM < 30	0,5
0 < KRM < 20	0

2) Pengembalian Rekam Medik

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah rekam medik rawat dikembalikan } < 24 \text{ jam x } 100\%}{\text{Jumlah semua rekam medik dalam satu tahun}}$$

Penjelasan:

Pengembalian rekam medik adalah rata-rata jumlah rekam medik yang dikembalikan dari rawat inap ke pengelola rekam medik dalam waktu ≤ 24 jam setelah pasien pulang selama satu tahun.

Skor pengembalian rekam medik adalah sebagai berikut:

Pengembalian Rekam Medik (PRM)	Skor
PRM > 80	2
60 < PRM < 80	1,5
40 < PRM < 60	1,25
30 < PRM < 40	1
20 < PRM < 30	0,5
0 < PRM < 20	0

.

3) Angka Pembatalan Operasi

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah pembatalan operasi efektif x 100\%}}{\text{Jumlah tindakan operasi yang telah direncanakan}}$$

Penjelasan:

Angka pembatalan operasi dihitung berdasarkan persentase jumlah pembatalan operasi elektif yang sudah dijadwalkan di kamar operasi selama satu tahun dibandingkan dengan jumlah pasien telah dijadwalkan di kamar operasi dalam satu tahun.

Untuk RSJ dan RSKO, pembatalan operasi disetarakan dengan pembatalan pada:

a) Tindakan psikoterapi;
b) Tindakan ECT (Elektrokonvulsif Terapi); dan / atau
c) Tindakan detoksifikasi

Skor angka pembatalan operasi adalah sebagai berikut:

Angka Pembatalan Operasi (APO)/%	Skor
APO > 3	0,5
2 < APO < 3	1
1 < APO < 2	1, 5
0 < APO < 1	2

4) Angka Kegagalan Hasil Radiologi

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah kegagalan hasil radiologi x 100\%}}{\text{Jumlah pemeriksaan radiologi}}$$

Penjelasan:

Angka kegagalan hasil radiologi dihitung berdasarkan persentase dari jumlah kegagalan radiologi berupa kerusakan foto rontgen yang tidak dapat dibaca selama satu tahun terhadap jumlah keseluruhan pemeriksaan radiologi (rontgen) dalam tahun yang sama.

Skor angka kegagalan hasil radiologi adalah sebagai berikut:

Angka Kegagalan Hasil Radiologi (AKR)/%	Skor
AKR > 3	0,5
2 < AKR < 3	1
1 < AKR < 2	1, 5
0 < AKR < 1	2

5) Penulisan Resep Sesuai Formularium

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah resep sesuai formularium}}{\text{Jumlah semua resep di rumah sakit}} \times 100\%$$

Penjelasan:

Penulisan resep sesuai formularium adalah persentase jenis obat yang diresepkan sesuai dengan formularium dibandingkan dengan seluruh resep di rumah sakit selama satu tahun.

Skor penulisan resep sesuai formularium adalah sebagai berikut:

Penulisan Resep Sesuai Formularium (PRF)/%	Skor
PRF > 90	2
70 < PRF < 90	1,5
50 < PRF < 70	1
0 < PRF < 50	0,5

6) Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium

Rumus:

$$\frac{\text{Jml pemeriksaan ulang di laboratorium Patologi klinik slm 1 tahun}}{\text{Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium pada tahun yang sama}} \times 100\%$$

Penjelasan:

Angka pemeriksaan ulang di laboratorium (kegagalan hasil laboratorium) dihitung berdasarkan persentase dari jumlah pemeriksaan ulang di laboratorium patologi klinik selama satu tahun dibandingkan jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium pada tahun yang sama. Adapun pemeriksaan ulang laboratorium khusus untuk RSJ dan RSKO adalah terkait dengan pemeriksaan NAPZA.

Skor angka pengulangan pemeriksaan laboratorium adalah sebagaia berikut:

Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium (PPL)/%	Skor
PPL > 3	0,5
2 < PPL < 3	1
1 < PPL < 2	1, 5
0 < PPL < 1	2

7) Bed Occupancy Rate (BOR)

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah hari perawatan x 100\%}}{\text{Jumlah hari x tempat tidur}}$$

Penjelasan:

BOR menggambarkan tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit, berdasarkan persentase pemakaian tempat tidur per hari selama setahun (365 hari). BOR dihitung dari total hari perawatan selama satu tahun dibagi dengan jumlah hari dalam setahun (365 hari) dikalikan jumlah tempat tidur.

