



BUPATI BLITAR
PROVINSI JAWA TIMUR

PERATURAN BUPATI BLITAR
NOMOR 18 TAHUN 2021
TENTANG
RENCANA STRATEGIS
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SRENGAT
KABUPATEN BLITAR TAHUN 2021 - 2026

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI BLITAR,

Menimbang : bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 41 ayat (2) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Rencana Strategis Rumah Sakit Umum Daerah Srengat Kabupaten Blitar Tahun 2021 – 2026;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Jawa Timur (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 41) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1965 tentang Perubahan Batas Wilayah Kotapraja Surabaya dan Daerah Tingkat II Surabaya dengan mengubah Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Jawa Timur dan Undang-Undang Nomor 16 Tahun 1965 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten Kota Besar dalam Lingkungan Propinsi Jawa Timur, Jawa Tengah, Jawa Barat, dan Daerah Istimewa Yogyakarta (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965

- Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2730);
2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
 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 2005 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4421);
 6. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005-2025 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 33, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4700);
 7. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063) sebagaimana telah diubah dengan Pasal 60 Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);

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 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 Pasal 176 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. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2008 tentang Tahapan, Tata Cara Penyusunan, Pengendalian dan Evaluasi Perencanaan Pembangunan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 81);

12. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5887) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 2019 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 187);
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 Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 28 Tahun 2004 tentang Akuntabilitas Pelayanan Publik;
16. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2036) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 120 Tahun 2018 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 157);
17. 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 Keraja Pemerintah Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 1312);
18. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
 19. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 77 Tahun 2020 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 178);
 20. Peraturan Daerah Kabupaten Blitar Nomor 1 Tahun 2020 tentang Pendirian Rumah Sakit Umum Daerah Srengat Kabupaten Blitar (Lembaran Daerah Kabupaten Blitar Tahun 2020 Nomor 1/E, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Blitar Nomor 56);
 21. Peraturan Bupati Blitar Nomor 1 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Hubungan Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Srengat Kabupaten Blitar (Berita Daerah Kabupaten Blitar Tahun 2020 Nomor 1/E);
 22. Peraturan Bupati Blitar Nomor 7 Tahun 2020 tentang Peraturan Pelaksanaan Peraturan Daerah Kabupaten Blitar Nomor 1 Tahun 2020 tentang Pendirian Rumah Sakit Umum Daerah Srengat (Berita Daerah Kabupaten Blitar Tahun 2020 Nomor 7/E);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG RENCANA STRATEGIS RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SRENGAT KABUPATEN BLITAR TAHUN 2021 – 2026.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Blitar.

2. Pemerintah Daerah adalah Bupati dan perangkat daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintah Daerah.
3. Bupati adalah Bupati Blitar.
4. Dinas Kesehatan yang selanjutnya disebut Dinas adalah perangkat daerah dalam lingkungan Pemerintah Daerah yang menangani urusan pemerintah di bidang kesehatan.
5. Kepala Dinas Kesehatan adalah Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar.
6. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disingkat RSUD adalah unit organisasi yang bersifat khusus dan unit layanan yang bekerja secara profesional.
7. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah satuan kerja perangkat daerah atau unit kerja pada satuan kerja perangkat daerah di lingkungan Pemerintah Daerah yang menerapkan pola pengelolaan keuangan BLUD dan dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan, dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.
8. Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah yang selanjutnya disingkat RPJPD adalah rencana 20 (dua puluh) tahunan yang menggambarkan visi, misi, tujuan, strategi dan program Daerah.
9. Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah yang selanjutnya disingkat RPJMD adalah rencana 5 (lima) tahunan yang menggambarkan visi, misi, tujuan, strategi dan program Daerah dalam upaya mencapai RPJPD.
10. Rencana Strategis yang selanjutnya disebut Renstra adalah dokumen perencanaan BLUD untuk periode 5 (lima) tahunan.
11. Visi adalah suatu kondisi yang ingin dan akan dicapai pada akhir periode perencanaan pembangunan RSUD.
12. Misi adalah tujuan, jawaban, dan alasan keberadaan suatu organisasi yang berupa rumusan umum mengenai upaya-upaya yang akan dilaksanakan untuk mewujudkan visi RSUD.
13. Tujuan adalah sesuatu kondisi yang akan dan ingin dicapai atau dihasilkan dalam jangka waktu 5 (lima) tahunan.
14. Sasaran adalah rumusan kondisi yang menggambarkan tercapainya tujuan, berupa hasil pembangunan RSUD yang diperoleh dari pencapaian hasil (*outcome*) program RSUD.

15. Strategi adalah langkah berisikan program-program sebagai prioritas pembangunan RSUD untuk mencapai sasaran.
16. Arah Kebijakan adalah rumusan kerangka pikir atau kerangka kerja untuk menyelesaikan permasalahan pembangunan dan mengantisipasi isu strategis RSUD yang dilaksanakan secara bertahap sebagai penjabaran strategi.
17. Program adalah penjabaran kebijakan RSUD dalam bentuk upaya yang berisi satu atau lebih kegiatan dengan menggunakan sumber daya yang disediakan untuk mencapai hasil yang terukur sesuai dengan tugas dan fungsi.
18. Kegiatan adalah bagian dari program yang dilaksanakan oleh satu atau lebih unit kerja pada RSUD sebagai bagian dari pencapaian sasaran terukur pada suatu Program dan terdiri dari sekumpulan tindakan pengeralahan sumber daya baik yang berupa personil (sumber daya manusia), barang modal termasuk peralatan dan teknologi, dana atau kombinasi dari beberapa atau kesemua jenis sumber daya tersebut sebagai masukan (*input*) untuk menghasilkan keluaran (*output*) dalam bentuk barang/jasa.
19. Kinerja adalah capaian keluaran/hasil/dampak dari kegiatan/program/sasaran sehubungan dengan penggunaan sumber daya pembangunan.
20. Indikator Kinerja adalah tanda yang berfungsi sebagai alat ukur pencapaian kinerja suatu kegiatan, program atau sasaran dan tujuan dalam bentuk keluaran (*output*), hasil (*outcome*), dampak (*impact*).
21. Masukan adalah segala sesuatu yang dibutuhkan agar pelaksanaan Kegiatan dan Program dapat berjalan atau dalam rangka menghasilkan *output*, salah satunya adalah biaya/dana.
22. Keluaran adalah suatu produk akhir berupa barang atau jasa dari serangkaian proses atas sumber daya pembangunan agar hasil dapat terwujud.
23. Hasil adalah keadaan yang ingin dicapai atau dipertahankan pada penerima manfaat dalam periode waktu tertentu yang mencerminkan berfungsinya keluaran dari beberapa kegiatan dalam satu Program.
24. Dampak adalah kondisi yang ingin diubah berupa hasil pembangunan/layanan yang diperoleh dari pencapaian Hasil beberapa Program.

BAB II MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

- (1) Renstra RSUD Srengat dimaksudkan sebagai pedoman penyusunan rencana bisnis anggaran.
- (2) Penyusunan Renstra RSUD Srengat bertujuan untuk mendapatkan :
 - a. panduan dalam menentukan arah strategis dan prioritas tindakan, selama periode lima tahunan sesuai dengan RPJMD Kabupaten Blitar 2021-2026.
 - b. pedoman strategis dalam pola penguatan dan pengembangan mutu RSUD Srengat Kabupaten Blitar.
 - c. dasar rujukan untuk menilai keberhasilan pemenuhan misi RSUD Srengat Kabupaten Blitar dalam pencapaian visi yang telah ditentukan.
 - d. salah satu rujukan untuk membangun kerjasama dengan para *stakeholder* di RSUD Srengat Kabupaten Blitar.
 - e. sebagai dasar untuk penyusunan Rencana Bisnis dan Anggaran.

BAB III SISTEMATIKA

Pasal 3

- (1) Renstra RSUD Srengat Tahun 2021-2026 disusun dengan sistematika sebagai berikut :
 - a. BAB I : Pendahuluan;
 - b. BAB II : Profil RSUD Srengat;
 - c. BAB III : Visi, Misi, Tujuan, Nilai-Nilai & Motto;
 - d. BAB IV : Strategi;
 - e. BAB V : Program Rumah Sakit;
 - f. BAB VI : Prosedur Perencanaan Akuntabilitas Program; dan
 - g. BAB VII : Simpulan.
- (2) Uraian lebih lanjut dari sistematika Renstra sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB IV
KETENTUAN PENUTUP

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 Blitar.

Ditetapkan di Blitar
pada tanggal 24 Mei 2021

BUPATI BLITAR

ttd

RINI SYARIFAH

Diundangkan di Blitar

pada tanggal 24 Mei 2021

Pj. SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN BLITAR

ttd

MUJIANTO

BERITA DAERAH KABUPATEN BLITAR TAHUN 2021 NOMOR : 18/1

SALINAN sesuai dengan aslinya,
KEPALA BAGIAN HUKUM



BENNY SETYOHADI, SH., MH.

Pembina Tk. I

NIP. 19680830 198903 1 006

LAMPIRAN PERATURAN BUPATI
NOMOR 18 TAHUN 2021
TENTANG RENCANA STRATEGIS
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SRENGAT
KABUPATEN BLITAR TAHUN 2021 - 2026



RENCANA STRATEGIS RSUD SRENGAT KABUPATEN BLITAR 2021-2026



PEMERINTAH KABUPATEN BLITAR
DINAS KESEHATAN

RSUD SRENGAT

JL. RAYA DANDONG KEC. SRENGAT BLITAR

TAHUN 2021

KATA PENGANTAR

Berkat rahmat Tuhan Yang Maha Esa, telah dapat diselesaikan Rencana Strategis Rumah Sakit Umum Daerah Srengat (RSUD Srengat) Kabupaten Blitar Tahun 2021 - 2026, sebagai dokumen perencanaan 5 (lima) tahunan yang memuat visi, misi, strategi, nilai dasar dan arah kebijakan operasional BLUD.

Penyusunan Rencana Strategis RSUD Srengat Kabupaten Blitar sebagai dokumen perencanaan yang dijadikan petunjuk arah yang jelas dalam menerapkan praktik bisnis yang sehat. Hal ini tentu saja tidak hanya pedoman tapi juga menjadi acuan RSUD Srengat Kabupaten Blitar dalam mencapai target yang harus dipenuhi di 5 (lima) tahun yang akan datang.

Penyusunan Rencana Strategis ini telah diupayakan dengan sebaik-baiknya namun tidak tertutup kemungkinan masih banyak kekurangan. Untuk itu kami tetap mengharap kritikan dan masukan serta dukungan dari berbagai pihak, demi penyempurnaan di masa mendatang agar Rencana Strategis ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Blitar, April 2021

Direktur RSUD Srengat

dr. PANJTARARA BUDIRESMI, Sp.PK

NIP. 19670522 200212 2 002

DAFTAR ISI

| | |
|--------------------------------------------------------------|------|
| Halaman Judul | i |
| Kata Pengantar | ii |
| Daftar Isi..... | ii |
| Daftar Lampiran | v |
| Daftar Gambar | vi |
| Daftar Bagan | vii |
| Daftar Tabel | viii |
| Ringkasan Eksekutif..... | xi |
| BAB I : PENDAHULUAN | |
| A. Latar Belakang | 1 |
| B. Tujuan Rencana Strategis | 2 |
| C. Pengertian..... | 3 |
| D. Metodologi..... | 4 |
| BAB II : PROFIL UNIT KHUSUS RSUD SRENGAT KAB. BLITAR | |
| A. Sejarah Rumah Sakit | 6 |
| B. Profil RSUD Srengat | 7 |
| C. Struktur Organisasi Sebelum BLUD | 11 |
| D. Struktur Organisasi Setelah BLUD | 14 |
| E. Strategi Manajemen Rumah Sakit | 51 |
| F. Gambaran Produk dan Jasa | 52 |
| G. Kinerja 3 Tahun Terakhir..... | 55 |
| H. Sarana dan Prasarana | 59 |
| I. Alat Kesehatan | 60 |
| J. Logistik..... | 62 |
| K. Sumber Daya Manusia..... | 62 |
| BAB III : VISI, MISI, TUJUAN, NILAI-NILAI & MOTTO | |
| A. Visi dan Misi RSUD Srengat..... | 64 |
| 1. Visi | 64 |
| 2. Misi..... | 65 |
| B. Tujuan, Nilai-Nilai & Motto RSUD Srengat..... | 67 |
| 1. Tujuan | 67 |
| 2. Nilai-Nilai Dasar..... | 68 |
| 3. Motto | 69 |
| BAB IV : STRATEGI | |
| A. Analisis Lingkungan Bisnis | 70 |
| 1. Posisi Rumah Sakit | 70 |
| 2. Simpulan Hasil Analisis SWOT..... | 70 |
| B. Sasaran dan Inisiatif Strategis | 72 |
| 1. Kebijakan Dasar | 72 |
| 2. Sasaran Strategis..... | 72 |
| BAB V : PROGRAM RUMAH SAKIT | |
| A. Program Kerja | 77 |
| B. Estimasi Rencana Anggaran | 77 |
| C. Indikator Kinerja | 79 |

| | |
|------------------------------------------------------------|----|
| BAB VI : PROSEDUR PELAKSANAAN AKUNTABILITAS PROGRAM | |
| A. Perencanaan | 80 |
| B. Pelaksanaan | 80 |
| C. Pelaporan | 81 |
| BAB VII : SIMPULAN | 82 |
| Daftar Singkatan | ix |

DAFTAR LAMPIRAN

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Lampiran 1 Data Sarana Prasarana RSUD Srengat Tahun 2020 | 83 |
| Lampiran 2 Data Peralatan Medik RSUD Srengat Tahun 2020 | 88 |
| Lampiran 3 Data Pegawai RSUD Srengat Berdasarkan Jenis Ketenagaan per Maret 2021 | 104 |
| Lampiran 4 Data Pegawai RSUD Srengat Berdasarkan Ruang per Maret 2021 | 106 |
| Lampiran 5 Hasil Kuesioner Analisis SWOT (Faktor Eksternal & Internal) | 108 |
| Lampiran 6 Perhitungan CRR RSUD Srengat Tahun 2021 - 2026 | 117 |
| Lampiran 7 Indikator Pencapaian Kinerja RSUD Srengat..... | 118 |

DAFTAR GAMBAR

| | |
|--------------------------------------------|---|
| Gambar 2.1. Denah Lokasi RSUD Srengat..... | 7 |
| Gambar 2.2. Peta Kabupaten Blitar..... | 9 |

DAFTAR BAGAN

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Bagan 2.1. Struktur Organisasi dan Tata Hubungan Kerja RSUD Srengat Kabupaten Blitar sebelum BLUD | 11 |
| Bagan 2.2. Struktur Organisasi dan Tata Hubungan Kerja RSUD Srengat Kabupaten Blitar setelah BLUD | 14 |
| Bagan 4.1. Bagan Posisi RSUD Srengat menurut Analisis SWOT | 70 |

DAFTAR TABEL

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabel 2.1. Tabel Total Jumlah Penduduk Perwilayah Kabupaten Blitar Tahun 2020 | 10 |
| Tabel 2.2. Tabel Daftar Rencana Pengembangan Layanan | 52 |
| Tabel 2.3. Tabel Daftar Layanan Unggulan / Tambahan Pelayanan Khusus | 53 |
| Tabel 2.4. Tabel Kapasitas Tempat Tidur..... | 54 |
| Tabel 2.5. Tabel Kinerja 3 Tahun Terakhir (2018 s/d 2020) RSUD Srengat | 55 |
| Tabel 2.6. Tabel Data Prasarana RSUD Srengat Tahun 2020 | 59 |
| Tabel 2.7. Tabel Data Sarana RSUD Srengat | 60 |
| Tabel 2.8. Tabel Alat Kesehatan RSUD Srengat tahun 2019 | 61 |
| Tabel 2.9. Tabel Data Peralatan Medik RSUD Srengat Tahun 2020 | 61 |
| Tabel 2.10. Tabel Logistik RSUD Srengat..... | 62 |
| Tabel 4.1. Tabel Analisis SWOT(<i>Strength Weakness Threat Opportunities</i>) | 71 |
| Tabel 4.2. Tabel Indikator Kinerja dari Perspektif Keuangan | 73 |
| Tabel 4.3. Tabel Indikator Kinerja dari Perspektif Pelanggan | 73 |
| Tabel 4.4. Tabel Indikator Kinerja dari Perspektif Proses Bisnis Internal..... | 74 |
| Tabel 4.5. Tabel Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran..... | 75 |
| Tabel 5.1. Tabel Program Kerja RSUD Srengat | 77 |
| Tabel 5.2. Tabel Estimasi Perencanaan Anggaran Operasional RSUD Srengat Tahun 2021-2026 dari PARS | 78 |
| Tabel 5.3. Tabel Estimasi Perencanaan Anggaran Sarana dan Prasarana RSUD Srengat Tahun 2021-2026 dari Sumber Lain..... | 78 |
| Tabel 5.3. Tabel Indikator Pencapaian Kinerja RSUD Srengat Kabupaten Blitar | 79 |

RINGKASAN EKSEKUTIF

RENCANA STRATEGIS BISNIS RSUD SRENGAT TAHUN 2021-2026

Penyusunan Rencana Strategis (renstra) dilatarbelakangi keinginan memiliki dokumen Perencanaan yang dapat dijadikan petunjuk dan memberikan arahan yang jelas. Tujuannya adalah sebagai *road map* dalam mengarahkan kebijakan alokasi sumberdaya rumah sakit, sebagai pedoman alat pengendalian organisasi.

Dalam dokumen ini diuraikan tentang latar belakang, tujuan, pengertian dan metodologi pembuatan dokumen renstra di Bab I. Dalam Bab II diuraikan tentang sejarah, profil, organisasi, SDM, strategi manajemen rumah sakit, gambaran produk dan jasa, kinerja 3 tahun terakhir, sarana dan prasarana, alkes, logistik. Bab III memaparkan tentang visi, misi, tujuan dan nilai-nilai serta motto yang diterapkan di RSUD Srengat. Bab IV dijabarkan tentang analisis lingkungan bisnis, sasaran dan inisiatif. Program kerja rumah sakit, estimasi rencana anggaran dan indikator kinerja rumah sakit diuraikan dalam Bab V. Sedangkan Bab VI diuraikan masalah Prosedur Pelaksanaan dan Akuntabilitas Program. Bab VII berisi simpulan.

Melihat situasi ini maka RSUD Srengat berniat menjadikan UK ini sebagai salah satu yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) di kabupaten Blitar. Untuk itu kami menetapkan visi "Menjadi Rumah Sakit yang Profesional, berdaya saing, sejahtera, dan Mandiri".

Berdasarkan Hasil analisis SWOT menunjukkan bahwa posisi saat ini berada di area S-O (*Strength-Opportunities*) yang artinya rumah sakit berada di situasi yang sangat menguntungkan karena organisasi memiliki peluang dan kekuatan, sehingga dapat memanfaatkan peluang yang ada strategi yang harus diterapkan dalam kondisi ini adalah mendukung kebijakan pertumbuhan yang agresif (*Growth Oriented Strategy*). Strategi yang dapat dilaksanakan adalah *strategi Agresif* yaitu dengan memanfaatkan seluruh kekuatan untuk merebut peluang yang sebesar-besarnya. Pemanfaatan faktor internal dan eksternal yang dapat dilakukan melalui aspek pelayanan, sumber daya manusia, sarana prasarana dan keuangan karena RSUD Srengat merupakan RS baru. Untuk itu kami akan memanfaatkan adanya kondisi fasilitas dan peralatan masih baru dan canggih untuk meningkatkan

kualitas layanan melalui kerjasama BPJS (Program JKN). Memanfaatkan peluang kerjasama dengan BPJS (Program JKN) serta berusaha untuk menambah produk layanan sehingga mampu meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit. Memanfaatkan fasilitas dan peralatan yang canggih dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan diharapkan dukungan pembiayaan dan kebijakan pemerintah semakin mudah. Mengoptimalkan dukungan pembiayaan dan kebijakan pemerintah untuk mengembangkan produk layanan spesialisasi sehingga lebih lengkap.

Untuk itu kami merumuskan formulasi strategis (waktu) 2021-2026 langkah selanjutnya menetapkan program kerja yang meliputi Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat dengan 2 Kegiatan yaitu Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Rujukan Tingkat Daerah Kabupaten/Kota (Sub Kegiatan Operasional Pelayanan Rumah Sakit) dan Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Kewenangan Daerah Kabupaten / Kota (Sub Kegiatan : Pengadaan Prasarana dan Pendukung Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Pengadaan Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Pengadaan Obat, Vaksin, dan Pengadaan Bahan Habis Pakai).

Prosedur pelaksanaan akuntabilitas program diawali dari perencanaan dan setiap akhir tahun penanggung jawab program mengusulkan program dan kegiatan yang akan dilaksanakan pada tahun berikutnya berdasarkan program dan kegiatan yang sudah direncanakan/dituangkan dalam renstra. Untuk tahap pelaksanaan, program-program yang telah dianggarkan dilaksanakan dalam kurun waktu satu tahun/periode anggaran. Terakhir laporan dimana penanggungjawab program pada kurun waktu yang ditentukan melaporkan kemajuan pelaksanaan program dan kegiatan yang menjadi tanggung jawabnya kepada pimpinan BLUD.

Pada akhirnya kami menyadari dengan adanya perubahan status menjadi rumah sakit yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah menuntut perubahan paradigma Pengelolaan Rumah Sakit yang lebih transparan dan akuntabel, karena kinerja rumah sakit harus dapat dipertanggungjawabkan kepada masyarakat. Keberhasilan Rumah Sakit dapat diukur dari perubahan tiga indikator kinerja (keuangan, pelayanan dan manfaat kepada masyarakat).

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Undang-undang Nomor 44 pasal 4 Tahun 2009, tentang Rumah Sakit, menyebutkan bahwa Rumah Sakit mempunyai tugas untuk memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Dalam Pasal 5 menyebutkan bahwa fungsi Rumah Sakit adalah melaksanakan pelayanan kesehatan, pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia bidang kesehatan dan penelitian serta pengembangan teknologi di bidang kesehatan. Kemudian ditindaklanjuti Peraturan Pemerintah No.47 Tahun 2021 tentang penyelenggaraan bidang Perumahsakitian, dimana definisi Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Dalam upaya memberikan pelayanan kesehatan yang paripurna diperlukan suatu perencanaan strategis yang searah dengan perencanaan pembangunan kesehatan nasional dan daerah, melalui program-program kesehatan dan merupakan kesatuan dari Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Kabupaten Blitar Tahun 2021-2026.

Penyusunan Rencana Strategis (renstra) bagi suatu Institusi Pemerintah merupakan suatu kewajiban dalam upaya mewujudkan sistem Tata Kelola Keuangan yang baik. Renstra Unit Khusus Rumah Sakit Umum Daerah Srengat Kabupaten Blitar berfungsi sebagai Pedoman Penyusunan Rencana Bisnis Anggaran (RBA) Tahunan Unit Khusus RSUD Srengat dalam rangka pelaksanaan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD). Disamping itu juga sebagai dasar penilaian kinerja dan evaluasi BLUD Unit Khusus RSUD Srengat Kabupaten Blitar. Renstra menjadi pedoman utama dan tolak ukur yang membantu pimpinan untuk mengetahui arah perjalanan Institusi dalam mencapai visinya, target kinerja jangka pendek, dan jangka panjang serta pengambilan keputusan strategis bila terdapat perubahan atas dinamika yang terjadi.