Nilai parameter BOR yang ideal adalah antara 60-80%. Skor BOR adalah sebagai berikut:

Bed Occupancy Rate (BOR)/%	Skor
BOR > 100	0,5
90 < BOR < 100	1
80 < BOR < 90	1,5
70 < BOR < 80	2
60 < BOR < 70	1,5
50 < BOR < 60	1
BOR < 50	0,5

3. Pertumbuhan Pembelajaran

1) Rata-rata Jam Pelatihan Karyawan

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah jam pelatihan karyawan dalam 1 tahun x 100\%}}{\text{Jumlah karyawan dalam 1 tahun x 20 jam}}$$

Penjelasan:

Rata-rata jam pelatihan per karyawan adalah total realisasi jam pelatihan karyawan dalam satu tahun dibagi jumlah karyawan dikali 20 jam.

Skor rata-rata jam pelatihan karyawan sebagai berikut:

Rata-Rata Jam Pelatihan Karyawan (JPK)	Skor
JPK > 80	1,5
60 < JPK < 80	1
40 < JPK < 60	0,5
JPK < 40	0,25

2) Petugas Layanan Gawat Darurat Bersertifikat (PGD)

Standar tenaga pelayanan kegawatdaruratan menurut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 856/Menkes/SK/IX/2009 mensyaratkan petugas pemberi pelayanan gawat darurat dengan kualifikasi:

a) Dokter Umum: Pelatihan Kegawatdaruratan (GELTS, ATLS, ACLS, dll).
b) Perawat Kepala S1/DIII: Pelatihan Kegawatdaruratan (emergency nursing, BTLS, BCLS, dll).
c) Perawat: Pelatihan *Emergency Nursing*

Rumus:

$$\frac{\text{Petugas Layanan Gawat Darurat Bersertifikat}}{\text{Rata} - \text{rata rehab medik per hari tahun lalu}}$$

Skor untuk petugas layanan gawat darurat bersertifikat adalah sebagai berikut:

Petugas Layanan Gawat Darurat Bersertifikat (PGD) %	Skor
PGD > 90	1
70 < PGD < 90	0,75
50 < PGD < 70	0,5
30 < PGD < 50	0,25
PGD < 30	0

3) Program *Reward and Punishment*

Program *reward and punishment* merupakan salah satu bentuk metode untuk memotivasi dan meningkatkan kinerja pegawai. *Reward* (penghargaan) merupakan bentuk apresiasi dari rumah sakit kepada Sumber Daya Manusia (SDM) yang berprestasi. Sedangkan *punishment* (sanksi) dihitung berdasarkan bentuk hukuman yang diberikan oleh rumah sakit kepada SDM yang melanggar peraturan disiplin kepegawaian.

Skor program *reward and punishment* adalah sebagai berikut:

Program Reward and Punishment	Skor
Tidak ada program *reward and punishment*	0
Ada program tidak dilaksanakan	0,5

Ada program sebagian dilaksanakan	1
Ada program dilaksanakan sepenuhnya	1,5

C. Mutu dan Manfaat Kepada Masyarakat

1. Mutu Pelayanan:

1) Emergency Response Time Rate

Rumus:

Rata-rata waktu tunggu sampai mendapatkan pelayanan (dalam menit) di instalasi gawat darurat.

Penjelasan:

Emergency response time rate adalah jangka waktu penanganan pasien gawat darurat dari awal pasien masuk sampai dengan pasien bisa ditangani (ABC *treatment*, dari awal resultasi sampai dengan stabilisasi).

Skor *emergency response time rate* adalah sebagai berikut:

Emergency Response Time Rate (ERT)/Menit	Skor
ERT < 8	2
8 < ERT < 15	1,5
15 < ERT < 30	1
ERT > 30	0,5

2) Waktu Tunggu Rawat Jalan

Rumus:

Rata-rata lama waktu tunggu pasien sampai mendapatkan pelayanan di unit rawat jalan (dalam menit).

Penjelasan:

Waktu tunggu rawat jalan adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis. Waktu standar umumnya adalah ≤ 30 menit.