Dalam rangka memenuhi prinsip Tata Kelola Institusi (*Good Governance*), Unit Khusus RSUD Srengat menyusun Rencana Strategi lima

tahun yang berisikan rencana program dan kegiatan untuk lima tahun ke depan.

Era globalisasi saat ini menyebabkan arus informasi berjalan begitu cepat sehingga menumbuhkan suatu paradigma baru bagi masyarakat, hal ini ditandai dengan semakin kritis dan tingginya tuntutan masyarakat akan pelayanan yang semakin baik, berkualitas dan memuaskan, khususnya dalam bidang kesehatan.

Dalam upaya merespon paradigma baru tersebut Unit Khusus RSUD Srengat Kabupaten Blitar berusaha untuk selalu memberikan pelayanan terbaik, terjangkau serta profesional sehingga memuaskan para pemangku kepentingan (*stakeholders*) dan rumah sakit sendiri. Agar dapat memberikan pelayanan terbaik, terjangkau serta profesional, maka pengelolaan Unit Khusus RSUD Srengat harus dilakukan dengan cara bisnis yang sehat dan profesional. Prinsip-prinsip bisnis yang sehat seperti efektif, efisien, optimalisasi, *benefit* dan *cost* harus menjadi indikator dalam pelaksanaannya.

Menghadapi perubahan dan tantangan tersebut di atas, diperlukan manajemen pengelolaan yang fleksibel dan responsif yang ditopang dengan perencanaan yang matang agresif yaitu suatu perencanaan yang proaktif dan berkesinambungan, bukan hanya perencanaan yang reaktif. Agar dalam pengelolaan rumah sakit dapat fleksibel dan responsif diperlukan suatu tata kelola keuangan yang fleksibel dan responsif. Ruang pengelolaan tata keuangan yang fleksibel ini tersedia dengan diterbitkannya Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Penyelenggaraan Keuangan Badan Layanan Umum, kemudian dilakukan perubahan dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah.

B. Tujuan Rencana Strategis

Renstra Unit Khusus RSUD Srengat Kabupaten Blitar disusun untuk bisa menjadi pedoman bagi pimpinan dan manajemen rumah sakit dalam

menentukan kebijakan, program, dan rencana kerja operasional. Selain itu, dapat menjadi pedoman kerja bagi direktur dan jajarannya dalam menyelaraskan proses penyusunan anggaran dan program kerja masing-masing instalasi, terutama unit pelayanan strategis yang akan menjadi sumber pendapatan utama (*revenue centre*) rumah sakit. Secara umum penyusunan Unit Khusus RSUD Srengat Kabupaten Blitar bertujuan untuk mendapatkan :

1. Panduan dalam menentukan arah strategis dan prioritas tindakan, selama periode lima tahunan sesuai dengan RPJMD Kabupaten Blitar 2021-2026.
2. Pedoman strategis dalam pola penguatan dan pengembangan mutu Unit Khusus RSUD Srengat Kabupaten Blitar.
3. Dasar rujukan untuk menilai keberhasilan pemenuhan misi Unit Khusus RSUD Srengat Kabupaten Blitar dalam pencapaian visi yang telah ditentukan.
4. Salah satu rujukan untuk membangun kerjasama dengan para *stakeholder* di Unit Khusus RSUD Srengat Kabupaten Blitar.
5. Sebagai dasar untuk penyusunan Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA).

Dalam pola pengelolaan keuangan BLUD sesuai Peraturan Pemerintah Nomor 23 tahun 2005 yang telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 tahun 2012 dan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007, rumah sakit diberikan beberapa keleluasaan atau fleksibilitas serta menggunakan tarif sesuai dengan Peraturan Bupati. Namun sebagai pengimbangannya, Rumah Sakit dikendalikan secara ketat dalam perencanaan, penganggaran, dan pertanggung jawabannya. Mengingat hal-hal tersebut maka Unit Khusus RSUD Srengat Kabupaten Blitar menyusun renstra untuk mencapai visi, misi dan tujuannya.

C. Pengertian

Renstra Unit Khusus RSUD Srengat Kabupaten Blitar mempunyai pengertian sebagai proses berkelanjutan dan sistematis dari pembuatan keputusan bisnis di bidang penyediaan jasa layanan kesehatan (*result*) dengan memanfaatkan pengetahuan antisipatif, mengorganisasikannya untuk usaha melaksanakan keputusan tersebut (*effort*) dan mengukur

hasilnya melalui umpan balik (*evaluation*) dalam rangka meningkatkan nilai tambah bagi *stakeholder* (*stake holder value*).

Renstra Unit Khusus RSUD Srengat Kabupaten Blitar memiliki kerangka waktu 5 tahun mulai tahun 2021 sampai dengan tahun 2026, yang akan dijabarkan pada masing-masing pusat pertanggung jawaban pada unit-unit pelayanan yang ada.

D. Metodologi

Renstra Unit Khusus RSUD Srengat Kabupaten Blitar disusun dengan memanfaatkan dokumen-dokumen yang tersedia, pengamatan, wawancara dan menyebarkan formulir-formulir pengumpulan data yang dilakukan oleh Tim Penyusun Dokumen Administratif BLUD yang dibentuk dengan Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar Nomor : 188.4/34/409.104.1/KPTS/2021 tentang Penetapan Tim Penyusun Dokumen Administratif Badan Layanan Umum Daerah pada Unit Khusus Rumah Sakit Umum Daerah Srengat tanggal 10 Maret 2021. Tim Penyusun Dokumen Renstra tersebut melibatkan Subbag Sungram Dinkes, Bidang Perencanaan dan Pengembangan RSUD Srengat, dan Dokter Spesialis.

Penyusunan Renstra ini menggunakan analisis SWOT yaitu metode perencanaan strategis yang digunakan untuk mengevaluasi Kekuatan (*Strength*), Kelemahan (*Weakness*), Peluang (*Opportunity*), dan Ancaman (*Threats*) dalam suatu proyek atau spekulasi bisnis. Analisis SWOT mengukur faktor internal dan eksternal. Yang termasuk faktor internal adalah kelemahan dan kekuatan. Sedangkan yang termasuk faktor eksternal unit bisnis adalah peluang dan ancaman. Informasi hasil analisis SWOT dimanfaatkan sebagai umpan balik dalam mempertajam rumusan misi, dasar perumusan tujuan yang rasional dan menjadi acuan dalam menyusun strategi serta rencana kegiatan yang dilakukan.

Yang kedua menggunakan metode penyusunan Renstra dengan menggunakan *Balanced Score Card* (BSC). BSC adalah suatu alat bantu untuk pengukuran kinerja organisasi melalui penetapan strategi-strategi yang akan diterjemahkan ke dalam indikator kinerja serta membandingkan target dengan hasil yang dicapai. Metode ini secara komprehensif melihat seluruh perspektif dalam merumuskan strategi Unit Khusus RSUD Srengat Kab. Blitar yaitu meliputi :

1. Perspektif Keuangan.
dasar dari 3 perspektif lainnya dalam menentukan tujuan dan ukurannya.
2. Perspektif Pelanggan.
nilai perusahaan di mata pelanggan
3. Perspektif Proses Bisnis Internal
mengidentifikasi proses-proses penting untuk melayani (perspektif pelanggan & perspektif keuangan)
4. Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran.
bagaimana perusahaan dapat bertahan dan mampu berubah sesuai dengan tuntutan eksternal.

Pendekatan ini merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari sistem pertanggung jawaban dengan menggunakan *Strategisc Based Responsibility*, yang berarti seluruh unit layanan yang ada di Unit Khusus RSUD Srengat Kabupaten Blitar diukur kinerja berdasarkan perspektif tersebut.

Seluruh isi materi renstra Unit Khusus RSUD Srengat Kabupaten Blitar telah ditelaah dan dibahas secara transparan dengan menggunakan kaidah-kaidah ilmiah yang sepenuhnya menjadi tanggung jawab dari Tim Penyusun Dokumen Renstra.

BAB II

PROFIL UNIT KHUSUS RSUD SRENGAT KAB. BLITAR

A. Sejarah Rumah Sakit

Sebagai langkah awal pembangunan rumah sakit baru di wilayah Kabupaten Blitar maka pemerintah menyelenggarakan study kelayakan pembangunan rumah sakit Unit Khusus RSUD Srengat yang memperhatikan aspek demografi, pertumbuhan ekonomi, tingkat pendidikan, serta perkembangan lingkungan fisik dan biologi khususnya epidemiologi penyakit. Keseluruhan aspek ini yang menjadi dasar dalam memutuskan pembangunan rumah sakit daerah yang layak bagi masyarakat sekitar di wilayah Kabupaten Blitar untuk pemerataan penyelenggaraan pelayanan kesehatan. RSUD Srengat diusulkan sebagai salah satu ujung tombak pelayanan kesehatan untuk masyarakat di Kabupaten Blitar, khususnya di Kabupaten Blitar bagian barat.

Berdasarkan Keputusan Bupati Blitar Nomor 188/ 273/ 409.06/ KPTS/ 2018 tentang penetapan lokasi pembangunan RSUD Srengat ditetapkan luas tanah sebesar 22.018 m² berlokasi di Kelurahan Dandong Kecamatan Srengat Kabupaten Blitar, dengan luas seluruh bangunan 16.838,98 m². Awal mula kepemilikan tanah untuk pendirian RSUD Srengat adalah tanah milik Pemerintahan Kabupaten Blitar. Sebelumnya juga diterbitkan Keputusan Bupati Blitar Nomor: 188/360/409.06/KPTS/2017 tentang Penetapan status pemanfaatan aset untuk pembangunan Rumah Sakit Umum Daerah Srengat Kabupaten Blitar.

Pembangunan Rumah Sakit RSUD Srengat ditandai dengan peletakan batu pertama oleh Bupati Blitar Drs.Rijanto, MM pada tanggal 10 September 2018, dan masa pembangunan RSUD Srengat ini berlangsung pada tahun 2018 s/d 2019. Pada tanggal 5 Agustus 2020 dilaksanakan *Soft Opening* oleh Bupati Blitar bertepatan Hari Jadi Kabupaten Blitar ke-696, kemudian dilanjutkan dengan peresmian *Grand Opening* oleh Gubernur Jawa Timur Ibu Hj.Khofifah Indar Parawansa.

Pendirian RSUD Srengat ini akan membantu Pemerintah Kabupaten Blitar dalam mewujudkan derajat kesehatan yang tinggi bagi masyarakatnya, dengan menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai, membentuk integrasi dalam bidang kesehatan dari berbagai

disiplin ilmu, disamping juga memenuhi aspek ekonomis. Selain itu, tujuan dari pendirian RSUD ini adalah sebagai salah satu unsur pendukung atas penyelenggaraan Pemerintah Daerah di bidang pelayanan kesehatan, diharapkan dapat memberikan pelayanan kesehatan masyarakat yang bermutu dan berkualitas serta semakin meningkatnya kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan di tingkat RS Rujukan.

B. Profil RSUD Srengat

Identitas Rumah Sakit

Identitas dari Unit Khusus RSUD Srengat adalah sebagai berikut :

Alamat : Jl. Raya Dandong
Kode RS : 3505045
Kelurahan : Dandong
Kecamatan : Srengat
Kabupaten : Blitar
Kode Pos : 66152
Direktur : dr. PANTJARARA BUDIRESMI, Sp.PK
Kelas Rumah Sakit : Kelas C

Lokasi ini mudah dijangkau dari berbagai arah baik dengan kendaraan pribadi maupun dengan kendaraan umum baik dengan kendaraan roda 2 maupun roda 4. Denah lokasi RSUD Srengat dapat dilihat pada gambar 2.1 berikut ini.

Gambar 2.1 Denah Lokasi RSUD Srengat Kab.Blitar



Unit khusus RSUD Srengat berada di lokasi strategis di pusat kota Kecamatan Srengat dan berada di jalur jalan raya Propinsi. Pemilihan lokasi didasarkan beberapa faktor :

1. Demografi, yang mempertimbangkan jumlah dan penyebaran penduduk diberbagai wilayah dan kondisi sosial ekonominya yang meliputi; tingkat pendidikan atau tingkat keahlian, tingkat kemampuan ekonomi, kesehatan dan kemampuan atau kemudahan pendidikan menikmati berbagai macam fasilitas pelayanan sosial.
2. Sosio-ekonomi, yang mempertimbangkan kultur/kebudayaan, tingkat pendidikan, mata pencaharian, jumlah anak sekolah, dan data penduduk per desa. Morbiditas dan mortalitas, yang mempertimbangkan 10 penyakit utama (Rumah Sakit, Puskesmas, Rawat Jalan, Rawat Inap), angka kematian (GDR, NDR), angka persalinan dan seterusnya;
3. Sarana prasarana kesehatan yang mempertimbangkan jumlah, jenis dan kinerja layanan kesehatan, jumlah spesialisasi dan kualifikasi tenaga kesehatan, jumlah dan jenis layanan penunjang, termasuk sarana kesehatan yang tersedia di wilayah Kecamatan Srengat (Puskesmas Induk, Puskesmas Pembantu, Polindes, Ponkesdes);
4. Aspek topografi menjadi pertimbangan yang penting dalam penataan kawasan perencanaan mengingat pola permukaan lahan pada kawasan bersifat bergelombang disertai dengan adanya struktur sungai; dan
5. Landasan hukum yang mempertimbangkan peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan bidang kesehatan dan pedoman penyelenggaraan Rumah Sakit.

Dengan demikian maka dalam melakukan analisis pemilihan lokasi dipertimbangkan aspek – aspek :

- a. Geografi
- b. Morbiditas dan mortalitas
- c. Sarana dan prasarana kesehatan
- d. Perda Pemkab Blitar yang berkaitan dengan kebijakan tentang aspek kesejahteraan masyarakat dan aspek pelayanan umum/ publik
- e. Demografi penduduk
- f. Sosio ekonomi
- g. Lingkungan

Lokasi Unit Khusus RSUD Srengat berada di Kecamatan Srengat, yang terletak di wilayah barat Kabupaten Blitar. Dengan lokasi yang berada di wilayah barat Kabupaten Blitar, diharapkan pelayanan kesehatan dapat menjangkau seluruh masyarakat di wilayah barat Kabupaten Blitar dan sekitarnya yaitu kecamatan Udanawu, Wonodadi, Srengat, Ponggok, Sanakulon dan perbatasan Kabupaten Tulungagung. Peta Kabupaten Blitar dapat dilihat pada gambar 2.2 berikut ini.

Gambar 2.2 Peta Kabupaten Blitar



Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar, jumlah penduduk di Kabupaten Blitar sebanyak 1.223.745 jiwa yang tersebar di 24 kecamatan. Dengan persebaran penduduk Kecamatan Srengat sebanyak 67.715 Jiwa yaitu 5,5% dari jumlah penduduk Kabupaten Blitar. Jumlah Penduduk Kabupaten Blitar Tahun 2020 dapat dilihat di tabel 2.1 berikut.

Tabel 2.1. Total Jumlah Penduduk Per Wilayah Kabupaten Blitar Tahun 2020

| Kecamatan | Laki-laki | Perempuan | Jumlah |
|-------------------------|----------------|----------------|------------------|
| <i>Subdistrict</i> | <i>Male</i> | <i>Female</i> | <i>Total</i> |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Bakung | 13.707 | 13.628 | 27.335 |
| Wonotirto | 19.334 | 18.586 | 37.920 |
| Panggungrejo | 21.640 | 20.657 | 42.297 |
| Wates | 15.103 | 15.048 | 30.151 |
| Binangun | 23.113 | 22.749 | 45.862 |
| Sutojayan | 25.498 | 25.578 | 51.076 |
| Kademangan | 35.091 | 34.621 | 69.712 |
| Kanigoro | 41.075 | 40.694 | 81.769 |
| Talun | 32.813 | 32.606 | 65.419 |
| Selopuro | 22.120 | 21.780 | 43.900 |
| Kesamben | 26.471 | 26.562 | 53.033 |
| Selorejo | 19.307 | 19.310 | 38.617 |
| Doko | 20.532 | 20.169 | 40.701 |
| Wlingi | 27.118 | 26.601 | 53.719 |
| Gandusari | 37.046 | 36.194 | 73.240 |
| Garum | 34.424 | 33.889 | 68.313 |
| Nglegok | 37.829 | 36.978 | 74.807 |
| Sanankulon | 29.041 | 28.487 | 57.528 |
| Ponggok | 54.684 | 53.485 | 108.169 |
| Srengat | 33.813 | 33.902 | 67.715 |
| Wonodadi | 24.899 | 24.198 | 49.097 |
| Udanawu | 21.853 | 21.512 | 43.365 |
| Kabupaten Blitar | 616.511 | 607.234 | 1.223.745 |

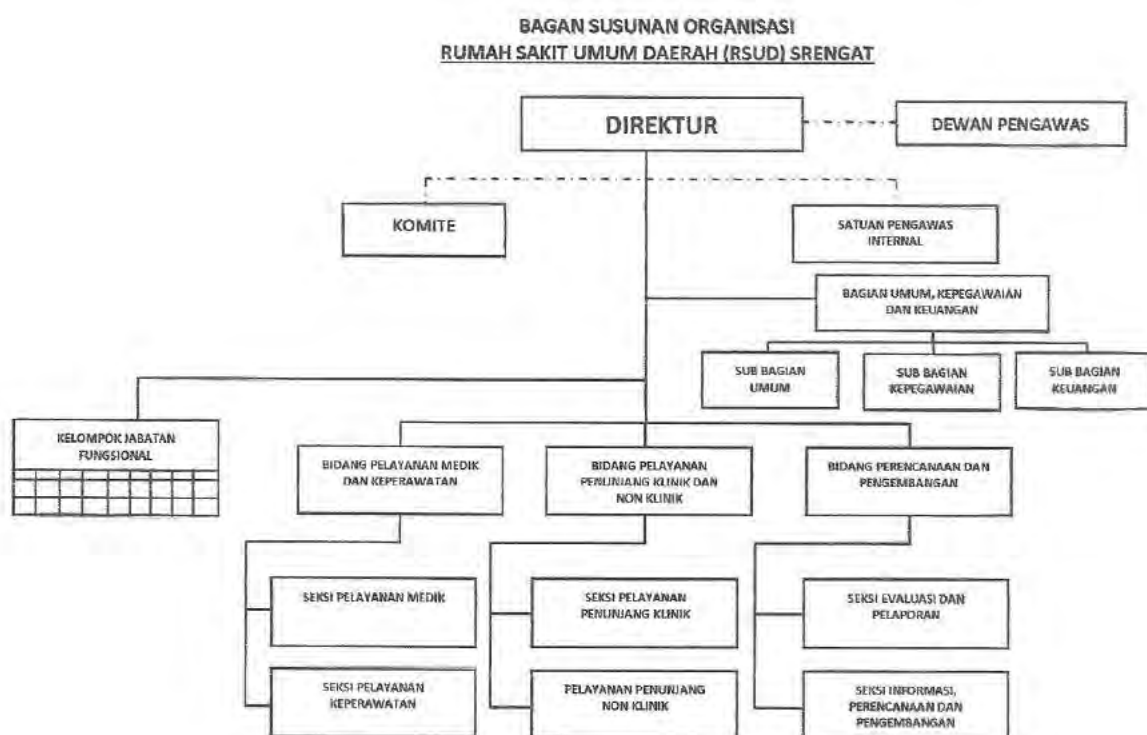
Sumber: blitarkab.BPS.go.id

C. Struktur Organisasi Sebelum BLUD

1. Struktur Organisasi

Berdasarkan Peraturan Bupati Kabupaten Blitar Nomor 1 Tahun 2020, tanggal 7 Januari 2020 tentang Organisasi dan Tata Hubungan Kerja RSUD Srengat terlihat seperti pada Bagan 2.1.

Bagan 2.1 Struktur Organisasi dan Tata Hubungan Kerja
RSUD Srengat Kabupaten Blitar sebelum BLUD



Susunan organisasi UK RSUD Srengat terdiri dari :

- a. Direktur
- b. Bagian Umum, Kepegawaian dan Keuangan
 - 1) Sub Bagian Umum
 - 2) Sub Bagian Kepegawaian
 - 3) Sub Bagian Keuangan
- c. Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan
 - 1) Seksi Pelayanan Medik
 - 2) Seksi Pelayanan Keperawatan
- d. Bidang Pelayanan Penunjang Klinik dan Non Klinik
 - 1) Seksi Pelayanan Penunjang Klinik
 - 2) Seksi Pelayanan Penunjang Non Klinik
- e. Bidang Perencanaan dan Pengembangan
 - 1) Seksi Evaluasi dan Pelaporan
 - 2) Seksi Informasi, Perencanaan dan Pengembangan
- f. Unit-Unit Non Struktural
 - 1) Dewan Pengawas

- 2) Satuan Pengawas Internal
- 3) Komite, terdiri dari :
 - a) Komite Medik
 - b) Komite Keperawatan
 - c) Komite Profesional Pemberi Asuhan Lainnya dan Staf Klinis Lainnya
 - d) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
 - e) Komite Farmasi dan Terapi
 - f) Komite Etik dan Hukum RSUD
 - g) Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD
 - h) Komite Program Pengendalian Resistensi Antimikroba
 - i) Komite Transfusi Darah
 - j) Komite Rekam Medik
 - k) Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja
- g. Kelompok Jabatan Fungsional
- h. Instalasi

Instalasi yang ada di UK RSUD Srengat berdasarkan Peraturan Bupati Kabupaten Blitar dalam Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) Di Rumah Sakit Umum Daerah Srengat Kabupaten Blitar, yaitu:

- 1) Instalasi Gawat Darurat
- 2) Instalasi Bedah Sentral
- 3) Instalasi Rawat Inap
- 4) Instalasi Rawat Jalan
- 5) Instalasi Farmasi
- 6) Instalasi Laboratorium
- 7) Instalasi Radiologi
- 8) Instalasi Rehabilitasi Medik
- 9) Instalasi Pemeliharaan Sarana
- 10) Instalasi Gizi
- 11) Instalasi Kamar Jenazah
- 12) Instalasi CSSD
- 13) Instalasi Laundry
- 14) Instalasi Anestesi
- 15) Instalasi Bank Darah RSUD

- 16) Instalasi Penyehatan Lingkungan
- 17) Instalasi Rekam Medik
- 18) Instalasi Informasi Teknologi
- 19) Instalasi Promosi Kesehatan RSUD
- 20) Instalasi Pelayanan Administrasi Terpadu

2. Uraian Tugas

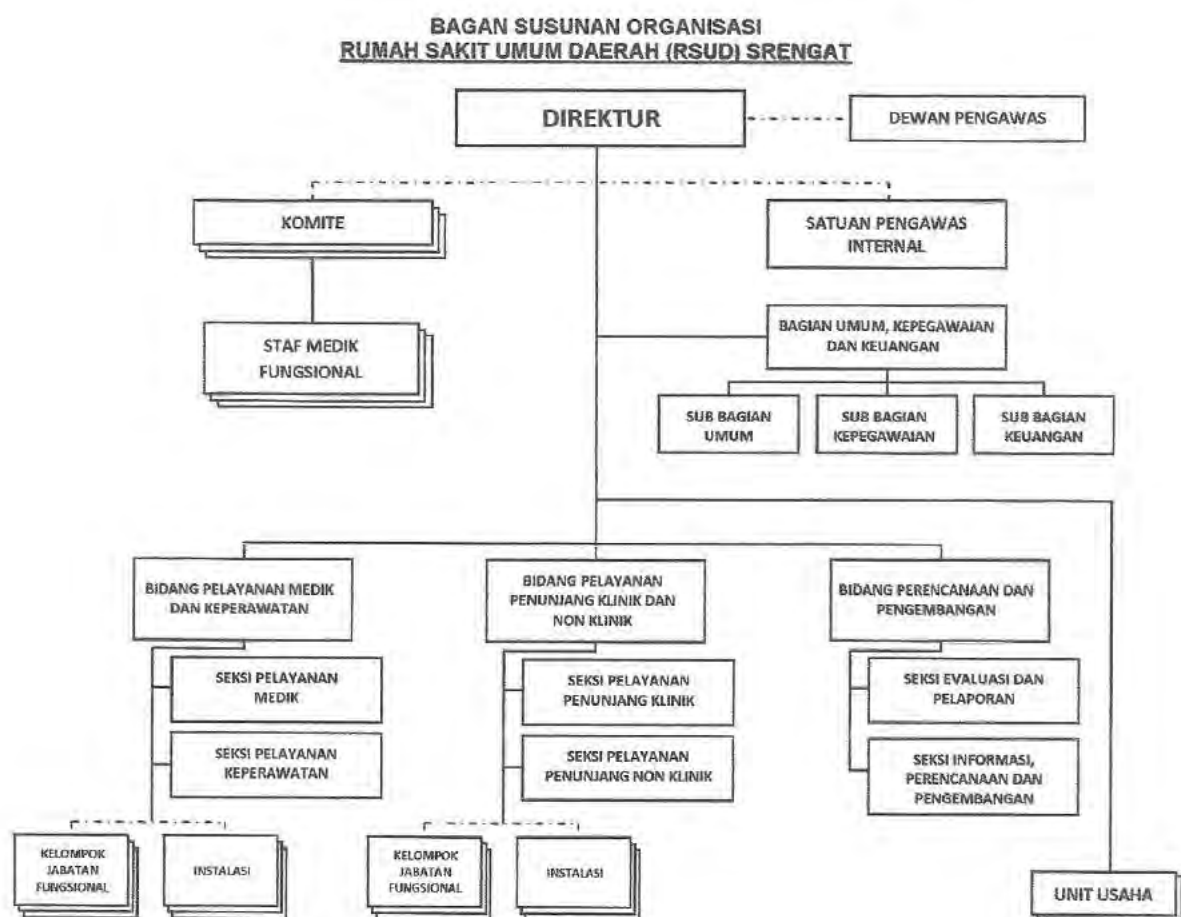
Uraian tugas sebelum BLUD UK RSUD Srengat telah diurai dalam Peraturan Bupati Kabupaten Blitar Nomor 1 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Hubungan Kerja RSUD Srengat.

D. Struktur Organisasi Setelah BLUD

1. Struktur Organisasi

Struktur organisasi RSUD Srengat Kabupaten Blitar setelah penerapan BLUD tetap mengacu pada Peraturan Bupati Blitar Nomor 1 tahun 2020 tentang Organisasi Dan Tata Hubungan Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Srengat pada Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar. Untuk tahun 2021 RSUD Srengat masih menggunakan struktur organisasi sesuai perbup Nomor 1 tahun 2020 selanjutnya tahun 2022 ketika status sudah BLUD menggunakan struktur organisasi dan tata hubungan kerja yang perlu disesuaikan berdasarkan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah sebagaimana terlihat seperti pada Bagan 2.2.

Bagan 2.2 Struktur Organisasi dan Tata Hubungan Kerja
RSUD Srengat Kabupaten Blitar setelah BLUD



Susunan Organisasi RSUD Srengat Kabupaten Blitar sesuai dengan kaidah penerapan PPK-BLUD adalah sebagai berikut:

- a. Dewan pengawas
- b. Direktur
- c. Bagian Umum, Kepegawaian dan Keuangan
 - 1) Sub Bagian Umum
 - 2) Sub Bagian Kepegawaian
 - 3) Sub Bagian Keuangan
- d. Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan
 - 1) Seksi Pelayanan Medik
 - 2) Seksi Pelayanan Keperawatan
- e. Bidang Pelayanan Penunjang Klinik dan Non Klinik
 - 1) Seksi Pelayanan Penunjang Klinik
 - 2) Seksi Pelayanan Penunjang Non Klinik

- f. Bidang Perencanaan dan Pengembangan
 - 1) Seksi Evaluasi dan Pelaporan
 - 2) Seksi Informasi, Perencanaan dan Pengembangan
- g. Satuan Pengawas Internal (SPI)
- h. Komite, terdiri dari :
 - 1) Komite Medik
 - 2) Komite Keperawatan
 - 3) Komite Profesional Pemberi Asuhan Lainnya dan Staf Klinis Lainnya
 - 4) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
 - 5) Komite Farmasi dan Terapi
 - 6) Komite Etika dan Hukum RSUD
 - 7) Komite Mutu dan Keselamatan pasien RSUD
 - 8) Komite Program Pengendalian Resistensi Antimikroba
 - 9) Komite Transfusi Darah
 - 10) Komite Rekam Medik
 - 11) Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja
- i. Staf Medik Fungsional
- j. Kelompok Jabatan Fungsional
- k. Instalasi, terdiri dari
 - 1) Instalasi Gawat Darurat
 - 2) Instalasi Bedah Sentral
 - 3) Instalasi Rawat Inap
 - 4) Instalasi Rawat Jalan
 - 5) Instalasi Farmasi
 - 6) Instalasi Laboratorium
 - 7) Instalasi Radiologi
 - 8) Instalasi Rehabilitasi Medik
 - 9) Instalasi Pemeliharaan Sarana
 - 10) Instalasi Gizi
 - 11) Instalasi Pemulasaraan Jenazah
 - 12) Instalasi *Central Sterile Supply Departement (CSSD)*
 - 13) Instalasi Laundry
 - 14) Instalasi Anestesi
 - 15) Instalasi Bank Darah RSUD

- 16) Instalasi Penyehatan Lingkungan
- 17) Instalasi Rekam Medik
- 18) Instalasi Informasi Teknologi
- 19) Instalasi Promosi Kesehatan RSUD
- 20) Instalasi Pelayanan Administrasi Terpadu

I. Unit Usaha

2. Uraian Tugas

a. Dewan Pengawas

Dewan Pengawas BLUD adalah satuan fungsional yang bertugas melakukan pembinaan dan pengawasan dan pengendalian internal terhadap pengelolaan BLUD yang dilakukari oleh pejabat pengelola sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, Dewan Pengawas dibentuk dengan keputusan Kepala Daerah.

1) Persyaratan Pembentukan

- a) Dalam rangka pelaksanaan pengawasan terhadap pengurusan rumah sakit, Rumah sakit membentuk Dewan Pengawas.
- b) Pembentukan Dewan Pengawas dilakukan apabila rumah sakit telah memiliki:
 - Realisasi nilai omzet tahunan menurut realisasi anggaran, minimum sebesar Rp 15.000.000.000,00 (lima belas miliar rupiah), dan/atau
 - Nilai aset menurut neraca, minimum Rp 75.000.000.000,00 (tujuh puluh lima miliar rupiah).

2) Tugas dan Kewajiban

- a) Dewan Pengawas bertugas melakukan pengawasan terhadap pengurusan rumah sakit yang dilakukan oleh Pejabat Pengelola Rumah Sakit mengenai pelaksanaan Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA), Rencana Strategis Bisnis Jangka Panjang, dan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- b) Dewan Pengawas berkewajiban:
 - Memberikan pendapat dan saran kepada Pemerintah

Daerah mengenai RBA yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola Rumah Sakit.

- Mengikuti perkembangan kegiatan rumah sakit serta memberikan pendapat dan saran kepada Pemerintah Daerah mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengurusan Rumah Sakit.
- Melaporkan kepada Pemerintah Daerah apabila terjadi gejala menurunnya kinerja rumah sakit.
- Memberikan nasihat kepada Pejabat Pengelola Rumah sakit dalam melaksanakan pengurusan rumah sakit.
- Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya kepada Bupati Blitar secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu semester dan sewaktu-waktu apabila diperlukan.

3) Keanggotaan

- a) Jumlah anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebanyak 3 (tiga) orang atau 5 (lima) orang disesuaikan dengan nilai omzet dan/atau nilai aset rumah sakit, serta seorang diantara anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebagai Ketua Dewan Pengawas.
- b) Jumlah anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebanyak 3 (tiga) orang apabila rumah sakit memiliki:
 - Realisasi nilai omzet tahunan menurut laporan realisasi anggaran sebesar Rp 15.000.000.000,00 (lima belas miliar rupiah) sampai dengan Rp 30.000.000.000,00 (tiga puluh miliar rupiah), dan/atau
 - Nilai aset menurut neraca sebesar Rp 75.000.000.000,00 (tujuh puluh lima miliar rupiah) sampai dengan Rp 200.000.000.000,00 (dua ratus miliar rupiah).
- c) Jumlah anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebanyak 3 (tiga) orang atau 5 (lima) orang apabila rumah sakit memiliki:
 - Realisasi nilai omzet tahunan menurut laporan realisasi anggaran lebih besar dari Rp 30.000.000.000,00 (tiga

puluh miliar rupiah), dan/atau

- Nilai aset menurut neraca lebih besar dari Rp 200.000.000.000,00 (dua ratus miliar rupiah).

4) Pembentukan/Pengangkatan

- a) Dewan Pengawas Rumah sakit dibentuk dengan keputusan Bupati Blitar.
- b) Anggota Dewan Pengawas Rumah sakit terdiri dari unsur-unsur pejabat dari Pemkab Blitar , serta tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan rumah sakit.
- c) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.
- d) Pengangkatan anggota Dewan Pengawas tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan Pejabat Pengelola Rumah sakit.

5) Pemberhentian

- a) Anggota Dewan Pengawas diberhentikan oleh Bupati sesuai dengan kewenangannya, setelah masa jabatan anggota Dewan Pengawas berakhir.
- b) Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum habis masa jabatannya oleh Bupati.
- c) Pemberhentian anggota Dewan Pengawas sebelum habis masa jabatannya dilakukan apabila anggota Dewan Pengawas terbukti:
 - Tidak melaksanakan tugasnya dengan baik;
 - Tidak melaksanakan ketentuan peraturan;
 - Terlibat dalam tindakan yang merugikan rumah sakit;
 - Dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana kejahatan dan/atau kesalahan yang berkaitan dengan tugasnya dalam melaksanakan pengawasan terhadap rumah sakit.

6) Ketentuan Lain-Lain

- a) Untuk mendukung kelancaran tugas Dewan Pengawas, Bupati sesuai dengan kewenangannya dapat mengangkat seorang Sekretaris Dewan Pengawas.

- b) Segala biaya yang diperlukan dalam rangka pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dibebankan pada anggaran Rumah Sakit, dan dimuat dalam RBA rumah sakit.

b. Direktur

Sesuai Pasal 9 Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018, Direktur RSUD Srengat Kabupaten Blitar bertindak sebagai Pemimpin BLUD dan berfungsi sebagai penanggung jawab umum operasional dan keuangan rumah sakit. Disamping melaksanakan tugas sebagaimana disebutkan dalam Peraturan Bupati Blitar Nomor 1 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Hubungan Kerja RSUD Srengat, Direktur sebagai Pemimpin BLUD mempunyai tugas dan kewajiban sebagai berikut:

- 1) Memimpin, mengarahkan, membina, mengawasi, mengendalikan, dan mengevaluasi penyelenggaraan kegiatan BLUD agar lebih efisien dan produktivitas
- 2) Merumuskan penetapan kebijakan teknis 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 teknis kepada kepala daerah sesuai dengan ketentuan
- 6) Menetapkan pejabat lainnya sesuai dengan kebutuhan BLUD selain pejabat yang telah ditetapkan dengan peraturan perundangan-undangan
- 7) Mengoordinasikan pelaksanaan kebijakan BLUD yang dilakukan oleh pejabat keuangan dan pejabat teknis, mengendalikan tugas pengawasan internal, serta menyampaikan dan mempertanggungjawabkan kinerja operasional serta keuangan BLUD kepada kepala daerah
- 8) Tugas lainnya yang ditetapkan oleh kepala daerah sesuai dengan kewenangannya

c. Bagian Umum, Kepegawaian dan Keuangan

Kepala Bagian Umum, Kepegawaian dan Keuangan bertindak

sebagai Pejabat Keuangan mempunyai tugas dan kewajiban:

- 1) Merumuskan kebijakan terkait pengelolaan keuangan
- 2) Mengoordinasikan 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 dibawah penguasaannya
- 8) Menyelenggarakan sistem informasi manajemen keuangan
- 9) Menyelenggarakan akuntansi dan penyusunan laporan keuangan
- 10) Tugas lainnya yang ditetapkan oleh kepala daerah dan/atau pemimpin sesuai dengan kewenangannya

Kepala Bagian Umum, Kepegawaian, dan Keuangan dalam menyelenggarakan tugas pokok dan fungsinya membawahi:

- 1) Sub Bagian Umum

Kepala Sub Bagian Umum mempunyai tugas melakukan penyiapan bahan ketatausahaan, kearsipan, perjalanan dinas, keprotokolan, kehumasan, dan penyelenggaraan rapat dinas.

Kepala Sub Bagian Umum menyelenggarakan tugas:

- a) Mengelola kegiatan pelayanan umum RSUD;
- b) Menyusun rumusan kebijakan, rencana program dan kegiatan dalam lingkup administrasi umum
- c) Mengelola urusan surat-menyurat, pengetikan, pencetakan, penggandaan dan tata kearsipan
- d) Mengelola urusan rumah tangga rumah sakit meliputi kebersihan dan keamanan RSUD
- e) Melaksanakan tugas keprotokolan, humas dan perjalanan dinas
- f) Memonitor, mengevaluasi dan melaporkan kegiatan pelayanan administrasi umum
- g) Melaksanakan tugas lain yang diberikan Kepala Bagian Umum, Kepegawaian dan Keuangan sesuai dengan lingkup bidang tugas.

2) Sub Bagian Kepegawaian

Kepala Sub Bagian Kepegawaian mempunyai tugas melakukan penyiapan bahan administrasi kepegawaian dan melakukan administrasi kepegawaian serta kesejahteraan pegawai.

Kepala Sub Bagian Kepegawaian menyelenggarakan tugas :

- a) Memberi pengarahan kegiatan pengelolaan sumber daya manusia
- b) Menyusun rumusan kebijakan, perencanaan, pengembangan dalam lingkup peningkatan sumber daya manusia
- c) Membina, mengawasi, mengendalikan, mengevaluasi dan melaporkan kegiatan pengelolaan sumber daya manusia
- d) Mengelola sumber daya manusia meliputi merencanakan tenaga, rekrutmen, menempatkan, menilai kinerja, mengusulkan pendidikan dan pelatihan, mengusulkan kenaikan pangkat, izin dan cuti, mutasi, rotasi, promosi, maupun demosi di lingkungan RSUD
- e) Melaksanakan pembinaan ketenagaan di lingkungan subbagian kepegawaian
- f) Melaksanakan tugas lain yang diberikan Kepala Bagian Umum, Kepegawaian dan Keuangan sesuai lingkup bidang tugas.

3) Sub bagian Keuangan

Kepala Sub bagian Keuangan mempunyai tugas melaksanakan penyusunan anggaran dan verifikasi, perbendaharaan dan akuntansi serta kegiatan mobilisasi dana.

Kepala Sub Bagian Keuangan menyelenggarakan tugas :

- a) Mengelola kegiatan keuangan
- b) Menyusun rumusan kebijakan, rencana program dan kegiatan dalam lingkup keuangan
- c) Melaksanakan penerimaan/retribusi pelayanan RSUD dan pembayaran keuangan RSUD
- d) Mengelola administrasi keuangan, akuntansi,

- perbendaharaan, verifikasi, pengendalian, laporan dan pertanggungjawaban keuangan RSUD
 - e) Melaksanakan pembinaan ketenagaan di lingkungan Sub Bagian Keuangan
 - f) Mengelola aset RSUD
 - g) Melaksanakan pemantauan, evaluasi dan pelaporan kegiatan Sub Bagian Keuangan
 - h) Melaksanakan tugas lain yang diberikan Kepala Bagian Umum, Kepegawaian dan Keuangan sesuai lingkup bidang tugas.
- d. Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan
- Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan sebagai salah satu anggota Pejabat Teknis mempunyai tugas dan kewajiban:
- 1) Menyusun perencanaan kegiatan teknis operasional dan pelayanan di bidang pelayanan medik dan keperawatan
 - 2) Melaksanakan kegiatan teknis operasional dan pelayanan sesuai dengan RBA
 - 3) Memimpin dan mengendalikan kegiatan teknis operasional dan pelayanan di bidang pelayanan medik dan keperawatan
 - 4) Tugas lainnya yang ditetapkan oleh kepala daerah dan/atau pemimpin sesuai dengan kewenangannya.

Kepala Bidang Pelayanan dalam menyelenggarakan tugas pokok dan fungsinya membawahi:

- 1) Seksi Pelayanan Medik
- Kepala Seksi Pelayanan Medik mempunyai tugas melakukan penyiapan bahan kegiatan dan kebutuhan pelayanan medik di rumah sakit.
- Kepala Seksi Pelayanan Medik menyelenggarakan fungsi :
- a) Membantu kepala bidang dalam kegiatan pelayanan medik
 - b) Mengelola kegiatan pelayanan medik
 - c) Menyusun rumusan kebijakan, rencana program dan kegiatan dalam lingkup pelayanan medik
 - d) Melaksanakan pembinaan ketenagaan di lingkungan Seksi

Pelayanan Medik

- e) Memonitor, mengevaluasi dan melaporkan kegiatan pelayanan medik
- f) Menyusun standar pelayanan minimal dan standar pelayanan operasional dalam bidang pelayanan medik
- g) Mengoordinasi pelaksanaan kegiatan operasional pelayanan medik
- h) Melaksanakan tugas lain yang diberikan Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan sesuai dengan lingkup bidang tugas.

2) Seksi Pelayanan Keperawatan

Kepala Seksi Pelayanan Keperawatan mempunyai tugas melakukan penyiapan bahan asuhan keperawatan dan pelayanan keperawatan, peningkatan dan pembinaan tenaga keperawatan dalam upaya meningkatkan mutu.

Kepala Seksi Pelayanan Keperawatan menyelenggarakan fungsi:

- a) Membantu kepala bidang dalam kegiatan pelayanan keperawatan
- b) Mengelola kegiatan pelayanan keperawatan
- c) Menyusun rumusan kebijakan, rencana program dan kegiatan dalam lingkup pelayanan keperawatan
- d) Melaksanakan pembinaan ketenagaan di lingkungan Seksi Pelayanan Keperawatan
- e) Memonitor, mengevaluasi dan melaporkan kegiatan pelayanan keperawatan
- f) Menyusun standar pelayanan minimal dan standar pelayanan operasional dalam bidang pelayanan keperawatan
- g) Mengoordinasi pelaksanaan kegiatan operasional pelayanan keperawatan
- h) Melaksanakan tugas lain yang diberikan Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan sesuai dengan lingkup bidang tugas.

e. Bidang Pelayanan Penunjang Klinik dan Non Klinik

Kepala Bidang Pelayanan Penunjang Klinik dan Non Klinik sebagai salah satu anggota Pejabat Teknis mempunyai tugas dan kewajiban:

- 1) Menyusun perencanaan kegiatan teknis operasional dan pelayanan di bidang pelayanan penunjang
- 2) Melaksanakan kegiatan teknis operasional dan pelayanan sesuai dengan RBA
- 3) Memimpin dan mengendalikan kegiatan teknis operasional dan pelayanan dibidang pelayanan penunjang
- 4) Tugas lainnya yang ditetapkan oleh kepala daerah dan/atau pemimpin sesuai dengan kewenangannya

Kepala Bidang Pelayanan Penunjang dalam menyelenggarakan tugas pokok dan fungsinya membawahi:

1) Seksi Penunjang Klinik

Kepala Seksi Penunjang Klinik mempunyai tugas melakukan penyiapan bahan pelaksanaan kegiatan penunjang klinik.

Kepala Seksi Penunjang Klinik menyelenggarakan fungsi :

- a) Membantu kepala bidang dalam kegiatan pelayanan penunjang klinik
- b) Mengelola kegiatan pelayanan penunjang klinik untuk mencapai visi, misi dan tujuan rumah sakit
- c) Menyusun rumusan kebijakan, rencana program dan kegiatan dalam lingkup pelayanan penunjang klinik
- d) Melaksanakan pembinaan ketenagaan di lingkungan Seksi Penunjang Klinik
- e) Melaksanakan monitoring, evaluasi dan pelaporan kegiatan pelayanan penunjang klinik
- f) Menyusun standar pelayanan minimal dan standar pelayanan operasional di bidang penunjang klinik
- g) Mengoordinasi pelaksanaan kegiatan operasional penunjang klinik
- h) Melaksanakan tugas lain yang diberikan Kepala Bidang

Penunjang Klinik dan dan Non Klinik sesuai dengan lingkup bidang tugas.

2) Seksi Penunjang Non Klinik

Kepala Seksi Penunjang Non Klinik mempunyai tugas melakukan penyiapan bahan pelaksanaan kegiatan penunjang non klinik.

Kepala Seksi Penunjang Non Klinik menyelenggarakan fungsi :

- a) Membantu kepala bidang dalam kegiatan pelayanan penunjang non klinik
- b) Mengelola kegiatan pelayanan penunjang non klinik untuk mencapai visi, misi dan tujuan rumah sakit
- c) Menyusun rumusan kebijakan, rencana program dan kegiatan dalam lingkup pelayanan penunjang non klinik
- d) Melaksanakan pembinaan ketenagaan di lingkungan Seksi Penunjang Non Klinik
- e) Melaksanakan monitoring, evaluasi dan pelaporan kegiatan pelayanan penunjang non klinik
- f) Menyusun standar pelayanan minimal dan standar pelayanan operasional di bidang penunjang non klinik
- g) Mengoordinasi pelaksanaan kegiatan operasional penunjang non klinik
- h) Melaksanakan tugas lain yang diberikan Kepala Bidang Penunjang Klinik dan dan Non Klinik sesuai dengan lingkup bidang tugas.

f. Bidang Perencanaan dan Pengembangan

Kepala Bidang Perencanaan dan Pengembangan sebagai salah satu anggota Pejabat Teknis mempunyai tugas dan kewajiban:

- 1) Menyusun perencanaan kegiatan teknis operasional dan pelayanan di bidang perencanaan dan pengembangan
- 2) Melaksanakan kegiatan teknis operasional dan pelayanan sesuai dengan RBA
- 3) Memimpin dan mengendalikan kegiatan teknis operasional dan pelayanan di bidang perencanaan dan pengembangan

- 4) Tugas lainnya yang ditetapkan oleh kepala daerah dan/atau pemimpin sesuai dengan kewenangannya

Kepala Bidang Perencanaan dan Pengembangan dalam menyelenggarakan tugasnya membawahi:

- 1) Seksi Evaluasi dan Pelaporan

Kepala Seksi Evaluasi dan Pelaporan mempunyai tugas melakukan pengendalian Evaluasi dan Pelaporan.