Skor waktu tunggu rawat jalan adalah sebagai berikut:

Waktu Tunggu Rawat Jalan (WRJ)/Menit	Skor
ERT < 30	2
30 < ERT < 60	1,5
60 < ERT < 90	1
ERT > 90	0,5

3) Length of Stay

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah lama dirawat}}{\text{Jumlah pasien keluar}}$$

Penjelasan:

Rata-rata *Length of Stay* (LOS) merupakan rata-rata lama rawatan pasien, yang memberikan gambaran tingkat efisiensi juga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan apabila diterapkan pada diagnosis tertentu. Standar LOS berdasarkan Standar Pelayanan Minimal (SPM) pada rumah sakit umum adalah 6 s.d. 9 hari;

Skor Rata-rata LOS adalah sebagai berikut:

a) LOS Rumah Sakit Umum

Length of Stay (LOS) RSU/Hari	Skor
LOS < 6	1,5
6 < LOS < 9	2
9 < LOS < 12	1,5
12 < LOS < 15	1
LOS > 15	0,5

4) Kecepatan Pelayanan Resep Obat Jadi

Rumus:

Rata-rata penyelesaian pelayanan resep obat jadi (dalam menit)

Penjelasan:

Kecepatan pelayanan resep obat jadi dihitung berdasarkan jumlah waktu yang diperlukan untuk menyediakan obat sejak resep diserahkan oleh pasien ke petugas farmasi rumah sakit sampai dengan pasien menerima obat jadi (standar < 30 menit).

Skor kecepatan pelayanan resep obat jadi adalah sebagai berikut:

Kecepatan Pelayanan Resep Obat Jadi (KRO)/Menit	Skor
KRO < 8	2
8 < KRO < 15	1,5
15 < KRO < 30	1
KRO > 30	0,5

5) Waktu Tunggu Sebelum Operasi

Rumus:

Rata-rata lama menunggu sebelum dioperasi elektif (dalam hari)

Penjelasan:

Waktu tunggu sebelum operasi dihitung berdasarkan waktu tunggu pasien sejak diputuskan operasi elektif dan telah dijadwalkan di kamar operasi sampai dilaksanakannya tindakan operasi (standar 2 hari).

Untuk RSJ disetarakan dengan waktu tunggu elektif tindakan psikoterapi/ECT/detoksifikasi.

Skor waktu tunggu sebelum operasi elektif adalah sebagai berikut:

Waktu Tunggu Sebelum Operasi (WTO)/Hari	Skor
WTO < 2	2
2 < WTO < 3	1,5
3 < WTO < 5	1
WTO > 5	0,5

6) Waktu Tunggu Hasil Laboratorium

Rumus:

Rata-rata lama menunggu hasil laboratorium (dalam jam)

Penjelasan:

Waktu tunggu hasil laboratorium adalah tenggang waktu sejak pasien diambil sampel sampai dengan menerima hasil yang sudah di ekspertise (standar ≤ 140 menit).

Skor waktu tunggu hasil laboratorium adalah sebagai berikut:

Waktu Tunggu Hasil Laboratorium (WTL)/Jam	Skor
WTL < 3	2
3 < WTL < 4	1,5
4 < WTL < 5	1
WTL > 5	0,5

7) Waktu Tunggu Hasil Radiologi

Rumus:

Rata-rata lama menunggu hasil radiologi (dalam jam)

Penjelasan:

Waktu tunggu hasil radiologi adalah tenggang waktu mulai pasien difoto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertise (standar ≤ 2 jam).

Skor waktu tunggu hasil radiologi adalah sebagai berikut:

Waktu Tunggu Hasil Radiologi (WTR)/Jam	Skor
WTR < 3	2
3 < WTR < 4	1,5

4 < WTR < 5	1
WTR > 5	0,5

2. Mutu Klinik

1) Angka Kematian/Kebutaan/Lari/Bunuh Diri di Gawat Darurat

a) Rumah Sakit Umum

Pada rumah sakit umum AKG dihitung dari jumlah kematian pasien yang telah dilayani di UGD dengan rumus:

$$\frac{\text{Jumlah kematian pasien yang telah mendapatkan pelayanan di UGD}}{\text{Jumlah Pasien di UGD}}$$

Penjelasan:

Angka kematian/kebutaan/lari/bunuh diri di gawat darurat pada RS merupakan persentase dari perbandingan antara jumlah kematian/ kebutaan/lari/bunuh diri pasien yang telah dilayani di Unit Gawat Darurat (UGD) pada RS dengan jumlah seluruh pasien yang dilayani oleh UGD pada RS.