Kepala Seksi Evaluasi dan Pelaporan menyelenggarakan fungsi :

- a) Membantu kepala bidang dalam kegiatan pengendalian Evaluasi dan Pelaporan RSUD
- b) Mengelola kegiatan Evaluasi dan Pelaporan
- c) Menyusun rumusan kebijakan, rencana program dan kegiatan dalam lingkup Evaluasi dan Pelaporan RSUD
- d) Menyusun usulan penggunaan anggaran belanja RSUD
- e) Melaksanakan pembinaan ketenagaan di lingkungan Sub Bidang Evaluasi dan Pelaporan
- f) Memonitor, mengevaluasi dan melaporkan kegiatan Sub Bidang Evaluasi dan Pelaporan
- g) Melaksanakan tugas lain yang diberikan Kepala Bidang Perencanaan dan Pengembangan sesuai lingkup bidang tugas.

- 2) Seksi Informasi, Perencanaan dan Pengembangan

Kepala Seksi Informasi, Perencanaan dan Pengembangan mempunyai tugas melakukan kegiatan perencanaan, pengembangan, dan pelayanan informasi.

Kepala Seksi Informasi, Perencanaan dan Pengembangan menyelenggarakan fungsi :

- a) Membantu kepala bidang dalam kegiatan perencanaan, pengembangan, pelayanan informasi, perencanaan dan pengembangan
- b) Mengelola kegiatan pelayanan informasi, perencanaan dan pengembangan

- c) Menyusun rumusan kebijakan, rencana program dan kegiatan dalam lingkup pelayanan informasi, perencanaan dan pengembangan
- d) Mengelola kegiatan pelayanan informasi, perencanaan dan pengembangan
- e) Melaksanakan pembinaan ketenagaan di lingkungan Seksi Informasi, Perencanaan dan Pengembangan
- f) Melaksanakan pemantauan, evaluasi dan pelaporan kegiatan pelayanan informasi, perencanaan dan pengembangan
- g) Menyusun standar pelayanan minimal dan standar pelayanan operasional dalam Bidang Informasi, Perencanaan dan Pengembangan
- h) Mengoordinasi pelaksanaan kegiatan operasional Seksi Informasi, Perencanaan dan Pengembangan
- i) Melaksanakan tugas lain yang diberikan Kepala Bidang Perencanaan dan Pengembangan sesuai lingkup bidang tugas.

g. Satuan Pengawas Internal (SPI)

Pemimpin BLUD dapat membentuk Satuan Pengawasan Internal yang merupakan aparat internal Rumah Sakit untuk pengawasan dan pengendalian internal terhadap kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial dalam menyelenggarakan Praktek Bisnis Yang Sehat. SPI berkedudukan langsung dibawah pimpinan.

Tugas satuan pengawas internal, membantu manajemen untuk:

- 1) Pengamanan harta kekayaan
- 2) Menciptakan akurasi sistem informasi keuangan
- 3) Menciptakan efisiensi dan produktivitas
- 4) Mendorong dipatuhinya kebijakan manajemen dalam penerapan Praktek Bisnis Yang Sehat

h. Komite

Komite merupakan wadah non struktural yang terdiri dari tenaga ahli atau profesi yang dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis kepada Direktur dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan RSUD. Komite berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.

Komite di RSUD Srengat Kabupaten Blitar terdiri atas :

1) Komite Medik

Komite Medik adalah perangkat RSUD untuk menerapkan tata kelola klinis agar staf medik di RSUD terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medik, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medik. Komite medik dibentuk dengan tujuan untuk menyelenggarakan tata kelola klinis (*clinical governance*) yang baik agar mutu pelayanan medik dan keselamatan pasien lebih terjamin dan terlindungi. Dalam pelaksanaan kegiatannya dibantu oleh Subkomite antara lain :

- a) Subkomite Kredensial bertugas menapis profesionalisme staf medik
- b) Subkomite Mutu Profesi bertugas mempertahankan kompetensi dan profesionalisme staf medik
- c) Subkomite Etika dan Disiplin Profesi bertugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi Staf Medik.

2) Komite Keperawatan

Komite Keperawatan adalah wadah non struktural RSUD yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi. Komite Komite Keperawatan mempunyai tugas pokok membantu Direktur dalam melakukan kredensial, pembinaan disiplin dan etika profesi tenaga keperawatan serta pengembangan profesional berkelanjutan.

Untuk menyelenggarakan tugas pokoknya, Komite Keperawatan mempunyai fungsi :

- a) Penyelenggaraan konsultasi keperawatan
- b) Penyelenggaraan tukar pendapat, kebijakan, dan pelaksanaan pelayanan
- c) Pemberian motivasi dalam pemecahan masalah profesi Keperawatan melalui pembelajaran
- d) Penggalan inovasi dan ide-ide yang membangun dan pembaharuan ke arah perbaikan profesi keperawatan
- e) Penyelenggaraan pendidikan dan pembelajaran kepada profesi sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan yang dimiliki
- f) Penyelenggaraan advokasi dengan memberikan perlindungan dan dukungan kepada profesi dalam menerima hak-haknya termasuk masalah hukum.

3) Komite Profesional Pemberi Asuhan Lainnya dan Staf Klinis Lainnya

Komite Profesional Pemberi Asuhan Lainnya dan Staf Klinis Lainnya merupakan wadah non struktural yang terdiri dari tenaga ahli atau profesi dari pelayanan penunjang yang dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis kepada Direktur RSUD. Komite Profesional Pemberi Asuhan Lainnya dan Staf Klinis Lainnya mempunyai fungsi dan tugas sebagai berikut :

- a) Fungsi utama adalah mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga penunjang melalui kredensial, penjaminan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi
- b) Menjamin pelayanan kepada pasien yang diberikan secara benar, sesuai standar dan kode etik profesi
- c) Meningkatkan profesionalisme tenaga penunjang yang bekerja di RSUD
- d) Melakukan kredensial bagi seluruh tenaga penunjang yang akan melakukan pelayanan pada pasien di RSUD

- e) Memelihara mutu profesi tenaga penunjang
- f) Menjaga disiplin, etika, dan perilaku tenaga penunjang

4) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi merupakan badan non struktural yang berada di bawah serta bertanggung jawab kepada Direktur yang dibentuk guna membantu Direktur dalam pencegahan dan pengendalian infeksi. Komite PPI mempunyai tugas sebagai berikut:

- a) Memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam pencegahan dan pengendalian infeksi
- b) Menyusun serta menetapkan, mensosialisasikan dan mengevaluasi kebijakan tentang pencegahan pengendalian infeksi di RSUD
- c) Melaksanakan investigasi dan penanggulangan masalah kejadian luar biasa bersama Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi RSUD
- d) Merencanakan, mengusulkan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip-prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi dan aman bagi yang menggunakan
- e) Membuat pedoman tata laksana pencegahan dan pengendalian infeksi
- f) Memberikan penyuluhan masalah infeksi kepada tenaga medik, non medik dan tenaga lainnya serta pengguna jasa RSUD
- g) Menerima laporan atas kegiatan tim dan membuat laporan berkala kepada Direktur.

5) Komite Farmasi dan Terapi

Komite Farmasi dan Terapi merupakan badan non struktural yang berada di bawah serta bertanggung jawab kepada Direktur yang dibentuk guna membantu Direktur dalam rangka mencapai budaya pengelolaan dan penggunaan obat secara rasional. Komite Farmasi dan Terapi mempunyai tugas sebagai berikut :

- a) Mengembangkan kebijakan tentang penggunaan obat di RSUD
- b) Melakukan seleksi dan evaluasi obat yang akan masuk dalam formularium RSUD
- c) Mengembangkan standar terapi
- d) Mengidentifikasi permasalahan dalam penggunaan obat
- e) Melakukan intervensi dalam meningkatkan penggunaan obat yang rasional
- f) Mengoordinasi penatalaksanaan reaksi obat yang tidak dikehendaki
- g) Mengoordinasi penatalaksanaan *medication error*
- h) Menyebarkan informasi terkait kebijakan penggunaan obat di RSUD.

6) Komite Etik dan Hukum RSUD

Komite Etik dan Hukum RSUD merupakan badan non struktural yang berada di bawah serta bertanggung jawab kepada Direktur yang dibentuk guna membantu Direktur dalam rangka meningkatkan kelancaran dan terselenggara dengan baik pelayanan yang bermutu, efisien serta berkualitas di Rumah Sakit demi menegakkan disiplin, etika, perilaku seluruh karyawan serta hal yang berkaitan dengan hukum. Komite Etik dan Hukum RSUD mempunyai tugas sebagai berikut :

- a) Menyusun pedoman etik dan hukum RSUD
- b) Menyusun prosedur etik dan hukum RSUD dalam rangka pencegahan norma etika dan hukum di RSUD
- c) Memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam hal menyusun dan memutuskan medicolegal dan etik pelayanan RSUD, serta penyelesaian pelanggaran terhadap kode etik pelayanan RSUD
- d) Melakukan pemeliharaan etika penyelenggaraan fungsi RSUD, kebijakan yang terkait dengan Peraturan Internal serta Peraturan Staf Medik
- e) Membentuk gugus tugas bantuan hukum dalam penanganan masalah hukum di RSUD

- f) Mengawasi kepatuhan penerapan etika RSUD, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan
- 7) Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD
- Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD merupakan badan non struktural yang berada di bawah serta bertanggung jawab kepada Direktur yang dibentuk guna membantu Direktur dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD mempunyai tugas sebagai berikut :
- a) Menyusun program komite mutu dalam rangka meningkatkan mutu dan keselamatan pasien di RSUD
 - b) Mengoordinasikan pelaksanaan program di berbagai unit kerja di lingkungan RSUD
 - c) Melakukan evaluasi pelaksanaan program Komite Mutu
 - d) Membuat laporan serta rekomendasi tindak lanjut
 - e) Melaporkan secara berkala kegiatan Komite Mutu kepada Direktur
- 8) Komite Program Pengendalian Resistensi Antimikroba
- Komite Program Pengendalian Resistensi Antimikroba merupakan badan non struktural yang berada di bawah serta bertanggung jawab kepada Direktur yang dibentuk guna membantu Direktur dalam rangka mengendalikan penggunaan antimikroba secara luas baik di fasilitas pelayanan kesehatan dan di masyarakat. Komite Program Pengendalian Resistensi Antimikroba mempunyai tugas sebagai berikut :
- a) Membantu Direktur dalam menetapkan kebijakan tentang pengendalian resistensi antimikroba
 - b) Membantu Direkur dalam menetapkan kebijakan umum dan panduan penggunaan antibiotik di RSUD
 - c) Membantu Direktur dalam pelaksanaan program pengendalian resistensi antimikroba
 - d) Membantu Direktur dalam mengawasi dan mengevaluasi pelaksanaan program pengendalian resistensi antimikroba

- e) Menyelenggarakan forum kajian kasus pengelolaan penyakit infeksi terintegrasi
- f) Melakukan surveilans pola penggunaan antibiotik
- g) Melakukan surveilans pola mikroba penyebab infeksi dan kepekaannya terhadap antibiotik
- h) Menyebarluaskan serta meningkatkan pemahaman dan kesadaran tentang prinsip pengendalian resistensi anti mikroba, penggunaan anti biotik secara bijak, dan ketaatan terhadap pencegahan dan pengendalian infeksi melalui kegiatan pendidikan dan pelatihan
- i) Mengembangkan penelitian di bidang pengendalian resistensi anti mikroba.

9) Komite Transfusi darah

Komite Transfusi Darah merupakan badan non struktural yang berada di bawah serta bertanggung jawab kepada Direktur yang dibentuk guna membantu Direktur dalam rangka meningkatkan dan mengembangkan di bidang medik dan non medik yang relevan dan terkait dengan upaya kesehatan transfusi darah. Komite Transfusi Darah mempunyai tugas sebagai berikut :

- a) Memberi masukan kepada Direktur dalam hal kebijakan dan strategi serta perkembangan di bidang medik dan non medik yang relevan dan terkait dengan upaya kesehatan transfusi darah
- b) Menyusun perencanaan pengelolaan darah di RSUD bidang transfusi darah untuk implementasi kebijakan pelayanan tranfusi darah di RSUD
- c) Memberi masukan dalam peninjauan kebijakan umum dan panduan tentang upaya kesehatan transfusi darah
- d) Melakukan pembinaan dan pengawasan pelaksanaan pelayanan transfusi darah
- e) Melakukan tinjauan, pemutakhiran dan merevisi kebijakan dan perencanaan pengelolaan darah upaya kesehatan transfusi darah secara berkala dan/atau apabila diperlukan

- f) Menjadi wadah untuk mendiskusikan isu-isu yang berkaitan dengan upaya kesehatan transfusi darah
- g) Memberi masukan teknis kelompok ahli di bidangnya mengenai berbagai perkembangan upayan kesehatan transfusi darah.

10) Komite Rekam Medik

Komite Rekam Medik merupakan badan non struktural yang berada di bawah serta bertanggung jawab kepada Direktur yang dibentuk guna membantu Direktur dalam rangka memberikan pelayanan rekam medik yang optimal melalui peningkatan kualitas rekam medik, komunikasi antar unit kerja RSUD, kemampuan dan ketrampilan petugas dan terpenuhinya standar dan parameter pada akreditasi RSUD. Komite Rekam Medik mempunyai tugas sebagai berikut :

- a) Menentukan standar dan kebijakan pelayanan
- b) Mengusulkan bentuk formulir rekam medik
- c) Mengusulkan upaya yang perlu dalam penanggulangan masalah pelayanan rekam medik
- d) Menganalisis secara teratur isi rekam medik untuk menentukan apakah informasi klinis sudah cukup dalam asuhan pasien.

11) Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja

Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) merupakan badan non struktural yang berada di bawah serta bertanggung jawab kepada Direktur yang dibentuk guna membantu Direktur dalam rangka menjamin dan melindungi keselamatan dan kesehatan bagi sumber daya manusia rumah sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan rumah sakit melalui upaya pencegahan kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja di rumah sakit. Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja mempunyai tugas sebagai berikut :

- a) Mengembangkan kebijakan, prosedur, regulasi internal K3, pedoman, petunjuk teknis, petunjuk pelaksanaan dan

Standar Prosedur Operasional (SPO) K3 untuk mengendalikan risiko

- b) Menyusun program K3
- c) Menyusun rekomendasi untuk bahan pertimbangan pimpinan Rumah Sakit yang berkaitan dengan K3
- d) Memantau pelaksanaan K3
- e) Mengolah data dan informasi yang berhubungan dengan K3
- f) Memelihara dan mendistribusikan informasi terbaru mengenai kebijakan, prosedur, regulasi internal K3, pedoman, petunjuk teknis, petunjuk pelaksanaan dan (SPO) K3 yang telah ditetapkan
- g) Mengadakan pertemuan secara teratur dan hasilnya disebarluaskan di seluruh unit kerja Rumah Sakit
- h) Membantu Kepala atau Direktur Rumah Sakit dalam penyelenggaraan SMK3 Rumah Sakit, promosi K3, pelatihan dan penelitian K3 di Rumah Sakit
- i) Pengawasan pelaksanaan program K3
- j) Berpartisipasi dalam perencanaan pembelian peralatan baru, pembangunan gedung dan proses
- k) Koordinasi dengan wakil unit-unit kerja Rumah Sakit yang menjadi anggota organisasi/unit yang bertanggung jawab di bidang K3
- l) Memberikan saran dan pertimbangan berkaitan dengan tindakan korektif
- m) Melaporkan kegiatan yang berkaitan dengan K3 secara teratur kepada pimpinan Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan yang ada di Rumah Sakit
- n) Menjadi investigator dalam kejadian PAK dan KAK, yang dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

i. Staf Medik Fungsional

Staf Medik Fungsional adalah kelompok dokter yang bekerja di bidang medik dalam jabatan fungsional. Dalam melaksanakan

tugasnya, Staf Medik Fungsional menggunakan pendekatan tim dengan tenaga profesi terkait. Staf Medik Fungsional mempunyai tugas :

- 1) Melaksanakan kegiatan profesi yang meliputi prosedur diagnosis, pengobatan, pencegahan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan
- 2) Meningkatkan kemampuan profesinya melalui program pendidikan/pelatihan berkelanjutan
- 3) Menjaga agar kualitas pelayanan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan medik dan etika kedokteran yang sudah ditetapkan
- 4) Menyusun, mengumpulkan, menganalisa dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinik
- 5) Membantu dan mengikuti kegiatan yang diselenggarakan oleh Komite Medik maupun RSUD.

j. Kelompok Jabatan Fungsional

Kelompok Jabatan Fungsional mempunyai tugas melakukan kegiatan sesuai dengan jabatan fungsional secara profesional dan berdasarkan peraturan perundang-undangan. Kelompok jabatan fungsional terdiri dari sejumlah tenaga fungsional yang terbagi atas berbagai kelompok jabatan fungsional sesuai dengan bidang keahliannya. Jumlah, jenis dan jenjang tenaga fungsional ditentukan dan diatur berdasarkan peraturan perundang-undangan. Tiap kelompok dikoordinasikan oleh seorang tenaga fungsional yang kompeten dan/atau tenaga fungsional lainnya yang ditunjuk diantara tenaga fungsional yang ada di lingkungan RSUD. Kelompok jabatan fungsional dalam melaksanakan tugasnya bertanggung jawab kepada Direktur.

k. Instalasi

Instalasi merupakan unit penyelenggaraan pelayanan fungsional di rumah sakit. Instalasi mempunyai tugas menyelenggarakan kegiatan pelayanan sesuai fungsinya. Dalam melaksanakan tugasnya, instalasi dikoordinasikan oleh masing-

masing bidang. Jumlah dan jenis instalasi didasarkan atas kebutuhan rumah sakit.

Instalasi-instalasi yang ada di UK RSUD Srengat antara lain :

- 1) Instalasi Gawat Darurat, mempunyai tugas dan fungsi :
 - a) Melaksanakan Pelayanan Gawat Darurat yang optimal
 - b) Menyelenggarakan Pelayanan Gawat Darurat yang professional berdasarkan prosedur
 - c) Melaksanakan komunikasi dan edukasi
 - d) Memberi pelayanan bermutu melalui analisa dan evaluasi untuk meningkatkan mutu Pelayanan Gawat Darurat
 - e) Melaksanakan perencanaan dan penyediaan sarana prasarana dan kebutuhan untuk penyelenggaraan Pelayanan Gawat Darurat sesuai prosedur
 - f) Menjamin keselamatan pasien, keamanan, sanitasi dan keselamatan kerja di Instalasi Gawat Darurat
 - g) Melakukan pengawasan dan pengendalian mutu Pelayanan Gawat Darurat
 - h) Melaksanakan sistem rujukan sesuai prosedur
 - i) Mengembangkan Pelayanan Gawat Darurat secara berkesinambungan
 - j) Memberikan saran dan/atau pertimbangan kepada atasan sesuai dengan bidang tugasnya
 - k) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan
 - l) Melakukan monitoring, evaluasi dan menyusun laporan.

- 2) Instalasi Bedah Sentral, mempunyai tugas dan fungsi :
 - a) Melaksanakan pelayanan bedah sentral yang optimal
 - b) Menyelenggarakan pelayanan bedah sentral yang profesional berdasarkan prosedur
 - c) Melaksanakan komunikasi dan edukasi
 - d) Memberi pelayanan bermutu melalui analisa dan evaluasi untuk meningkatkan mutu pelayanan bedah
 - e) Melaksanakan perencanaan dan penyediaan sarana prasarana dan kebutuhan untuk penyelenggaraan pelayanan bedah sesuai prosedur

- f) Menjamin keselamatan pasien, keamanan, sanitasi dan keselamatan kerja di Instalasi Bedah sentral
 - g) Melakukan pengawasan dan pengendalian mutu pelayanan bedah
 - h) Melaksanakan sistem rujukan sesuai prosedur
 - i) Mengembangkan pelayanan bedah secara berkesinambungan
 - j) Memberikan saran dan/atau pertimbangan kepada atasan sesuai dengan bidang tugasnya
 - k) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan
 - l) Melakukan monitoring, evaluasi dan menyusun laporan.
- 3) Instalasi Rawat Inap, mempunyai tugas dan fungsi :
- a) Melaksanakan pelayanan rawat inap yang optimal
 - b) Menyelenggarakan pelayanan rawat inap yang profesional berdasarkan prosedur
 - c) Melaksanakan komunikasi dan edukasi
 - d) Memberi pelayanan bermutu melalui analisa dan evaluasi untuk meningkatkan mutu pelayanan rawat inap
 - e) Melaksanakan perencanaan dan menyediakan sarana prasarana dan kebutuhan untuk penyelenggaraan pelayanan rawat inap sesuai prosedur
 - f) Menjamin keselamatan pasien, keamanan, sanitasi dan keselamatan kerja di Instalasi Rawat Inap
 - g) Melakukan pengawasan dan pengendalian mutu pelayanan rawat inap
 - h) Mengembangkan pelayanan rawat inap secara berkesinambungan
 - i) Memberikan saran dan/atau pertimbangan kepada atasan sesuai dengan bidang tugasnya
 - j) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan; dan
 - k) Melakukan monitoring, evaluasi dan menyusun laporan.
- 4) Instalasi Rawat Jalan, mempunyai tugas dan fungsi :
- a) Melaksanakan pelayanan rawat jalan yang optimal

- b) Menyelenggarakan pelayanan rawat jalan yang profesional berdasarkan prosedur
 - c) Melaksanakan komunikasi dan edukasi
 - d) Memberi pelayanan bermutu melalui analisa dan evaluasi untuk meningkatkan mutu pelayanan rawat jalan
 - e) Melaksanakan perencanaan dan menyediakan sarana prasarana dan kebutuhan untuk penyelenggaraan pelayanan rawat jalan sesuai prosedur
 - f) Menjamin keselamatan pasien, keamanan, sanitasi dan keselamatan kerja di Instalasi Rawat Jalan
 - g) Melakukan pengawasan dan pengendalian mutu pelayanan rawat jalan
 - h) Melaksanakan sistem rujukan sesuai prosedur
 - i) Mengembangkan pelayanan rawat jalan secara berkesinambungan
 - j) Memberikan saran dan/atau pertimbangan kepada atasan sesuai dengan bidang tugasnya
 - k) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan
 - l) Melakukan monitoring, evaluasi dan menyusun laporan.
- 5) Instalasi Farmasi, mempunyai tugas dan fungsi :
- a) Meningkatkan mutu Pelayanan Kefarmasian
 - b) Menjamin kepastian hukum bagi tenaga kefarmasian; melindungi pasien dan masyarakat dari penggunaan obat yang tidak rasional dalam rangka keselamatan pasien
 - c) Mengelola Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medik Habis Pakai, meliputi pemilihan, perencanaan kebutuhan, pengadaan, penerimaan, penyimpanan, pendistribusian, pemusnahan dan penarikan, pengendalian dan administrasi
 - d) Pelayanan farmasi klinik, meliputi pengkajian dan pelayanan resep, penelusuran riwayat penggunaan obat, rekonsiliasi obat, Pelayanan Informasi Obat (PIO), konseling, visite, Pemantauan Terapi Obat (PTO), Monitoring Efek Samping Obat (MESO), Evaluasi