Skor angka kematian/kebutaan/lari/bunuh diri di gawat darurat pada RSU adalah sebagai berikut:

Angka Kematian/Kebutaan/Lari/Bunuh Diri Di Gawat Darurat (AKG)/%	Skor
AKG < 2,5	2
2,5 < AKG < 3	1,5
3 < AKG < 5	1
AKG > 5	0

2) Angka Kematian/Kebutaan ≥ 48 Jam

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah pasien meninggal/buta} \geq 48\ \text{Jam} \times 100\%}{\text{Jumlah pasien yang dirawat}}$$

Penjelasan:

Angka kematian ≥ 48 jam adalah jumlah pasien yang meninggal atau mengalami kebutaan (untuk rumah sakit khusus mata), setelah dirawat lebih dari atau sama dengan 48 jam, yang dihitung dalam periode satu tahun dibandingkan dengan jumlah pasien keluar (hidup/mati) pada tahun yang sama.

Skor angka kematian/kebutaan ≥ 48 jam adalah sebagai berikut:

Angka Kematian/Kebutaan (AKL) > 48 Jam (%)	Skor
AKL < 25	2
25 < AKL < 40	1,5
40 < AKL < 65	1
AKL > 65	0

3) *Post Operative Death Rate*

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah pasien operasi yang meninggal} \times 100\%}{\text{Jumlah pasien yang dioperasi}}$$

Penjelasan:

Post Operative Death Rate dihitung berdasarkan angka kematian setelah dilakukan operasi dalam jangka waktu 2 jam termasuk kasus DOT (*Death on The Table*). Untuk RSJ disetarakan dengan angka kematian pasien pasca psikoterapi/ ECT detoksifikasi.

Skor untuk *post operative date rate* adalah sebagai berikut:

Post Operative Date Rate (POD)/%	Skor
POD < 2	2
2 ≤ POD < 5	1,5
5 ≤ POD < 10	1
POD ≥ 10	0

4) Angka Infeksi Nosokomial

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah pasien dirawat yang terkena infeksi nosokomial} \times 100\%}{\text{Jumlah pasien yang dirawat}}$$

Penjelasan:

Angka infeksi nosokomial dihitung berdasarkan angka kejadian infeksi dalam rumah sakit dan atau cidera fisik yang didapat pasien. Perhitungan skor angka infeksi nosokomial merupakan penjumlahan dari skor yang diperoleh dari perhitungan angka infeksi nosokomial sebagai berikut:

a) Untuk Rumah Sakit Umum

Untuk RSU perhitungan angka infeksi nosokomial menggunakan perhitungan sebagai berikut:

(1) Dekubitus

Dekubitus adalah kerusakan pada area permukaan tubuh tertentu karena gangguan aliran darah akibat tekanan dalam jangka waktu lama;

Dekubitus (AIN)/%	Skor
AIN < 1,5	1
1,5 < AIN < 5	0,75
5 < AIN < 10	0,5
AIN > 10	0,25

(2) Phlebitis

Phlebitis adalah peradangan pada dinding pembuluh darah balik (vena) akibat pemasangan intra vena cateter;

Phlebitis (AIN)/%	Skor
AIN < 1,5	1
1,5 < AIN < 5	0,75
5 < AIN < 10	0,5
AIN > 10	0,25

(3) Infeksi Saluran Kemih (ISK)

Infeksi saluran kemih adalah infeksi pada saluran kemih akibat pemasangan kateter;

Infeksi Saluran Kemih (AIN)/%	Skor
AIN < 1,5	1
1,5 < AIN < 5	0,75
5 < AIN < 10	0,5
AIN > 10	0,25

(4) Infeksi Luka Operasi (ILO)

Infeksi Iuka operasi adalah infeksi yang terjadi pada daerah operasi bersih dalam kurun waktu satu bulan pasca operasi tanpa implan atau satu tahun pasca operasi dengan implant.

Infeksi Luka Operasi (AIN)/%	Skor
AIN < 1,5	1
1,5 < AIN < 5	0,75
5 < AIN < 10	0,5
AIN > 10	0,25

5) Angka Kematian Ibu di Rumah Sakit

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah Ibu meninggal dalam proses kehamilan persalinan dan nifas} \times 100\%}{\text{Jumlah ibu yang dilayani dalam proses kehamilan, persalinan dan nifas}}$$

Penjelasan:

Angka kematian ibu di rumah sakit adalah jumlah kematian ibu terkait proses kehamilan, persalinan dan nifas yang dilayani di rumah sakit selama periode satu tahun, dibandingkan dengan jumlah ibu yang dilayani dalam proses kehamilan, persalinan dan nifas dalam periode tahun yang sama.

Skor jumlah kematian ibu di rumah sakit adalah sebagai berikut:

Angka Kematian Ibu Di Rumah Sakit (AKI)/%	Skor
AKI < 1	2
1 < AKI < 2	1,5
2 < AKI < 3	1
AKI > 3	0

3. Kepedulian Kepada Masyarakat/Pelanggan

1) Rasio Tempat Tidur Kelas III (RTT)

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah Tempat Tidur Perawatan Kelas III} \times 100\%}{\text{Jumlah Seluruh Tempat Tidur Perawatan}}$$

Penjelasan:

Dalam Pasal 20 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi Dan Perizinan Rumah Sakit dinyatakan bahwa pelayanan rawat inap harus dilengkapi dengan fasilitas jumlah tempat tidur perawatan Kelas III paling sedikit 30% (tiga puluh persen) dari seluruh tempat tidur untuk Rumah Sakit milik Pemerintah.

Skor Rasio tempat tidur kelas III kesehatan adalah sebagai berikut:

Rasio Tempat Tidur Kelas III (RTT)/ (%)	Skor
RTT > 30	2
20 < RTT < 30	1,5
10 < RTT < 20	0,75
RTT < 10	0

2) Penanganan Pengaduan/Komplain

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah Pengaduan tertulis yang telah ditindaklanjuti manajemen} \times 100\%}{\text{Jumlah komplain tertulis yang dilaporkan}}$$

Penjelasan:

Penanganan pengaduan/komplain adalah jumlah pengaduan/komplain tertulis yang dilaporkan ke unit pengelola pelayanan pelanggan dan telah direspon/ditindaklanjuti oleh manajemen rumah sakit dalam periode satu tahun, dibandingkan dengan jumlah semua pengaduan/komplain tertulis yang dilaporkan dalam periode tahun yang sama. Standar persentase penanganan pengaduan/komplain adalah ≥ 60%.

Skor penanganan pengaduan/komplain adalah sebagai berikut:

Penanganan Pengaduan/Komplain (PPK)/ (%)	Skor
PPK ≥ 70	1

Penanganan Pengaduan/Komplain (PPK)/ (%)	Skor
60 ≤ PPK < 70	0,75
50 ≤ PPK < 60	0,5
PPK < 50	0

3) Kepuasan Pelanggan

Rumus:

$$\frac{\text{Hasil Penilaian IKM} \times \text{Bobot}}{\text{Skala Maksimal Nilai IKM}}$$

Penjelasan:

Kepuasan pelanggan adalah angka yang diperoleh dari hasil survei kepuasan pelanggan dengan menggunakan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) yang dilaksanakan di lokasi layanan sesuai dengan metode dan ketentuan sebagaimana diatur dalam pedoman umum penyusunan IKM unit layanan instansi pemerintah dengan maksimal skor 1.

4. Kepedulian Terhadap Lingkungan

1) Pengolahan Baku Mutu Limbah Cair

Penilaian atas indikator kepedulian terhadap lingkungan didasarkan pengolahan baku mutu limbah cair yang terdiri dari Biochemical Oxygen Demand (BOD), Chemical Oxygen Demand (COD), Total Suspended Solids (TSS), dan Potential Hidrogen (PH).

Skor pengolahan baku mutu limbah cair adalah sebagai berikut:

No.	Uraian	Skor	
		Ya	Tdk
1.	*Biochemical Oxygen Demand* (BOD) < 30mg/l	0,5	0
2.	*Chemical Oxygen Demand* (COD) < 80mg/l	0,5	0
3.	*Total Suspended Solids* (TSS) < 30 mg/l	0,5	0
4.	*Potential Hidrogen* (PH) 6-9	0,5	0

5. Akreditasi Rumah Sakit

1) Penilaian Akreditasi Rumah Sakit

Sesuai Permenkes No. 34 Tahun 2015 setiap Rumah Sakit wajib melakukan akreditasi paling lama setelah beroperasi 2 (dua) tahun sejak memperoleh izin operasional untuk pertama kali. Akreditasi diselenggarakan secara berkala paling sedikit setiap 3 (tiga) tahun sekali.

Skor penilaian akreditasi rumah sakit adalah sebagai berikut:

Penilaian Akreditasi Rumah Sakit	Skor
Kategori Paripurna	2
Kategori Utama	1,5
Kategori Madya	1

Penilaian Akreditasi Rumah Sakit	Skor
Kategori Perdana	0,5