- Penggunaan Obat (EPO), dispensing sediaan steril dan Pemantauan Kadar Obat dalam Darah (PKOD)
- e) Memberikan saran dan/atau pertimbangan kepada atasan sesuai dengan bidang tugasnya
 - f) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan
 - g) Melakukan monitoring, evaluasi dan menyusun laporan
- 6) Instalasi Laboratorium, mempunyai tugas dan fungsi :
- a) Laboratorium klinik umum merupakan laboratorium yang melaksanakan pemeriksaan spesimen klinik, dibidang hematologi, kimia klinik, mikrobiologi klinik, parasitologi klinik, patologi anatomi dan imunologi klinik, cairan tubuh
 - b) Laboratorium klinik yang melaksanakan pemeriksaan spesimen klinik dengan kemampuan pemeriksaan lebih lengkap dari laboratorium klinik madya dengan teknik otomatis
 - c) Melaksanakan kegiatan teknis
 - d) Melakukan komunikasi-konsultasi medik dengan tenaga medik yang Lain
 - e) Melaksanakan pengambilan dan penanganan bahan pemeriksaan laboratorium sesuai standar pelayanan dan standar operasional prosedur
 - f) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan
 - g) Melakukan monitoring, evaluasi dan menyusun laporan
- 7) Instalasi Radiologi, mempunyai tugas dan fungsi :
- a) Pelayanan Radiodiagnostik
 - b) Pelayanan Imejing Diagnostik
 - c) Pelayanan Radiologi Interventional
 - d) Melaksanakan pelayanan radio diagnostik untuk melakukan diagnosis dengan menggunakan radiasi Pengion meliputi Pelayanan *X-Ray Konvensional Computed Tomografi CT Scan dan mamografi* yang optimal dan bermutu

- e) Menyelenggarakan pelayanan radiologi yang profesional berdasarkan prosedur dan etik kedokteran
 - f) Melaksanakan komunikasi dan edukasi
 - g) Memberi pelayanan bermutu melalui analisa dan evaluasi untuk meningkatkan mutu pelayanan radiologi
 - h) Melaksanakan perencanaan dan penyediaan sarana prasarana dan kebutuhan untuk penyelenggaraan pelayanan farmasi sesuai prosedur
 - i) Menjamin keselamatan pasien, keamanan, sanitasi dan keselamatan kerja di Instalasi Radiologi
 - j) Melakukan pengawasan dan pengendalian mutu pelayanan radiologi
 - k) Melaksanakan sistem rujukan sesuai prosedur
 - l) Mengembangkan pelayanan radiologi secara berkesinambungan
 - m) Memberikan saran dan/atau pertimbangan kepada atasan sesuai dengan bidang tugasnya
 - n) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan
 - o) Melakukan monitoring, evaluasi dan menyusun laporan
- 8) Instalasi Rehabilitasi Medik, mempunyai tugas dan fungsi :
- a) Melaksanakan pelayanan rehabilitasi medik (bentuk pelayanan kesehatan yang ditujukan kepada individu dan/atau kelompok untuk mengembangkan, memelihara dan memulihkan gerak dan fungsi tubuh sepanjang daur kehidupan dengan menggunakan penanganan secara manual peningkatan gerak peralatan (fisik, elektroterapeutis dan mekanis), pelatihan fungsi dan komunikasi yang optimal
 - b) Menyelenggarakan pelayanan rehabilitasi medik yang profesional berdasarkan prosedur
 - c) Melaksanakan komunikasi dan edukasi
 - d) Memberi pelayanan bermutu melalui analisa dan evaluasi untuk meningkatkan mutu pelayanan rehabilitasi medik

- e) Melaksanakan perencanaan dan menyediakan sarana prasarana dan kebutuhan untuk penyelenggaraan pelayanan rehabilitasi medik sesuai dengan prosedur
 - f) Menjamin keselamatan pasien, keamanan, sanitasi dan keselamatan kerja di Instalasi rehabilitasi medik
 - g) Melakukan pengawasan dan pengendalian mutu pelayanan rehabilitasi medik
 - h) Melaksanakan sistem rujukan sesuai prosedur
 - i) Mengembangkan pelayanan rehabilitasi medik secara berkesinambungan
 - j) Mengembangkan peran dan fungsi umum fisioterapi sebagai pelaksana, pengelola, dan pendidik
 - k) Memberikan saran dan/atau pertimbangan kepada atasan sesuai dengan bidang tugasnya
 - l) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan
 - m) Melakukan monitoring, evaluasi dan menyusun laporan
- 9) Instalasi Pemeliharaan Sarana, mempunyai tugas dan fungsi :
- a) Menyusun kebijakan dan aturan yang mencakup pengelolaan peralatan elektromedik mulai dari siklus akuisisi/penerimaan sampai siklus utilisasi/pemanfaatan
 - b) Ikut menentukan perencanaan yang terkait kebutuhan pengadaan alat mencakup spesifikasi peralatan elektromedik dan kesesuaian peralatan elektromedik dengan kebutuhan pelayanan
 - c) Mengusulkan rencana anggaran terkait biaya pengelolaan peralatan elektromedik mencakup pemeliharaan, pencegahan, perbaikan, dan pengujian alat, serta mengusulkan biaya operasional untuk biaya pemeliharaan yang mendesak
 - d) Mengusulkan pengembangan sumber daya manusia yang terkait pengelolaan peralatan elektromedik, baik pelatihan internal dan eksternal
 - e) Membuat dan mensosialisasikan standar prosedur operasional, standar prosedur pemeliharaan peralatan

- elektromedik, prosedur pengujian/kalibrasi, tata cara pendokumentasian, pencatatan serta pelaporan pada unit pelayanan terkait dengan memperhatikan norma-norma kesehatan dan keselamatan kerja
- f) Evaluasi pelaksanaan mulai dari siklus akuisisi/penerimaan sampai siklus utilisasi/pemanfaatan peralatan elektromedik serta pengujian/kalibrasi peralatan elektromedik serta inovasi kedepan
 - g) Melaporkan tahunan rekap pekerjaan mulai dari siklus akuisisi/penerimaan sampai siklus utilisasi/pemanfaatan peralatan elektromedik serta pengujian/kalibrasi peralatan elektromedik selama setahun, serta membuat rencana kerja tahun berjalan meliputi rencana kerja dan anggaran yang dibutuhkan
 - h) Melaksanakan pelayanan Instalasi Pemelihara Sarana (suatu instalasi kerja yang merupakan unsur pelaksanaan dalam organisasi RSUD yang bertugas melaksanakan penyediaan, pemeliharaan perbaikan sarana dan prasarana dan peralatan RSUD yang optimal
 - i) Menyelenggarakan pelayanan Instalasi Pemelihara Sarana yang profesional berdasarkan prosedur
 - j) Memberi pelayanan bermutu melalui analisa dan evaluasi untuk meningkatkan mutu pelayanan Instalasi Pemelihara Sarana
 - k) Melaksanakan perencanaan dan penyediaan sarana prasarana dan kebutuhan untuk penyelenggaraan pelayanan Instalasi Pemelihara Sarana
 - l) Melakukan pengawasan dan pengendalian mutu pelayanan Instalasi Pemelihara Sarana
 - m) Mengembangkan pelayanan Instalasi Pemelihara Sarana secara berkesinambungan
 - n) Memberikan saran dan/atau pertimbangan kepada atasan sesuai dengan bidang tugasnya
 - o) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan
 - p) Melakukan monitoring, evaluasi dan menyusun laporan

- 10) Instalasi Gizi, mempunyai tugas dan fungsi :
- a) Melaksanakan pelayanan gizi yang bermutu dan paripurna
 - b) Menyelenggarakan asuhan gizi terstandar pada pelayanan gizi rawat inap dan rawat jalan
 - c) Menyelenggarakan makanan sesuai dengan standar kebutuhan gizi dan aman dikonsumsi
 - d) Menyelenggarakan penyuluhan dan konseling gizi pada klien/pasien dan keluarganya
 - e) Menyelenggarakan penelitian aplikasi di bidang gizi dan dietetik sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi
 - f) Memberikan saran dan/atau pertimbangan kepada atasan sesuai dengan bidang tugasnya
 - g) Memberikan saran dan/atau pertimbangan kepada atasan sesuai dengan bidang tugasnya
 - h) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan
 - i) Melakukan monitoring, evaluasi dan laporan
- 11) Instalasi Pemulasaraan Jenazah, mempunyai tugas dan fungsi:
- a) Melaksanakan pelayanan pengelolaan kegiatan penanganan pemulasaraan jenazah yang meninggal baik di dalam unit perawatan maupun di luar unit perawatan/luar RSUD yang meliputi pelayanan visum luar, pemulasaraan jenazah, penguburan jenazah pasien terlantar dan pembuatan *Visum Et Repertum* luar di Instalasi Kamar Jenazah yang optimal
 - b) Menyelenggarakan pelayanan Instalasi Pemulasaraan Jenazah yang professional berdasarkan prosedur
 - c) Melaksanakan komunikasi dan edukasi
 - d) Melaksanakan perencanaan dan penyediaan sarana prasarana dan kebutuhan untuk penyelenggaraan pelayanan Instalasi Pemulasaraan Jenazah

- e) Menjamin keamanan, sanitasi dan keselamatan kerja di Instalasi Pemulasaraan Jenazah
 - f) Melakukan pengawasan dan pengendalian mutu pelayanan Instalasi Pemulasaraan Jenazah
 - g) Mengembangkan pelayanan Instalasi Pemulasaraan Jenazah secara berkesinambungan
 - h) Melaksanakan sistem rujukan sesuai prosedur
 - i) Memberikan saran dan/atau pertimbangan kepada atasan sesuai dengan bidang tugasnya
 - j) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan
 - k) Melakukan monitoring, evaluasi dan menyusun laporan
- 12) Instalasi *Central Sterile Supply Departement* (CSSD), mempunyai tugas dan fungsi :
- a) Pembersihan awal
 - b) Pembersihan
 - c) Desinfeksi tingkat tinggi
 - d) Sterilisasi
 - e) Mengambil peralatan medik kotor dari semua unit pelayanan
 - f) Menyiapkan peralatan medik steril yang dibutuhkan
 - g) Memberikan saran dan/atau pertimbangan kepada atasan sesuai dengan bidang tugasnya
 - h) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan
 - i) Melakukan monitoring, evaluasi dan menyusun laporan.
- 13) Instalasi Laundry, mempunyai tugas dan fungsi :
- a) Perencanaan kebutuhan linen RSUD
 - b) Pengambilan linen di ruang rawat inap
 - c) Pemilahan linen Infeksius dan linen non infeksius
 - d) Pencucian linen (dekontaminasi linen)
 - e) Pengeringan linen dengan mesin pengering
 - f) Pelipatan linen bersih
 - g) Mendistribusikan linen bersih ke ruang rawat Inap
 - h) Menghitung penggunaan linen oleh pasien

- i) Memberikan saran dan/atau pertimbangan kepada atasan sesuai dengan bidang tugasnya
 - j) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan
 - k) Melakukan monitoring, evaluasi dan menyusun laporan
- 14) Instalasi Anestesi, mempunyai tugas dan fungsi :
- a) Melaksanakan pelayanan anestesi dan terapi intensif yang dilakukan melalui pendekatan tim sesuai dengan kompetensi dan kewenangan yang dimiliki oleh tim pengelola pelayanan anestesi yang optimal
 - b) Menyelenggarakan pelayanan anestesi dan terapi intensif yang profesional berdasarkan prosedur melaksanakan komunikasi dan edukasi
 - c) Memberi pelayanan anestesi dan terapi intensif bermutu melalui analisa dan evaluasi untuk meningkatkan mutu pelayanan
 - d) Melaksanakan perencanaan dan penyediaan sarana prasarana dan kebutuhan untuk penyelenggaraan pelayanan Anestesi dan terapi intensif sesuai prosedur
 - e) Menjamin keselamatan pasien, keamanan, sanitasi dan keselamatan kerja di Instalasi Anestesi
 - f) Melakukan pengawasan dan pengendalian mutu pelayanan Anestesi dan terapi intensif
 - g) Mengembangkan pelayanan anestesi dan terapi intensif secara berkesinambungan
 - h) Memberikan saran dan/atau pertimbangan kepada atasan sesuai dengan bidang tugasnya
 - i) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan
 - j) Melakukan monitoring, evaluasi dan menyusun laporan
- 15) Instalasi Bank Darah RSUD, mempunyai tugas dan fungsi :
- a) Perencanaan kebutuhan darah di RSUD
 - b) Permintaan dan penerimaan darah donor dari unit tranfusi darah

- c) Permintaan darah dan komponen darah di Bank Darah RSUD
 - d) Persiapan darah transfusi
 - e) Pemeriksaan pra-transfusi
 - f) Pendistribusian darah dari Bank Darah Rumah Sakit ke ruang perawatan
 - g) Penelusuran reaksi transfusi
 - h) Pengembalian darah ke unit tranfusi darah
 - i) Sistem pencatatan dan pelaporan di Bank Darah RSUD
 - j) Rujukan darah langka
 - k) Rujukan sampel darah
 - l) Memberikan saran dan/atau pertimbangan kepada atasan sesuai dengan bidang tugasnya
 - m) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan
 - n) Melakukan monitoring, evaluasi dan menyusun laporan
- 16) Instalasi Penyehatan Lingkungan, mempunyai tugas dan fungsi:
- a) Penyehatan dilakukan terhadap media lingkungan berupa air, udara, tanah, pangan serta sarana dan bangunan
 - b) Pengamanan terhadap limbah dan radiasi
 - c) Pengendalian terhadap vector dan binatang pembawa penyakit
 - d) Pengawasan terhadap linen (laundry)
 - e) Pengawasan terhadap proses dekontaminasi
 - f) Pegawasan terhadap proses konstruksi atau renovasi bangunan RSUD
 - g) Memberikan saran dan/atau pertimbangan kepada atasan sesuai dengan bidang tugasnya
 - h) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan
 - i) Melakukan monitoring, evaluasi dan menyusun laporan
- 17) Instalasi Rekam Medik, mempunyai tugas dan fungsi :
- a) Melaksanakan kegiatan pelayanan pasien dalam manajemen dasar rekam medik dan informasi kesehatan

- b) Melaksanakan evaluasi isi rekam medik
- c) Melaksanakan klasifikasi dan kodifikasi penyakit yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medik sesuai dengan terminologi medik yang benar
- d) Melaksanakan indeks dengan cara mengumpulkan data penyakit, kematian, tindakan dan dokter yang dikelompokkan pada indeks
- e) Melaksanakan sistem pelaporan dalam bentuk informasi kegiatan pelayanan kesehatan
- f) Merancang struktur isi dan standar data kesehatan, untuk pengelolaan informasi kesehatan
- g) Melaksanakan evaluasi kelengkapan isi diagnosis dan tindakan sebagai ketepatan pengkodean
- h) Melaksanakan pengumpulan, validasi dan verifikasi data sesuai ilmu
- i) Melakukan pencatatan dan pelaporan surveilans
- j) Mengelola kelompok kerja dan manajemen unit kerja dan menjalankan organisasi penyelenggara dan pelayanan kesehatan
- k) Mensosialisasikan setiap program pelayanan rekam media informasi kesehatan
- l) Melaksanakan hubungan kerja sesuai dengan kode etik profesi
- m) Melakukan pengembangan diri terhadap kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi
- n) Mengidentifikasi masalah-masalah teknologi informasi yang berkaitan dengan pelayanan manajemen rekam medik dan informasi kesehatan
- o) Merancang system evaluasi isi rekam medik manual dan elektronik
- p) Merancang struktur isi dan standar data kesehatan, untuk pengembangan informasi kesehatan
- q) Memvalidasi kelengkapan diagnosis dan tindakan medik sebagai ketepatan pengkodean

- r) Memvalidasi indeks dengan cara menilai kumpulan data penyakit, kematian, tindakan dan dokter yang dikelompokkan pada indeks
- s) Memvalidasi kumpulan dan verifikasi data sesuai dengan jenis formulir survei
- t) Mengevaluasi sistem klasifikasi klinis dan kodifikasi penyakit yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medik dalam pembiayaan kesehatan
- u) Melaporkan hasil monitoring kinerja mutu pelayanan rekam medik dan informasi kesehatan yang berkaitan dengan ilmu pengetahuan dan teknologi
- v) Menganalisa dan mengevaluasi pengelolaan manajemen unit kerja serta menjalankan organisasi fasilitas pelayanan kesehatan
- w) Menyelesaikan masalah secara prosedural baik manual atau elektronik
- x) Melaksanakan hubungan kerja sesuai dengan kode etik profesi
- y) Memberikan saran dan/atau pertimbangan kepada atasan sesuai dengan bidang tugasnya
- z) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan
- ã) Melakukan monitoring, evaluasi dan menyusun laporan

18) Instalasi Informasi Teknologi, mempunyai tugas dan fungsi :

- a) Membuat aplikasi SIMRS
- b) Mengelola dan mengembangkan SIMRS
- c) Memberikan saran dan/atau pertimbangan kepada atasan sesuai dengan bidang tugasnya
- d) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan
- e) Melakukan monitoring, evaluasi dan menyusun laporan

19) Instalasi Promosi Kesehatan RSUD, mempunyai tugas dan fungsi :

- a) Melaksanakan perencanaan

- b) Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan Promosi Kesehatan RSUD
- c) Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan
- d) Menggerakkan Masyarakat Sekitar RSUD untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat masyarakat yang bekerjasama dengan kelompok masyarakat peduli kesehatan serta sektor lain terkait
- e) Menyusun pedoman/panduan, standar prosedur operasional, pelaksanaan, dan regulasi internal Promosi Kesehatan RSUD
- f) Membuat dan/atau mengembangkan media Promosi Kesehatan
- g) Memberikan rekomendasi sebagai bahan pertimbangan kepada Direktur RSUD
- h) Melaksanakan pencatatan, pelaporan, pemantauan, dan penilaian pelaksanaan Promosi Kesehatan yang terintegrasi;
- i) Melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia penyelenggara Promosi Kesehatan RSUD
- j) Melaksanakan pengembangan metode dan penelitian
- k) Mengoordinasikan pelaksanaan pelayanan Promosi Kesehatan RSUD yang terintegrasi dengan profesional pemberi asuhan pada setiap unit pelayanan di RSUD
- l) Mendorong terwujudnya RSUD sebagai tempat kerja yang sehat dan aman
- m) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan
- n) Melakukan monitoring, evaluasi dan menyusun laporan.

20) Instalasi Pelayanan Administrasi Terpadu, mempunyai tugas dan fungsi :

- a) Melaksanakan kegiatan pelayanan administrasi pasien penjamin pihak ketiga mulai pengajuan klaim sampai pencairan dana
- b) Melaksanakan koordinasi dengan bagian lain yang terkait
- c) Melaksanakan pemantauan, evaluasi dan pelaporan kegiatan pelayanan administrasi pasien dengan penjamin pihak ketiga
- d) Memberikan saran dan/atau pertimbangan kepada atasan sesuai dengan bidang tugasnya
- e) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan
- f) Melakukan monitoring, evaluasi dan menyusun laporan

I. Unit Usaha

Unit Usaha merupakan bagian dari BLUD yang bertugas melakukan pengembangan layanan dan mengoptimalkan sumber pendanaan untuk mendukung kegiatan BLUD. UK RSUD Srengat melalui pembentukan unit usaha berupaya mengembangkan usaha dan menyelenggarakan Praktek Bisnis Yang Sehat untuk meningkatkan layanan kepada masyarakat di luar wilayah rumah sakit. Unit Usaha berkedudukan langsung di bawah pimpinan.

E. STRATEGI MANAJEMEN RUMAH SAKIT

Manajemen RSUD Srengat mengacu strategi *Balance Scored Card* (BSC) yaitu suatu alat manajemen kontemporer yang digunakan untuk mendongkrak kinerja organisasi melalui perspektif keuangan, pelanggan, proses bisnis internal serta pertumbuhan dan pembelajaran. Sehingga indikator keberhasilan rumah sakit sebagai berikut :

1. Meningkatnya *skill* dan *knowledge* Sumber Daya Manusia (SDM) rumah sakit.
2. Pelayanan prima meningkatkan kualitas output pelayanan.
3. Meningkatnya kepuasan pasien dan kesejahteraan SDM rumah sakit.
4. Meningkatnya efisiensi biaya.

F. GAMBARAN PRODUK DAN JASA

RSUD Srengat mengembangkan pelayanan spesialistik, tindakan operatif, pemeriksaan penunjang diagnosa dan penunjang medik, dengan uraian berikut:

1. Instalasi Rawat Jalan

Berikut daftar layanan instalasi rawat jalan kondisi saat ini dan rencana pengembangan :

Tabel 2.2. Rencana Pengembangan Layanan RSUD Srengat

| No. | Kondisi Saat Ini | Rencana Pengembangan Layanan | | | | | |
|-----|-----------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------|----------------------|------|------|------|
| | | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 |
| 1. | Klinik Penyakit Dalam | Klinik Mata | Klinik Urologi | Klinik Bedah Plastik | | | |
| 2. | Klinik Anak dan Tumbuh Kembang | Klinik Kulit dan Kelamin | Klinik Jantung dan Pembuluh Darah | Klinik Bedah Syaraf | | | |
| 3. | Klinik Kebidanan dan Kandungan | Klinik Paru | Klinik Jiwa | | | | |
| 4. | Klinik Bedah | Klinik Orthopedi | Pelayanan Vaksin | | | | |
| 5. | Klinik Gigi Spesialis Periodonsia | Klinik Saraf | Klinik Telinga Hidung Tenggorokan (THT) | | | | |
| 6. | Klinik Anestesi | Klinik Rehab Medik | | | | | |

Jumlah Instalasi Rawat Jalan dapat bertambah seiring berjalannya waktu sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit.

2. Layanan Unggulan / Tambahan Pelayanan Khusus

Tabel 2.3. Layanan Unggulan / Tambahan Pelayanan Medik dan Penunjang RSUD Srengat

| No. | Layanan Unggulan / Tambahan Pelayanan Medik dan Penunjang | | | | | |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 |
| 1. | Alat Penunjang CT Scan | Gedung Paviliun (Rawat Inap dan Poli) 4 lantai ukuran 20x40 estimasi 25M (APBD 1) | Gedung Rawat Inap Perawatan Infeksius + Hemodialisa 3 lantai ukuran 40x80 estimasi 70M (DAK) | Gedung Jantung terpadu + Stroke Center 4 lantai ukuran 20x40 estimasi 25M (DAK/DBHCHT) | Gedung Penunjang 4 lantai terpadu estimasi 25M - Laboratorium PA (Patologi Anatomi) - Instalasi Gizi - Laundry | Tidak ada kegiatan fisik tetapi usulan alkes untuk melengkapi pengadaan fisik sebelumnya |
| 2. | R. OK infeksius dan R. Bayi Infeksius | Pemagaran dan Pematatan Lahan 2M (APBD 2) | Pembebanan Trafo | Penambahan Genset | | |
| 3. | Kegawatdaruratan Maternal dan Perinatal / Ambulance PONEK dan alkes pendukungnya | Pengadaan Insinerator 6,5 M (DAK) | | | | |
| 4. | Pembangunan Gudang, IPL dan IPS | | | | | |
| Unit Usaha Lain / Potensi Pendapatan Lain | | | | | | |
| No. | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 |
| 1. | | Restorasi untuk keluarga pasien | - Laundry (melayani laundry infeksius dari RS swasta dll) - Pengelolaan limbah B3 | | | |

3. Instalasi Rawat Inap

Ada 16 ruang kelas perawatan dengan kapasitas 120 tempat tidur, yang terdiri dari:

Tabel 2.4. Kapasitas Tempat Tidur RSUD Srengat

| No. | Kelas / Ruangan | Jumlah Tempat Tidur (TT) |
|-----|----------------------------------------------------|--------------------------|
| 1. | VIP | 4 |
| 2. | Kelas I | 8 |
| 3. | Kelas II | 15 |
| 4. | Kelas III | 41 |
| 5. | Isolasi Rawat Inap | 2 |
| 6. | ICU | 6 |
| 7. | Maternal | 5 |
| 8. | HCU Maternal | 3 |
| 9. | Rawat Gabung Maternal I | 2 |
| 10. | Rawat Gabung Maternal II | 3 |
| 11. | Rawat Gabung Maternal III | 8 |
| 12. | Perinatal | 9 |
| 13. | NICU | 4 |
| 14. | Ruang Isolasi Tekanan Negatif Tanpa Ventilator | 6 |
| 15. | Ruang Isolasi Tekanan Negatif Dengan Ventilator | 2 |
| 16. | Ruang Isolasi Non Tekanan Negatif Tanpa Ventilator | 6 |
| | Total | 120 |

4. Instalasi Gawat Darurat yang buka 24 jam
5. Instalasi Perawatan Intensif
6. Instalasi Bedah Sentral
7. Instalasi Laboratorium dan PCR
8. Instalasi Radiologi
9. Instalasi Farmasi
10. Instalasi Rekam Medik
11. Instalasi Gizi
12. Instalasi Pemeliharaan Sarana (IPS)
13. Instalasi Penyehatan Lingkungan (IPL)
14. Instalasi Central Sterile Supply Departement (CSSD)

15. Instalasi Laundry
16. Instalasi Pemulasaraan Jenazah dan
17. Bank Darah Rumah Sakit / BDRS (Rencana pengembangan)

G. Kinerja 3 Tahun Terakhir

Tabel 2.5. Kinerja 3 Tahun Terakhir (2018 s/d 2020) RSUD Srengat

| Faktor-Faktor Kunci | 2018 | 2019 | 2020 |
|---------------------------------------------------------------------------------|------|------|-------------------|
| I. Perspektif Keuangan | | | |
| Pendapatan rumah sakit (Pendapatan Fungsional) | 0 | 0 | 1.501.857.659 |
| Biaya Operasional (<i>non</i> Gaji PNS) | 0 | 0 | 11.056.678.080,50 |
| Jumlah seluruh biaya | 0 | 0 | 12.558.535.739,5 |
| a. Perkembangan <i>Cost Recovery Ratio</i> (CRR) | 0 | 0 | 0,14 |
| Pendapatan fungsional/biaya operasional (<i>non</i> gaji PNS dan modal) | | | |
| b. Perkembangan tingkat kemandirian | | | |
| Pendapatan fungsional/ Seluruh Biaya | 0 | 0 | 7,95% |
| c. Terbitnya laporan keuangan berdasarkan standart akuntansi keuangan Indonesia | 0 | 0 | 100 |
| Akuntabilitas pelaporan keuangan | 0 | 0 | 100 |
| II. Perspektif Pelanggan | | | |
| A. Kunjungan pasien: | 0 | 0 | 0 |
| - Jumlah kunjungan pasien rawat jalan | 0 | 0 | 472 |
| - Jumlah kunjungan pasien rawat inap | 0 | 0 | 149 |

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|---|---|-------|
| B. Kepuasan Pelanggan | 0 | 0 | 0 |
| - % Peningkatan indeks kepuasan pasien di tiap – tiap unit pelayanan | 0 | 0 | 0 |
| • Pelayanan Gawat Darurat | 0 | 0 | 77,90 |
| • Pelayanan Rawat Jalan | 0 | 0 | 77,90 |
| • Rawat Inap | 0 | 0 | 77,90 |
| • Persalinan dan Peritanologi | 0 | 0 | 77,90 |
| • Pelayanan Radiologi | 0 | 0 | 77,90 |
| • Laboratorium Patologi Klinik | 0 | 0 | 77,90 |
| • Farmasi | 0 | 0 | 77,90 |
| • Pelayanan GAKIN | 0 | 0 | 77,90 |
| - % Penurunan pasien pulang paksa di Rawat Inap | 0 | 0 | 0% |
| C. Layanan Kesehatan | | | |
| - % Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan | 0 | 0 | 100% |
| - Tidak adanya pasien keluarga miskin yang tidak terlayani | 0 | 0 | 0 |
| III. Perspektif Proses Bisnis Internal | | | |
| 1. BOR | 0 | 0 | 3,99 |
| 2. BTO | 0 | 0 | 1,24 |
| 3. TOI | 0 | 0 | 71,13 |
| 4. NDR | 0 | 0 | 13,42 |
| 5. Gross Death Rate (GDR) | 0 | 0 | 33,56 |
| 6. ALOS | 0 | 0 | 2,96 |
| 7. % Pencapaian indikator | 0 | 0 | 100% |

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|-----------|
| pelayanan sesuai SPM | | | |
| IV. Perspektif Pembelajaran & Pertumbuhan | | | |
| A. Kualitas dan Kuantitas SDM | | | |
| - % Ketersediaan SDM (tenaga medik, kebidanan dan keperawatan, penunjang klinik, penunjang non klinik, pengadministrasi) | 0 | 0 | 40% |
| - % SDM (tenaga medik, kebidanan dan keperawatan, penunjang klinik, penunjang non klinik, pengadministrasi) yang mengikuti diklat minimal 20 jam pertahun | 0 | 0 | 95% |
| B. Komitmen Pegawai | | | |
| - % Tingkat Kehadiran pegawai | 0 | 0 | 100% |
| - % Capaian kinerja pegawai RS | 0 | 0 | 80% |
| C. Kecukupan Tenaga Pelayanan | | | |
| 1. Unit pelayanan dan manajemen memiliki Standart Pelayanan Minimal (SPM) | 0 | 0 | 100% |
| b. Unit pelayanan dan manajemen menerapkan Standart Pelayanan Minimal (SPM) | 0 | 0 | 100% |
| c. Respon time tiap unit | | | |
| • Waktu tunggu operasi Elektif | 0 | 0 | 0 hari |
| • Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat | 0 | 0 | ≤ 5 menit |
| • Waktu tunggu rawat jalan | 0 | 0 | ≤ 16 jam |

| | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|------------|
| • Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Foto Thorax | 0 | 0 | ≤ 16 jam |
| • Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium | 0 | 0 | ≤ 45 menit |
| • Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi | 0 | 0 | ≤ 15 menit |
| • Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan | 0 | 0 | ≤ 10 menit |
| • Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien | 0 | 0 | 100% |
| • Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan | 0 | 0 | ≤ 5 menit |
| • Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap | 0 | 0 | ≤ 7 menit |
| • Waktu Pelayanan Ambulance/Mobil Jenazah | 0 | 0 | 24 jam |
| • waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah | 0 | 0 | ≤ 55 menit |
| d. % Anggota Team Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) yang terlatih | 0 | 0 | 24% |
| D. Kualitas dan Kuantitas Sarana dan Prasarana | | | |
| - % Peralatan Laboratorium dan alat ukur yang di gunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai ketentuan kalibrasi | 0 | 0 | 0% |
| - % Kecepatan waktu menganggapi kerusakan alat | 0 | 0 | ≤ 75% |

H. Sarana Dan Prasarana

Sarana merupakan segala sesuatu yang dipakai sebagai alat dalam mencapai maksud dan tujuan. Dengan kata lain sarana lebih ditujukan untuk benda-benda atau peralatan yang bergerak. Sedangkan prasarana merupakan segala sesuatu yang menunjang terselenggaranya suatu proses. Adapun proses tersebut dapat berupa suatu usaha, pembangunan, ataupun proyek. Dalam hal ini sarana prasarana di Rumah Sakit penting guna untuk memenuhi persyaratan ijin mendirikan Rumah Sakit termasuk ijin Badan Layanan Umum Daerah (BLUD).

Rincian data sarana prasarana RSUD Srengat tahun 2020 terdapat dalam lampiran 1. Adapun prasarana yang ada di RSUD Srengat dapat dilihat pada tabel 2.6. berikut dengan rincian

Tabel 2.6. Data Prasarana RSUD Srengat Tahun 2020

| Luas Bangunan RSUD Srengat Kabupaten Blitar | |
|------------------------------------------------|------------------------|
| Bangunan | Luas (M ²) |
| Lantai 1, 2, 3, dan 4 Gedung Utama | 14041 |
| Luas Masjid | 370 |
| Luas Lantai 1 dan 2 Asrama | 934 |
| Luas Rumah Dinas | 720 |
| Luas TPS | 48 |
| Luas B3 | 29,1 |
| Luas Pos Jaga Besar | 16 |
| Luas Pos Jaga Kecil | 6,25 |
| Luas Parkir Ambulan (Depan) | 33,5 |
| Luas Parkir Ambulan (Belakang) | 42 |
| Luas Parkir Motor | 118 |
| Luas Kantin | 113,63 |
| Luas Gwt/ Ruang Pompa | 81 |
| Luas Gardu PLN | 20 |
| Luas IPAL/STP | 169 |
| Luas Power House/ Rumah Genset | 68 |
| Luas Ahu PCR Laboratorium | 17 |
| Luas Ahu PCR Isolasi (Timur) | 4,73 |
| Luas Ahu PCR Isolasi (Barat) | 7,77 |

| Luas Bangunan RSUD Srengat Kabupaten Blitar | |
|------------------------------------------------|------------------------|
| Bangunan | Luas (M ²) |
| Total Keseluruhan | 16.838,98 |

Sumber : Bagian Sarana Prasarana RSUD Srengat Tahun 2020

Sedangkan sarana yang ada di RSUD Srengat dapat dilihat pada tabel 2.7. berikut dengan rincian

Tabel 2.7. Data Sarana RSUD Srengat Tahun 2020

| Nama Sarana | Jumlah |
|-------------------------------------------|----------|
| <i>Lift</i> | 4 unit |
| <i>Ambulance Transport</i> | 1 unit |
| <i>Ambulance Rujukan</i> | 1 unit |
| <i>Mobil Jenazah</i> | 2 unit |
| <i>AC Split</i> | 197 unit |
| <i>AC Central</i> | 133 unit |
| <i>AHU</i> | 2 unit |
| <i>Sensor Panas</i> | 256 unit |
| <i>Smoke Detector</i> | 15 unit |
| <i>Hydrant Outdoor</i> | 10 unit |
| <i>Hydrant indoor</i> | 10 unit |
| <i>Springkle</i> | 553 unit |
| <i>Alarm Bell</i> | 10 unit |
| <i>Flow Switch</i> | 6 unit |
| <i>Manual Break Glass</i> | 10 unit |
| <i>Closed Circuit Television (CCTV)</i> | 78 titik |
| <i>Ror</i> | 256 unit |
| <i>Pneumatic Tube</i> | 13 Titik |
| <i>Handy Talky</i> | 20 Unit |

Sumber : Bagian Sarana Prasaran RSUD Srengat Tahun 2020

I. Alat Kesehatan

Seiring dengan perkembangan laju modernisasi saat ini, perkembangan ilmu kesehatan pun semakin maju dan lebih baik dari tahun-ketahun. Sangat penting bagi setiap rumah sakit dalam hal ini RSUD Srengat memiliki sebuah

peralatan medik dengan fitur terbaru guna membantu proses medik yang dibutuhkan oleh masyarakat untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit.

Alat kesehatan yang dimiliki rumah sakit dalam menunjang pelayanan kesehatan terhadap masyarakat sangat diperlukan meskipun beberapa diantaranya memiliki harga yang tidak ringan, akan tetapi peranan dan fitur yang sebanding dengan harga yang ditawarkan alat medik tersebut mampu mendiagnosa berbagai macam jenis penyakit sehingga masyarakat memperoleh pelayanan kesehatan yang maksimal.

Alat kesehatan di RSUD Srengat pengadaan tahun 2019 dapat dilihat pada tabel 2.8.

Tabel 2.8. Alat Kesehatan RSUD Srengat tahun 2019

| No | Nama Unit | Jumlah Jenis Barang |
|----|-----------------------|---------------------|
| 1 | Alat kedokteran bedah | 4 |

Sumber : *Bagian Alat Kesehatan RSUD Srengat Tahun 2019*

Berikut alat kesehatan di RSUD Srengat pengadaan tahun 2020 dapat dilihat pada tabel 2.9. dan rincian terdapat pada lampiran 2.

Tabel 2.9. Data Peralatan Medik RSUD Srengat Tahun 2020

| No | Jenis Alat | Jumlah |
|----|--------------------------------------------------------|--------|
| 1 | Alat Laboratorium | 17 |
| 2 | Alat <i>Central Steril Supply Departement</i> (CSSD) | 16 |
| 3 | Alat Radiologi | 16 |
| 4 | Alat <i>ruang isolasi</i> | 32 |
| 5 | Alat ruang maternal | 112 |
| 6 | Alat <i>Intensive Care Unit</i> (ICU) | 24 |
| 7 | Alat ruang perinatal | 36 |
| 8 | Alat ruang rawat inap 3 | 89 |
| 9 | Alat ruang IBS | 7 |
| 10 | Alat kedokteran gawat darurat | 85 |
| 11 | Alat kedokteran Obgyn | 71 |
| 12 | Alat kedokteran Bedah | 44 |
| 13 | Alat kedokteran gigi | 118 |
| 14 | Alat kedokteran penyakit dalam | 27 |
| 15 | Alat ruangan Anak | 22 |

Sumber : *Bagian Alat Kesehatan RSUD Srengat Tahun 2020*

J. Logistik

Logistik merupakan bagian dari instansi yang bertugas menyediakan bahan atau barang yang dibutuhkan untuk kegiatan operasional dalam jumlah, kualitas dan pada waktu yang tepat (suatu kebutuhan). Pengadaan logistik dibutuhkan bagi rumah sakit dalam hal ini RSUD Srengat guna membantu ketersediaan barang dalam memenuhi kebutuhan operasional rumah sakit dengan baik sehingga dibutuhkan manajemen logistik yang baik guna merencanakan dan menentukan kebutuhan pengadaan, penyimpanan, penyaluran, dan pemeliharaan, serta penghapusan alat-alat logistik rumah sakit.

Adapun logistik yang ada di dapat dilihat pada tabel 2.10.

Tabel 2.10. Tabel Logistik RSUD Srengat

| No | Jenis Logistik | Stok Awal | Stok Akhir | Sumber Dana |
|----|------------------------------------------------|--------------|--------------|-------------|
| 1 | Gas Medik | 550 tabung | 45 tabung | DAU |
| | | 40 tabung | 0 tabung | BTT |
| 2 | Antiseptik dan Desinfektan | 1.426.480 ml | 1.061.540 ml | DAU |
| | Alkohol Swab | 15.000 pcs | 11.094 pcs | DAU |
| | Aseptic Liquid 0.2% + Oral Spong 1 set (6 pcs) | 12 set | 12 set | DAU |
| 3 | Bahan Medik Habis Pakai (BMHP) | 364.285 | 304.813 | DAU |
| | | 16.043 | 3.528 | BTT |
| 4 | Obat | 1.604.523 | 1.580.777 | DAU |
| | | 87.268 | 82.373 | BTT |

Sumber : Bagian asset RSUD Srengat per 31 Desember 2020

K. Sumber Daya Manusia

Sumber Daya manusia (SDM) merupakan salah satu asset terpenting dalam kemajuan organisasi sehingga perlu dikelola demi tercapainya tujuan organisasi. Manajemen SDM sangat berhubungan dengan keputusan dan praktik manajemen langsung terkait desain dan implementasi system perencanaan, penyusunan karyawan, pengembangan, pengelolaan karir, evaluasi kinerja, kompensasi serta menjalin hubungan ketenagakerjaan yang baik. RSUD Srengat senantiasa berupaya meningkatkan mutu pelayanan dengan memenuhi jumlah kebutuhan dan kompetensi tenaga kerjanya baik medik maupun non medik. Status kepegawaian para karyawan RSUD

Srengat terdiri dari Tenaga PNS sebanyak 53 orang, CPNS sebanyak 47 orang dan Tenaga Non PNS sebanyak 253 orang. SDM saat ini di RSUD Srengat Kabupaten Blitar sebagian besar didominasi oleh tenaga Non PNS. Rincian data pegawai RSUD Srengat terdapat dalam lampiran 3 dan 4.

Tahun 2021 sampai tahun 2026 terjadi penambahan jumlah SDM seiring bertambahnya jumlah layanan di RSUD Srengat baik dokter spesialis maupun tenaga medik dan non medik lainnya.

BAB III

VISI, MISI, TUJUAN, NILAI-NILAI & MOTTO

A. Visi Dan Misi RSUD Srengat

1. Visi

Visi RSUD Srengat merupakan penjabaran Visi Pemerintah Kabupaten Blitar untuk jangka waktu 2021-2026 sebagaimana tercantum dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) yaitu :

“Terwujudnya Kabupaten Blitar yang Mandiri dan Sejahtera Berlandaskan Akhlak Mulia , Baldatun, Toyyibatun, Warobbun Ghofur”.

Berdasarkan analisa Visi Pemerintah Kabupaten Blitar & *stakeholder* tersebut diatas, maka rumusan visi RSUD Srengat adalah :

“Menjadi Rumah Sakit yang Profesional, berdaya saing, sejahtera, dan Mandiri”.

Visi RSUD Srengat memiliki makna :

Rumah sakit Umum Daerah Srengat berusaha memberikan pelayanan secara :

- a. Profesional yang berarti selalu memberikan pelayanan kesehatan yang paripurna
- b. Berdaya saing berarti memiliki indikator kinerja pelayanan kesehatan yang lebih tinggi dan berkesinambungan untuk menghadapi persaingan
- c. Sejahtera berarti RSUD Srengat berupaya untuk mewujudkan keadaan sejahtera dari jasmani, rohani dan sosial yang memungkinkan seluruh pegawai hidup produktif secara sosial dan ekonomi.
- d. Mandiri yang berarti mampu memberikan pelayanan dasar dan rujukan yang paripurna tanpa bergantung pada pihak lain.

Maksudnya adalah Rumah Sakit Umum Daerah Srengat berusaha memberikan pelayanan yang profesional sesuai standart pelayanan dengan melaksanakan indikator kinerja pelayanan kesehatan yang lebih tinggi dan berkesinambungan sehingga mampu menciptakan daya saing untuk menghadapi persaingan demi terciptanya kesejahteraan pegawai dan lebih mandiri atau tidak bergantung dengan pihak lain.

2. Misi

Misi RSUD Srengat merupakan penjabaran misi kedua (bidang kesehatan) Pemerintah Kabupaten Blitar untuk jangka waktu 2021-2026 sebagaimana tercantum dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) yaitu :

“Meningkatkan Taraf Hidup Masyarakat Blitar yang Memiliki Mutu dan Nilai Kompetensi Tinggi, dengan Mengoptimalkan Potensi Generasi Muda Kabupaten Blitar” dengan tujuan Meningkatkan Mutu Pendidikan, Kesehatan dan Daya Saing Masyarakat dan Generasi Muda.

Berdasarkan analisa Misi Pemerintah Kabupaten Blitar & *stakeholder* yang berhubungan dengan kesehatan tersebut diatas, maka rumusan misi RSUD Srengat adalah :

Misi ke-1 :

“Memberikan pelayanan kesehatan yang profesional dengan mengutamakan keselamatan pasien”.

Penjelasan misi ke-1 :

Makna : pelayanan RSUD Srengat selalu mengutamakan profesionalisme kerja dan memperhatikan keselamatan Pasien

Maksud : dalam memberikan pelayanan, para tenaga di RSUD Srengat selalu mengedepankan dan mengutamakan sikap profesional dalam bekerja sehingga mampu memberikan keselamatan pasien

Misi ke - 2

“Mewujudkan tata kelola rumah sakit dan kemitraan yang didukung teknologi informasi dan komunikasi”.

Penjelasan misi ke-2:

Makna :

- Tata Kelola RSUD Srengat memuat pengelolaan, profil rumah sakit, kelembagaan, Gambaran Rumah Sakit, Struktur Organisasi, Pengelompokan Fungsi, dan Pengelolaan Sumber Daya Manusia.

- Teknologi Informasi dan Komunikasi berarti teknologi yang berhubungan dengan pengambilan, pengumpulan, pengolahan, penyebaran, dan penyajian informasi.

Maksud : RSUD Srengat sebagai salah satu Instansi pemerintah di bidang pelayanan kesehatan berupaya mewujudkan sistem pengelolaan rumah sakit yang bekerja sama dengan pihak lain serta memberikan informasi kepada masyarakat dengan menggunakan media elektronik dan media cetak.

Misi ke-3

“Menyelenggarakan pengembangan Pendidikan dan pelatihan dalam rangka meningkatkan kemampuan pelayanan kesehatan”.

Penjelasan misi ke-3:

Makna : RSUD Srengat memberikan kesempatan kepada SDM rumah sakit untuk mengembangkan kemampuan melalui Pendidikan, pelatihan, seminar, dan workshop terutama pada bidang kesehatan.

Maksud : Dengan selalu meningkatkan kemampuan SDM RSUD Srengat mampu menciptakan pelayanan yang optimal dan berkualitas sehingga dapat meningkatkan kepercayaan masyarakat dalam hal pelayanan kesehatan.

Misi ke-4

“Menyelenggarakan penyediaan sarana dan prasarana yang memenuhi standar pelayanan Rumah Sakit”.

Penjelasan misi ke-4:

Makna : Sarana dan Prasarana adalah alat kesehatan dan penunjang pelayanan kesehatan yang ada di RSUD Srengat.

Maksud : RSUD Srengat menyediakan alat kesehatan dan penunjang pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standart pelayanan rumah sakit demi terciptanya pelayanan kesehatan yang maksimal dan keselamatan pasien.

Misi ke- 5

“Meningkatkan kesejahteraan pegawai”.

Penjelasan misi ke-5 :

Makna : terwujudnya keadaan sejahtera dari jasmani, rohani dan sosial yang memungkinkan seluruh pegawai hidup produktif secara sosial dan ekonomi.

B. Tujuan, Nilai-Nilai & Motto RSUD Srengat

1. Tujuan

Tujuan dari RSUD Srengat yaitu,

a. Tujuan Umum

Memberikan pelayanan kesehatan paripurna, yang professional, dan mengutamakan keselamatan dan kepuasan pelanggan serta meningkatkan kesejahteraan seluruh pegawai RSUD Kabupaten Blitar.

Penjelasan :

- “Memberikan pelayanan kesehatan paripurna, yang professional, dan mengutamakan keselamatan dan kepuasan pelanggan” : RSUD Srengat selalu bertekad memberikan pelayanan prima di setiap bagian pelayanan berdasarkan standar kualitas untuk memenuhi kebutuhan dan keinginan pasien. Sehingga mampu meningkatkan kepercayaan kepada rumah sakit dalam hal pelayanan kesehatan.
- “Meningkatkan kesejahteraan seluruh pegawai RSUD Srengat Kabupaten Blitar” terwujudnya keadaan sejahtera dari jasmani, rohani dan sosial yang memungkinkan seluruh pegawai hidup produktif secara sosial dan ekonomi sehingga tercipta pelayanan kesehatan yang optimal.

b. Tujuan Khusus

- 1) Meningkatkan kualitas, profesionalisme dan keselamatan dalam memberikan pelayanan

Penjelasan: Dalam hal pelayanan, RSUD Srengat selalu bertekad untuk meningkatkan kualitas, etos kerja, loyalitas, serta keselamatan petugas dan pasien

- 2) Mengembangkan pelayanan RSUD seiring perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi
 Penjelasan : RSUD Srengat berupaya untuk meningkatkan SDM dengan mengikuti isu-isu strategis yang berkembang di masyarakat serta perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi sehingga meningkatkan pelayanan di bidang kesehatan.
- 3) Menyelenggarakan kegiatan manajemen RSUD secara profesional, efisien dan efektif
 Penjelasan : menyelenggarakan kegiatan RSUD Srengat meliputi penyusunan dokumen perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi internal meliputi sumber dana dan SDM RSUD Srengat untuk mencapai peningkatan pelayanan dan kepuasan pasien
- 4) Mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat
 Penjelasan : dengan adanya Rumah Sakit Umum Daerah Srengat di daerah Blitar bagian barat sehingga mampu mendekatkan pelayanan kesehatan dan ketersediaan fasilitas rujukan dengan biaya yang lebih terjangkau kepada masyarakat di daerah blitar bagian barat dan sekitarnya
- 5) Meningkatkan kesejahteraan seluruh pegawai.
 Penjelasan : terwujudnya keadaan sejahtera dari jasmani, rohani dan sosial yang memungkinkan seluruh pegawai hidup produktif secara sosial dan ekonomi sehingga tercipta pelayanan kesehatan yang optimal.

2. Nilai-Nilai Dasar

Perumusan nilai dasar RSUD Srengat diambil dari kata "SRENGAT" yang melandasi sikap kerja sehari-hari bagi semua karyawan RSUD Srengat. Nilai-nilai dasar RSUD Srengat yaitu :

- a. SANTUN : Mengutamakan sikap ramah dan sopan dalam memberikan pelayanan prima kepada masyarakat
- b. RESPONSIBILITY : Berperilaku cepat tanggap dan proaktif
- c. EMPATI : Berusaha untuk bisa merasakan apa yang di rasakan oleh pelanggan

- d. INOVATIF : Selalu berfikir untuk mendapatkan solusi baru dan kreatif
- e. GIAT : Selalu rajin dan bersemangat dalam melayani masyarakat

3. **Motto**

Motto RSUD Srengat yaitu

“Kepuasan dan Keselamatan Anda Prioritas Kami”.

Makna : RSUD Srengat selalu bertekad menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan kepuasan pelanggan dan keselamatan pasien sebagai prioritas utama.

Maksud : pelayanan yang diberikan harus sesuai dengan standar pelayanan guna memenuhi kepuasan pelanggan dan keselamatan pasien sehingga mampu meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan yang diberikan RSUD Srengat Kabupaten Blitar.

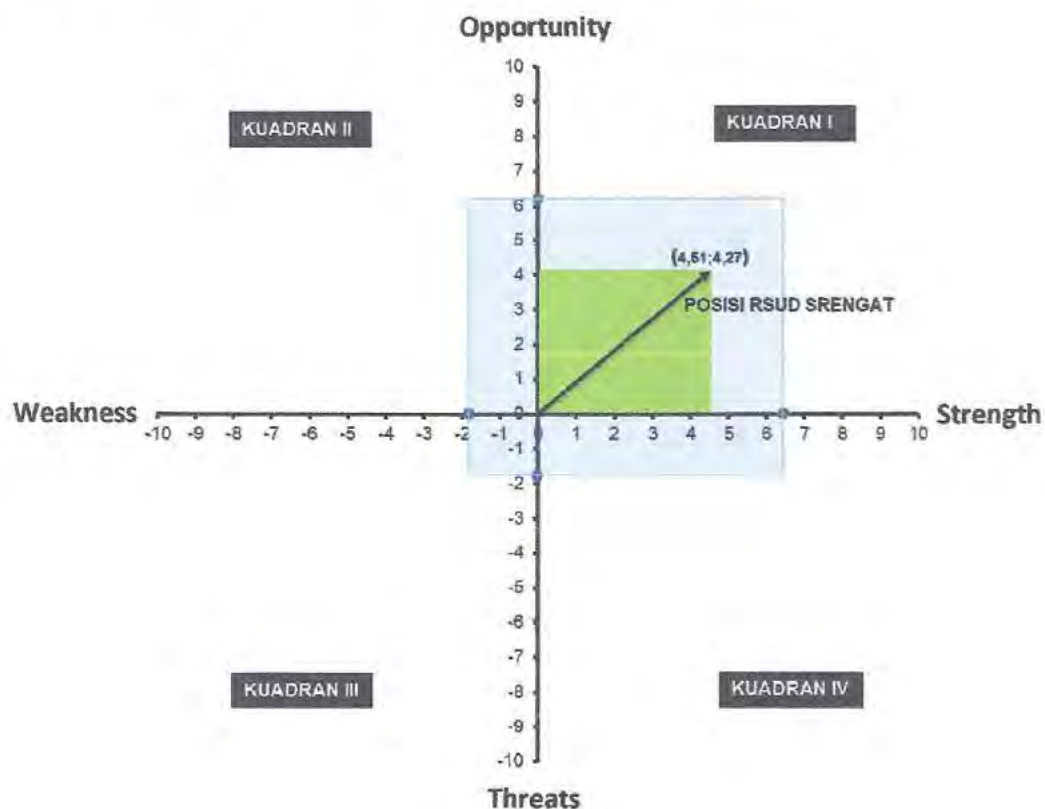
BAB IV STRATEGI

A. Analisis Lingkungan Bisnis

1. Posisi Rumah Sakit

Atas dasar hasil analisa lingkungan internal dan eksternal menunjukkan posisi RSUD Srengat pada kuadran I. Hasil kuesioner analisis SWOT terdapat dalam lampiran 5.

Bagan 4.1 Posisi RSUD Srengat menurut Analisis SWOT



2. Simpulan Hasil Analisis SWOT

Dari analisis SWOT diatas disimpulkan posisi strategis RSUD Srengat ada pada tataran kuadran I artinya rumah sakit berada di situasi yang sangat menguntungkan karena organisasi memiliki peluang dan kekuatan, sehingga dapat memanfaatkan peluang yang ada strategi yang harus diterapkan dalam kondisi ini adalah mendukung kebijakan pertumbuhan yang agresif (*Growth Oriented Strategy*). Strategi yang dapat dilaksanakan pada posisi S-O adalah *strategi Agresif* yaitu dengan memanfaatkan seluruh kekuatan untuk merebut peluang yang sebesar-besarnya. Pemanfaatan faktor internal dan eksternal yang dapat dilakukan melalui aspek pelayanan,

sumber daya manusia, sarana prasarana dan keuangan karena RSUD Srengat merupakan RS baru.

Tabel 4.1. Analisis SWOT (*Strength Weakness Threat Opportunity*)

| Faktor Internal | Kekuatan (S) | Kelemahan (W) |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | 1. Lokasi strategis dan aksesnya mudah (jalan raya provinsi) (S-1) 2. Kondisi fasilitas dan peralatan masih baru dan canggih (S-3) | 1. Produk layanan spesialisasi kurang lengkap (W-4) 2. Kepuasan konsumen masih harus ditingkatkan (W-5) |
| Faktor Eksternal | | |
| Peluang (O) | SO | WO |
| 1. Pemberlakuan Universal Health Coverage (Program JKN) (O-1) | 1. Memanfaatkan adanya kondisi fasilitas dan peralatan masih baru dan canggih untuk meningkatkan kualitas layanan melalui kerjasama BPJS (Program JKN). (S-3, O-1) | 1. Dengan memanfaatkan peluang kerjasama dengan BPJS (Program JKN) serta berusaha untuk menambah produk layanan sehingga mampu meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit. (W-4, O-1) |
| 2. Dukungan pembiayaan dan kebijakan pemerintah (O-2) | 1. Memanfaatkan fasilitas dan peralatan yang canggih dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan diharapkan dukungan pembiayaan dan kebijakan pemerintah semakin mudah. (S-3, O-2) | 1. Megoptimalkan dukungan pembiayaan dan kebijakan pemerintah untuk mengembangkan produk layanan spesialisasi sehingga lebih lengkap. (W-4, O-2) |
| Ancaman (T) | ST | WT |
| 1. Rumah sakit swasta di sekitar RSUD SRENGAT (T-1) | 1. Kondisi fasilitas dan peralatan masih baru dan canggih sehingga dapat lebih bersaing dengan rumah sakit swasta di sekitar RSUD Srengat. (S-3, T-1) | 1. Berupaya meningkatkan kepuasan konsumen dengan memaksimalkan kualitas pelayanan agar dapat lebih bersaing dengan rumah sakit swasta di sekitar RSUD Srengat. (W-5, T-1) |
| 2. Tuntutan masyarakat mencari pelayanan yang terbaik dan terjangkau (T-3) | 1. Megoptimalkan kualitas pelayanan dengan adanya dukungan fasilitas dan peralatan masih baru dan canggih sehingga dapat memberikan pelayanan yang terbaik dan terjangkau. (S-3, T-3) | 1. Meningkatkan kepuasan konsumen dengan memaksimalkan kualitas pelayanan untuk memenuhi tuntutan masyarakat dalam mencari pelayanan yang terbaik dan terjangkau. (W-5, T-3) |

B. Sasaran dan Inisiatif Strategis

Inisiatif Strategis dituangkan dalam bentuk kebijakan-kebijakan manajemen untuk mewujudkan Visi dan Misi Organisasi.

1. Kebijakan Dasar

Kebijakan dasar RSUD Srengat berdasarkan hasil analisis eksternal dan internal adalah sebagai berikut :

- a. Meningkatkan kepuasan konsumen dengan memaksimalkan kualitas pelayanan (pelayanan prima) melalui pencapaian target SPM.
- b. Menjalin kerja sama dengan BPJS dan asuransi kesehatan lain.
- c. Mengoptimalkan pemanfaatan sarana dan prasarana yang tersedia.
- d. Membuat rencana pemasaran yang sesuai dengan segmentasi pasar.
- e. Menambah produk layanan spesialisasi dalam waktu 5 tahun ke depan.
- f. Menjalin komunikasi yang baik dengan pemerintah.

2. Sasaran Strategis

Untuk mencapai visi Rumah Sakit, dirumuskan formulasi strategis yang lebih konkret, tajam dan terukur berupa sasaran strategis (*Strategic Objective*) dalam kurun waktu tahun 2021 – 2026. Sasaran adalah rumusan hasil yang hendak dicapai dalam kurun waktu masa Rencana Strategi.

Sasaran strategis tersebut disusun berdasarkan empat perspektif, sebagai berikut :

a. Perspektif Keuangan

Perspektif ini merupakan ukuran finansial yang sangat penting dalam memberikan ringkasan konsekuensi tindakan ekonomis yang sudah diambil. Ukuran kinerja finansial memberikan petunjuk apakah strategi rumah sakit, implementasi dan pelaksanaannya memberikan kontribusi atau tidak kepada peningkatan pendapatan. Tujuan finansial biasanya berhubungan dengan profitabilitas (keuntungan) atau mungkin berupa kenaikan pendapatan dari kunjungan pasien. Berikut indikator kinerja dan perspektif keuangan disajikan dalam tabel 4.2. dan rincian perhitungannya terdapat dalam lampiran.

Tabel 4.2. Tabel Indikator Kinerja dari Perspektif Keuangan

| NO. | INDIKATOR KINERJA | | | | | | |
|-----|----------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | Uraian | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 |
| 1 | Rata-rata per tahun | | | | | | |
| | • CRR (%) | 102,58 | 105,76 | 107,98 | 110,77 | 113,63 | 116,57 |
| | • Akuntabilitas Pelaporan Keuangan (%) | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

CRR adalah persentase perbandingan antara total pendapatan dengan total biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit dengan nilai idealnya di atas 100%. Estimasi CRR Makro tahun 2021 sampai 2026 RSUD Srengat di estimasikan lebih dari 100% dan cenderung meningkat setiap tahunnya.

b. Perspektif Pelanggan

Perspektif ini merupakan upaya-upaya peningkatan kepuasan pelanggan baik di bidang pelayanan medik dan pelayanan non medik.

Tabel 4.3. Tabel Indikator Kinerja dari Perspektif Pelanggan

| NO. | INDIKATOR KINERJA | | | | | | |
|-----|----------------------------------------------------------------|-------|------|------|------|------|------|
| | Uraian | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 |
| 1. | • %Peningkatan Kunjungan Pasien Rawat Jalan rata rata pertahun | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 |
| 2. | • % Peningkatan Kunjungan Pasien Rawat Inap rata rata pertahun | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 |
| | • % indeks kepuasan pelanggan di tiap-tiap unit pelayanan: | | | | | | |
| | - Pelayanan Gawat Darurat | 79,88 | 80 | 81 | 82 | 83 | 83 |

| | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| - Rawat Jalan | 78 | 80 | 85 | 90 | 91 | 95 |
| - Rawat Inap | 78 | 80 | 85 | 90 | 91 | 95 |
| - Persalinan dan Perinatologi | 78 | 80 | 85 | 90 | 91 | 95 |
| - Pelayanan Radiologi | 78 | 80 | 85 | 90 | 91 | 95 |
| - Laboratorium Patologi klinik | 75 | 76 | 80 | 85 | 90 | 95 |
| - Farmasi | 78 | 80 | 85 | 90 | 91 | 95 |
| - Pelayanan GAKIN | 78 | 80 | 85 | 90 | 91 | 95 |
| • % indeks pasien pulang paksa | 0,125 | 0,115 | 0,105 | 0,085 | 0,075 | 0,075 |
| • % Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

c. Perspektif Proses Bisnis Internal

Perspektif ini diarahkan pada upaya pemenuhan mutu layanan kesehatan yang berorientasi pada *patient safety*. Dimensi mutu pelayanan didasarkan pemahaman provider kesehatan yang bersifat teknis.

Tabel 4.4. Tabel Indikator Kinerja dari Perspektif Proses Bisnis Internal

| NO. | INDIKATOR KINERJA | | | | | | |
|-----|---------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| | Uraian | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 |
| 1 | Quality of Place | | | | | | |
| | • BOR (%) | 49 | 46 | 49 | 59 | 70 | 83 |
| | • BTO (kali) | 45 | 42 | 45 | 54 | 64 | 76 |
| | • TOI (hari) | 4 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Quality of Services | | | | | | |
| | • GDR | 6,5 | 4,5 | 2,5 | 0,5 | 0,45 | 0,45 |
| | • NDR (/1000) | <25 | <25 | <25 | <25 | <25 | <25 |
| | • AvLOS (hari) | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| | % pencapaian indikator pelayanan sesuai SPM | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

d. Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran

Perspektif ini diarahkan pada upaya peningkatan pertumbuhan rumah sakit baik dari sisi aktiva/aset berwujud maupun tak berwujud. Aktiva/aset berwujud merupakan infrastruktur yang mendukung pelayanan kesehatan sedangkan aktiva/aset tak berwujud berupa *human capital (Comitment & Capabilty)*, *organization culture*, dan *organization goodwill*.

Tabel 4.5. Tabel Indikator Kinerja dari Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran

| NO | Uraian | INDIKATOR KINERJA | | | | | |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|--------------------|----------|---------------------|
| | | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 |
| 1 | • % Ketersediaan SDM (tenaga medik, keperawatan dan kebidanan, penunjang klinik, penunjang non klinik dan pengadministrasi) | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 2 | • % SDM (tenaga medik, kebidanan dan keperawatan, penunjang klinik, penunjang non klinik dan pengadministrasi) yang mengikuti diklat minimal 20 jam pertahun | 95% | 95% | 95% | 95% | 95% | 95% |
| 3 | • % Tingkat kehadiran pegawai | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 4 | • % capaian kinerja pegawai RS | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 5 | • Unit pelayanan dan manajemen memiliki standart pelayanan minimal (SPM) | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 6 | • Unit pelayanan dan manajemen menerapkan SPM | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 7 | • Respon time tiap unit pelayanan sesuai standart yang diterapakan : | | | | | | |
| | - Waktu tunggu operasi elektif (hari) | 0 hari | 0 hari | 0 hari | 0 hari | 0 hari | 1 hari |
| | - Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat (menit) | 2 menit 38 detik | 2 menit 28 detik | 2 menit 18 detik | 2 menit 8 detik | 2 menit | 1 menit 50 detik |
| | - Waktu tunggu pelayanan pasien rawat jalan (menit) | 28 menit | 26 menit | 24 menit | 22 menit | 20 menit | 20 menit |

| | | | | | | | |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| | - Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax | 19 jam 45 menit | 9 jam | 8 jam | 7 jam | 6 jam | 6 jam |
| | - Waktu tunggu hasil pelayanan lab | 36 menit 30 detik | 35 menit | 30 menit | 25 menit | 20 menit | 15 menit |
| | - Waktu tunggu pelayanan obat jadi | 16 menit | 25 menit | 24 menit | 23 menit | 22 menit | 21 menit |
| | - Waktu tunggu pelayanan obat racikan | 60 menit | 60 menit | 59 menit | 58 menit | 57 menit | 56 menit |
| | - Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | - Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan | 3 menit 30 detik | 3 menit | 2 menit 50 detik | 2 menit 40 detik | 2 menit 30 detik | 2 menit 20 detik |
| | - Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap | 5 menit 30 detik | 5 menit 20 detik | 5 menit 10 detik | 5 menit | 4 menit 50 detik | 4 menit 40 detik |
| | - Waktu pelayanan ambulance / mobil jenazah | 24 jam | 24 jam | 24 jam | 24 jam | 24 jam | 24 jam |
| | - Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah | 55 menit | 54 menit | 53 menit | 52 menit | 51 menit | 50 menit |
| 8 | • % Anggota team pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) yang terlatih | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 9 | • % Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai ketentuan kalibrasi | 50% | 65% | 75% | 85% | 100% | 100% |
| 10 | • % Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat | 78,5% | 80% | 85% | 90% | 95% | 100% |
| 11 | • % Ketepatan waktu pemeliharaan alat | 50% | 65% | 75% | 85% | 100% | 100% |

BAB V
PROGRAM RUMAH SAKIT

A. Program Kerja

Penetapan Program Kerja merupakan bagian dari tahap formulasi strategi dalam upaya pencapaian arah bisnis Rumah Sakit yang telah ditetapkan pada Bab IV. Adapun secara sistematis program-program kerja diarahkan pada pencapaian keberhasilan yang mendukung sasaran strategis sebagai berikut :

Tabel 5.1. Program Kerja RSUD Srengat

| NO. | URAIAN | PENANGGUNG JAWAB |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | <p>Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat Kegiatan :</p> <p>a. Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Rujukan Tingkat Daerah Kabupaten/Kota Sub Kegiatan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Operasional Pelayanan Rumah Sakit <p>b. Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Kewenangan Daerah Kabupaten/Kota Sub Kegiatan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pengadaan Prasarana dan Pendukung Fasilitas Pelayanan Kesehatan - Rehabilitasi dan Pemeliharaan Rumah Sakit - Pengadaan Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Pelayanan Kesehatan - Pengadaan Obat, Vaksin - Pengadaan Bahan Habis Pakai - Pengembangan Rumah Sakit | <p>Bagian Umum</p> <p>Bidang pelayanan Medik</p> <p>Bidang pelayanan Medik</p> <p>Bidang Penunjang</p> <p>Bidang Penunjang</p> <p>Bidang Pelayanan Medik</p> |
| 2. | <p>Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kab/Kota Kegiatan :</p> <p>a. Peningkatan Pelayanan BLUD Sub Kegiatan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD | <p>Direktur melalui Kabid sesuai TUPOKSI</p> |

B. Estimasi Rencana Anggaran

Estimasi Rencana anggaran RSUD Srengat tahun 2021 hingga tahun 2026 dihitung mulai dari estimasi pelanggan atau pengunjung hingga memperoleh angka estimasi pendapatan yang akan dipergunakan untuk membiayai belanja operasional RSUD Srengat dimana perhitungan estimasi belanja tersebut didasarkan pada kebutuhan RSUD di tahun sebelumnya. Dalam perhitungan belanja di tahun 2021 tentunya mengestimasi belanja jasa pelayanan dimana besaran belanja Jasa Pelayanan sebesar 40% dari pendapatan pelayanan RSUD Srengat. Dalam estimasi pendapatan dan belanja terdapat Sisa Lebih Anggaran yang akan menggambarkan cash flow RSUD Srengat yang sehat. Estimasi pendapatan dan belanja tersebut tergambar dalam tabel 5.2. sebagai berikut.

Tabel 5.2. Estimasi Perencanaan Anggaran Operasional RSUD Srengat Tahun 2021 – 2026 dari PARS

| URAIAN | TAHUN | | | | | |
|---------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 |
| ESTIMASI PENDAPATAN | 22.215.230.500 | 26.562.124.300 | 31.458.987.000 | 37.436.195.600 | 44.549.072.800 | 53.013.396.600 |
| ESTIMASI BELANJA | 21.655.471.800 | 25.114.677.400 | 29.135.245.200 | 33.796.884.400 | 39.204.385.900 | 45.477.087.700 |
| SILPA | 559.758.700 | 1.447.446.900 | 2.323.742.800 | 3.639.311.200 | 5.344.686.900 | 7.536.308.900 |

Untuk estimasi perencanaan belanja modal alkes dan fisik RSUD Srengat berasal dari sumber dana DBHCHT, APBD 1 dan DAK / APBN, sebagaimana ditampilkan dalam tabel 5.3.

Tabel 5.3. Estimasi Perencanaan Anggaran Sarana dan Prasarana RSUD Srengat Tahun 2021 - 2026 dari Sumber Lain

| Rincian | Tahun (Rp) | | | | | | Sumber Dana |
|-----------------------------------------|---------------|-------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------|-------------|
| | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | |
| Alat Kesehatan / Prasarana | 6.100.000.000 | 6.100.000.000 | 6.100.000.000 | 6.100.000.000 | 6.100.000.000 | 6.100.000.000 | DBHCHT |
| Alat Kesehatan / Gedung pengembangan RS | - | 25.000.000.000 (gedung paviliun dan poli) | 21.000.000.000 (Alkes) | 24.000.000.000 (Alkes) | 25.000.000.000 (Gedung penunjang terpadu) | 26.000.000.000 (Alkes) | APBD 1 |
| Alat Kesehatan / Gedung | - | 39.000.000.000 (Alkes) | 70.000.000.000 (Gedung infeksius) | 25.000.000.000 (Gedung Jantung dan stroke center) | 27.000.000.000 (Alkes) | 30.000.000.000 (Alkes) | DAK |

C. Indikator Kinerja

Indikator pencapaian kinerja yang digunakan RSUD Srengat berdasarkan PMK Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standart Pelayanan Minimal dimana ada penambahan kegiatan pelayanan / Unit pada SPM RSUD Srengat yaitu di Pelayanan CSSD, Kegiatan penegakan diagnosis TB di rawat jalan dan rawat inap. Indikator pencapaian kinerja terdapat dalam lampiran 7.

BAB VI

PROSEDUR PELAKSANAAN AKUNTABILITAS PROGRAM

A. Perencanaan

Pada setiap akhir tahun, penanggung jawab program mengusulkan program dan kegiatan yang akan dilaksanakan pada tahun berikutnya berdasarkan program dan kegiatan yang sudah direncanakan/dituangkan dalam Rencana Strategis (renstra). Apabila dalam perkembangannya program dan kegiatan yang telah direncanakan sudah tercapai target kinerjanya dan atau perlu dilakukan review berkenaan adanya perubahan asumsi, dan atau adanya kejadian diluar dugaan serta hal-hal lain sehingga perlu dilakukan perubahan maka penanggung jawab program dapat mengusulkan perubahan program dan kegiatan yang baru atau hanya perubahan anggaran/rencana keuangan dan target kinerjanya.

Pengusulan program dan kegiatan Rumah Sakit dituangkan lebih lanjut ke dalam Rencana Bisnis Anggaran (RBA) BLUD. RBA BLUD yang dipersamakan sebagai RKA-SKPD, merupakan bagian tak teisahkan dari rancangan Peraturan Daerah tentang APBD dan disampaikan kepada PPKD, selanjutnya mengikuti mekanisme pengesahan sebagaimana mestinya.

Apabila Rancangan Peraturan Daerah tentang APBD telah ditetapkan menjadi Peraturan Daerah, Pemimpin BLUD melalui penanggung jawab program melakukan penyesuaian terhadap Rencana Bisnis dan Anggaran untuk ditetapkan menjadi RBA definitif, yang pada akhirnya sebagai dasar penyusunan DPA-BLUD untuk diajukan kepada PPKD.

B. Pelaksanaan

Program-program yang telah dianggarkan dilaksanakan dalam kurun waktu satu tahun/periode anggaran oleh masing-masing penanggung jawab program. Pelaksanaan program tersebut melibatkan seluruh jajaran/insan rumah sakit meliputi tenaga medik, perawat dan perawat non medik serta tenaga administratif dengan mendasarkan pada prosedur tetap (Protap) yang berlaku di masing-masing unit/instalasi yang terkait.

C. Pelaporan

Penanggung jawab program pada kurun waktu yang ditentukan melaporkan kemajuan pelaksanaan program dan kegiatan yang menjadi tanggung jawabnya, antara lain mencakup realisasi keuangan, capaian target kinerja baik tahunan maupun dibandingkan dengan target kinerja dalam renstra, hambatan pelaksanaan dan hal-hal lain yang terkait dengan keberhasilan atau kegagalan pelaksanaan program dan kegiatan kepada Pemimpin BLUD.

BAB VII SIMPULAN

Dari hasil penyusunan renstra dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Untuk tahun 2021 RSUD Srengat masih menggunakan struktur organisasi sesuai perbup Nomor 1 tahun 2020 selanjutnya tahun 2022 ketika status sudah BLUD menggunakan struktur organisasi dan tata hubungan kerja yang perlu disesuaikan berdasarkan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah.
2. Tahun 2021 sampai tahun 2026 terjadi penambahan jumlah sarana dan prasarana, alat kesehatan dan SDM (baik dokter spesialis maupun tenaga medik dan non medik lainnya) seiring bertambahnya pengembangan pelayanan medik dan penunjang di RSUD Srengat.
3. Indikator kinerja sesuai dengan PMK 129 tahun 2008 tentang Standart Pelayanan Minimal Rumah Sakit dimana ada penambahan kegiatan pelayanan / Unit pada SPM RSUD Srengat yaitu di Pelayanan CSSD, Kegiatan penegakan diagnosis TB di rawat jalan dan rawat inap.
4. Dari hasil kajian analisa *SWOT* dan perhitungan hasil maka RSUD Srengat ada pada tataran kuadran I artinya rumah sakit berada di situasi yang sangat menguntungkan karena organisasi memiliki peluang dan kekuatan, sehingga dapat memanfaatkan peluang yang ada strategi yang harus diterapkan dalam kondisi ini adalah mendukung kebijakan pertumbuhan yang agresif (*Growth Oriented Strategy*). Strategi yang dapat dilaksanakan pada posisi S-O adalah *strategi Agresif* yaitu dengan memanfaatkan seluruh kekuatan untuk merebut peluang yang sebesar-besarnya. Pemanfaatan faktor internal dan eksternal yang dapat dilakukan melalui aspek pelayanan, sumber daya manusia, sarana prasarana dan keuangan karena RSUD Srengat merupakan RS baru.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Data Sarana dan Prasana RSUD Srengat Tahun 2020

| No | Nama Sarana Prasarana | Jumlah |
|----|----------------------------|----------|
| 1 | Lift | |
| | Pasenger | 2 Unit |
| | Pasien | 1 Unit |
| | Barang | 1 Unit |
| 2 | <i>Ambulance</i> | |
| | <i>Ambulance Transport</i> | 1 Unit |
| | <i>Ambulance Rujukan</i> | 1 Unit |
| | Mobil Jenazah | 2 Unit |
| 3 | Ror | 256 Unit |
| 4 | <i>Smoke Detector</i> | 15 Unit |
| 5 | <i>Alarm Bell</i> | 10 Unit |
| 6 | <i>Flow Switch</i> | 10 Unit |
| 7 | <i>Manual Break Glass</i> | 10 Unit |
| 8 | <i>Springkle</i> | 553Unit |
| 9 | CCTV | 78 Titik |
| 10 | <i>Hidrant Outdoor</i> | 10 Unit |
| 11 | <i>Hidrant Indoor</i> | 10 Unit |
| 12 | <i>Pneumatic Tube</i> | 13 Titik |
| 13 | <i>Handy Talky</i> | 20 Unit |
| 14 | Komputer | 86 Unit |

| Luas Bangunan RSUD Srengat Kabupaten Blitar | |
|------------------------------------------------|------------------------|
| Bangunan | Luas (M ²) |
| Lantai 1, 2, 3, dan 4 Gedung Utama | 14041 |
| Luas Masjid | 370 |
| Luas Lantai 1 dan 2 Asrama | 934 |
| Luas Rumah Dinas | 720 |
| Luas TPS | 48 |
| Luas B3 | 29,1 |
| Luas Pos Jaga Besar | 16 |
| Luas Pos Jaga Kecil | 6,25 |
| Luas Parkir Ambulan (Depan) | 33,5 |
| Luas Parkir Ambulan (Belakang) | 42 |
| Luas Parkir Motor | 118 |
| Luas Kantin | 113,63 |
| Luas Gwt/ Ruang Pompa | 81 |
| Luas Gardu PLN | 20 |
| Luas IPAL/STP | 169 |
| Luas Power House/ Rumah Genset | 68 |
| Luas Ahu PCR Laboratorium | 17 |
| Luas Ahu PCR Isolasi (Timur) | 4,73 |
| Luas Ahu PCR Isolasi (Barat) | 7,77 |
| Total Keseluruhan | 16.838,98 |

| Lokasi | Jenis AC | Jumlah | Kapasitas (Btu/h) |
|-----------------------|---------------|-----------|-------------------|
| Gedung Utama A | | | |
| Lantai 1 | Split | | |
| | | 14 | 7.506 |
| | | 8 | 24.225 |
| | | 12 | 19.107 |
| | | 10 | 12.283 |
| | | 5 | 15.354 |
| | | 7 | 9.554 |
| | Jumlah | 56 | |
| | Central/Duct | | |
| | | 7 | 95.536 |
| | | 4 | 34.120 |
| | | 10 | 54.592 |
| | | 1 | 30.708 |
| | | 4 | 42.650 |
| | | 1 | 38.214 |
| | | 1 | 24.225 |
| | | 1 | 47.768 |
| | | 1 | 27.296 |
| | Jumlah | 30 | |
| Lantai 2 | Split | | |
| | | 18 | 7.506 |
| | | 6 | 19.107 |
| | | 5 | 24.225 |
| | | 7 | 9.554 |
| | | 19 | 12.283 |
| | | 4 | 15.354 |
| | Jumlah | 59 | |
| | Central/Duct | | |
| | | 1 | 7.506 |
| | | 10 | 47.768 |
| | | 5 | 42.650 |
| | | 10 | 54.592 |
| | | 2 | 30.708 |
| | | 2 | 13.648 |
| | | 3 | 34.120 |
| | | 1 | 27.296 |
| | | 1 | 17.060 |
| | Jumlah | 35 | |
| Lantai 3 | Split | | |
| | | 2 | 9.554 |
| | | 1 | 12.283 |
| | | 2 | 19.107 |
| | | 1 | 24.225 |
| | | 1 | 15.354 |

| Lokasi | Jenis AC | Jumlah | Kapasitas (Btu/h) |
|-----------------------|---------------|-----------|-------------------|
| | Jumlah | 7 | |
| | Central/Duct | | |
| | | 1 | 15.354 |
| | | 9 | 19.107 |
| | | 4 | 27.296 |
| | | 9 | 47.768 |
| | | 3 | 54.592 |
| | Jumlah | 26 | |
| Lantai 4 | Split | | |
| | | 2 | 9.554 |
| | | 1 | 12.283 |
| | | 2 | 19.107 |
| | | 1 | 24.225 |
| | | 1 | 15.354 |
| | Jumlah | 7 | |
| | Central/Duct | | |
| | | 1 | 15.354 |
| | | 9 | 19.107 |
| | | 4 | 27.296 |
| | | 9 | 47.768 |
| | | 3 | 54.592 |
| | Jumlah | 26 | |
| Gedung Utama B | | | |
| Lantai 1 | Split | | |
| | | 4 | 24.225 |
| | | 2 | 7.506 |
| | | 2 | 19.107 |
| | | 2 | 15.354 |
| | | 1 | 12.283 |
| | Jumlah | 11 | |
| | Central/Duct | | |
| | | 1 | 24.225 |
| | | 2 | 30.708 |
| | | 1 | 42.650 |
| | | 1 | 54.592 |
| | | 1 | 38.214 |
| | Jumlah | 6 | |
| Lantai 2 | Split | | |
| | | 2 | 9.554 |
| | | 4 | 7.506 |
| | | 6 | 15.354 |
| | | 3 | 24.225 |
| | | 1 | 19.107 |
| | | 1 | 12.283 |
| | Jumlah | 17 | |
| | Central/Duct | | |
| | | 3 | 42.650 |

| Lokasi | Jenis AC | Jumlah | Kapasitas (Btu/h) |
|-----------------|---------------|-----------|-------------------|
| | | 1 | 30.708 |
| | | 1 | 47.768 |
| | | 1 | 54.592 |
| | Jumlah | 6 | |
| Masjid | | | |
| Lantai 1 | Split | 4 | 24.225 |
| | Jumlah | 4 | |
| Asrama | | | |
| Lantai 1 | Split | | |
| | | 13 | 9.554 |
| | | 1 | 24.225 |
| | | 1 | 12.283 |
| | | 2 | 7.506 |
| | Jumlah | 17 | |
| | Central/Duct | | |
| | | 2 | 24.225 |
| | Jumlah | 2 | |
| Lantai 2 | Split | | |
| | | 18 | 9.554 |
| | | 1 | 7.506 |
| | Jumlah | 19 | |
| | Central/Duct | | |
| | | 2 | 24.225 |
| | Jumlah | 2 | |

Lampiran 2. Data Peralatan Medik RSUD Srengat Tahun 2020

| NO | NAMA BARANG | JUMLAH |
|-----------|----------------------------------------------|--------|
| A. | INSTALASI GAWAT DARURAT (IGD) | |
| 1. | Trolley Emergency | 4 |
| 2. | Bed | 5 |
| 3. | Brankard | 11 |
| 4. | Ambu Bag Dewasa | 2 |
| 5. | Pulse Oximeter Dewasa | 2 |
| 6. | Tensimeter Mobile (Stand) | 1 |
| 7. | Tensimeter Digital | 4 |
| 8. | Elektrokardiografi (Ekg) | 1 |
| 9. | Defibrilator | 1 |
| 10. | Ambu Bag Anak | 1 |
| 11. | Thermo Digital | 2 |
| 12. | Infusion Warmer | 1 |
| 13. | Infusion Pump | 2 |
| 14. | Syringe Pump | 2 |
| 15. | Timbangan Bayi | 1 |
| 16. | Troli Tindakan | 2 |
| 17. | Meja Mayo | 3 |
| 18. | Timbangan Badan | 1 |
| 19. | Film viewer | 1 |
| 20. | Bengkok besar | 4 |
| 21. | Bengkok kecil | 1 |
| 22. | Stikpan | 10 |
| 23. | Isolation transport | 1 |
| 24. | Pulse oxymeter bayi | 1 |
| 25. | Examination lamp | 1 |
| 26. | Examination lamp | 1 |
| 27. | Hecting instrumen set | 3 |
| 28. | Instrumen box 205 x 105 x 40 mm | 3 |
| 29. | Rochester Pean Hemostatic Fcps, Str, 14 cm | 3 |
| 30. | Rochester Pean Hemostatic Fcps, Cvd, 14 cm | 3 |
| 31. | Metzenbaum Dissecting Scissors, Str, 14.5 cm | 3 |
| 32. | Standard Dressing Forceps, 14.5 cm | 3 |
| 33. | Standard Tissue Forceps, 1x2 Teeth, 14.5 Cm | 3 |
| 34. | Mayo Hegar Needle Holder, 14 cm | 3 |
| 35. | Probe 1.5 Mm , 14,5 cm | 3 |
| 36. | Scapel Handle No 3 12.5 cm | 3 |
| 37. | Minor basic instrument set | 1 |
| 38. | Scapel Handle No 3, 12.5 cm | 1 |
| 39. | Dressing Forceps, Modell Usa, Slr, 13 cm | 2 |
| 40. | Dressing Forceps, Modell Usa, Slr, 18 cm | 1 |
| 41. | Dressing Forceps Aclson Standart 12 cm | 1 |

| NO | NAMA BARANG | JUMLAH |
|-----------|-------------------------------------------------------|--------|
| 42. | Tissue forceps, moddel USA, SLR, 2x3, 13 cm | 2 |
| 43. | Tissue Froseps Standart Adson 12 cm | 1 |
| 44. | Scholemaker Loth, Suture Scissor, 12.5 cm | 1 |
| 45. | Scissor, Str Sh/BI 11.5 cm | 1 |
| 46. | Metzenbaum Fino Scissor Tc Cvd, 14.5 cm | 1 |
| 47. | Mayo Stille Scissor Curved, 14.5 cm | 1 |
| 48. | Neddle Holder Crille-Wood, Tc, Str 15 cm | 2 |
| 49. | Baby Allis Intestinal, Tissue Grasping Forceps, 12 cm | 1 |
| 50. | Micromasquito Haemostatic Forceps, Str, 12 cm | 8 |
| 51. | Micromasquito Haemostatic Forceps, CVD, 12 cm | 8 |
| 52. | Spencer-Wellsmm, Haemostatic Fcps Slr 14 cm | 2 |
| 53. | Spencer-Wellsmm, Haemostatic Fcps Cvd 14 cm | 6 |
| 54. | Lister Sinus Forceps, Slr, 16 cm | 1 |
| 55. | Lister Sinus Forceps, Slr, 18 cm | 1 |
| 56. | Backhaus Towel Forceps, 9 cm | 6 |
| 57. | Baby Senn Mueller Retractor Sharp, 15,5cm | 2 |
| 58. | Middledorf Retractor, 14x17 mm, 21,5 cm | 2 |
| 59. | Farabeuf Retractor 12 cm | 2 |
| 60. | Probe Directros, 11,5 cm, 1mm | 1 |
| 61. | Probe 11,5 cm | 1 |
| 62. | Volkman Curette Fig 0, 17cm | 1 |
| 63. | Tuffier Spatula 17x25 mm, 20mm | 1 |
| 64. | Andrews-phynchon suction tube | 1 |
| 65. | Instrument Tray 240x240x50 mm | 1 |
| 66. | Scalpel B110 Non Ster 100pcs | 1 |
| 67. | Incubator transport | 1 |
| 68. | Neet clips size 3/8" | 10 |
| 69. | Probe 1, skin temp, reusable | 3 |
| 70. | Nassal oksigen | 1 |
| 71. | Restraint straps | 10 |
| 72. | Isolette incubator disposable iris port | 100 |
| 73. | Repl cuffsstrap, tie-down | 2 |
| 74. | Isolette incubator disposable iris port | 100 |
| 75. | Soft bed ti 500 | 1 |
| 76. | Laryngoskope | 1 |
| 77. | Laryngoskope | 1 |
| 78. | Kompresor nebulizer | 2 |
| 79. | Suction hose | 1 |
| 80. | Stretcher | 2 |
| B. | INTENSIVE CARE UNIT (ICU) | |
| 1. | Infus pump | 5 |
| 2. | Syring pump | 5 |
| 3. | EKG | 3 |
| 4. | Defibrilator | 1 |

| NO | NAMA BARANG | JUMLAH |
|-----------|----------------------------------------------|--------|
| 5. | Vein Finder | 1 |
| 6. | Blood / infus warmer | 1 |
| 7. | Ambubag / silicon manual resuscitation | 1 |
| 8. | Termometer digital | 2 |
| 9. | Trolley emergency | 2 |
| 10. | Standart infus | 9 |
| 11. | Kursi roda | 1 |
| 12. | Foot step | 2 |
| 13. | Ventilator | 1 |
| 14. | Mayo table | 2 |
| 15. | Dressing trolley | 1 |
| 16. | Bengkok besar | 3 |
| 17. | Bed pan | 6 |
| 18. | Film viewer kecil | 1 |
| 19. | Suction | 1 |
| 20. | Laringoskop | 1 |
| 21. | Nebulazer | 1 |
| C. | RAWAT INAP LANTAI 3 | |
| 1. | Ambu/ Resuscitation bag Adult (Silicone) (C) | 1 |
| 2. | Ambu/ Resuscitation bag Child (Silicone) (C) | 1 |
| 3. | Antidecubitus matress (C) | 5 |
| 4. | Bedpan (A) | 11 |
| 5. | Bengkok / Kindney Dis | 2 |
| 6. | Dressing Trolley Stainless Steel (A) | 1 |
| 7. | ECG 3/12 Channel w/ Interpretation (A) | 1 |
| 8. | Emergency trolley | 1 |
| 9. | Infusion Pump (Terumo) | 3 |
| 10. | Light, Exam, mobile (A) | 2 |
| 11. | Nebulizer | 1 |
| 12. | Oximeter Pulse - finger (A) | 2 |
| 13. | Timbangan Injak + Tinggi Badan | 1 |
| 14. | Sphygmomanometer, mobile (Stand model) (A) | 1 |
| 15. | Tensimeter Anaeroid | 1 |
| 16. | Sygmomanometer Digital | 3 |
| 17. | Set Perawatan Luka | 1 |
| 18. | Scalpel Handle No. 3, 12,5cm | 1 |
| 19. | Dressing Forceps, Modell USA, slr, 13 cm | 2 |
| 20. | Dressing Forceps, Modell USA, slr, 18 cm | 1 |
| 21. | Dressing Forceps Adson Standart 12 cm | 1 |
| 22. | Tissue Forceps, Modell USA, slr, 2x3, 13 cm | 2 |
| 23. | Tissue Forceps, Standard Adson 12 cm | 1 |
| 24. | Schoemaker Loth, Suture Scissor, 12,5 cm | 1 |
| 25. | Scissor, slr SH/BL 11,5 cm | 1 |
| 26. | Metzenbaum Fino Scissor TC cvd, 14,5 cm | 1 |

| NO | NAMA BARANG | JUMLAH |
|-----|-----------------------------------------------------|--------|
| 27. | Mayo Stille Scissor Curved, 14,5 cm | 1 |
| 28. | Needle Holder Crile-wood, lc, slr, 15 cm | 2 |
| 29. | Baby Allis Intestina, Tissue Grasping Forcep, 12 cm | 1 |
| 30. | Micro Mosquito Haemostatic Forceps, slr 12 cm | 8 |
| 31. | Micro Mosquito Haemostatic Forceps, cvd 12 cm | 8 |
| 32. | Spencer-wellsmm, Haemostatic fcps slr 14 cm | 2 |
| 33. | Spencer-wellsmm, Haemostatic fcps cvd 14 cm | 6 |
| 34. | Lister Sinus Forceps, slr 16 cm | 1 |
| 35. | Lister Sinus Forceps, slr 18 cm | 1 |
| 36. | Backhaus Towel Forceps 9 cm | 6 |
| 37. | Baby Senn Mueller Retractor Sharp 15,5 cm | 2 |
| 38. | Middeldolf Retraktor, 14x17mm, 21 cm | 2 |
| 39. | Farabeuf Retraktor 12 cm | 2 |
| 40. | Probe Directros 11,5 cm 1,1mm | 1 |
| 41. | Probe 11,5 | 1 |
| 42. | Volkman Curette fig 0.17 cm | 1 |
| 43. | Tuffier Spatulla 17 x 25 mm, 20cm | 1 |
| 44. | Andrews-phynchon Suction Tube | 1 |
| 45. | Instrumen tray 240 x 240x 50 mm | 1 |
| 46. | Scalpel bl 10 non ster 100pcs | 1 |
| 47. | Stethoscope - adult (A) | 3 |
| 48. | Stethoscope - Anak (child) | 1 |
| 49. | Suction regulator (A) | 1 |
| 50. | Syringe Pump (Terumo) | 2 |
| 51. | Termometer Kulkas | 4 |
| 52. | Wheel chair (A) | 1 |
| 53. | Tiang infus 5 kaki | 2 |
| 54. | Thermometer Digital | 2 |
| 55. | Trolley Injeksi / mayo table | 3 |
| 56. | X-Ray viewer | 1 |
| 57. | Trolley Instrument | 1 |
| 58. | Bed Pasien 3 Crank (VIP) | 4 |
| 59. | Bed Pasien 3 Crank (Kelas 1) | 10 |
| 60. | Bed Pasien 2 Crank (Kelas 2) | 9 |
| 61. | Bed Pasien 2 Crank (Kelas 3) | 25 |
| 62. | Bed Pasien 3 Crank (R. Isolasi) | 1 |
| 63. | Bed Pasien (R. Tindakan) | 2 |
| 64. | Bed Side | 44 |
| 65. | Timbangan Bayi | 1 |
| 66. | Collection Bottle | 2 |
| 67. | Flowmeter Anak | 2 |
| 68. | Flowmeter Dewasa | 10 |
| 69. | Vacuum Regulator | 2 |
| 70. | Mecadent Bandage Instrument Set | 1 |

| NO | NAMA BARANG | JUMLAH |
|----------------------------|--------------------------------------------------|--------|
| 71 | Mayo Scissors, TC straight 17 cm | 1 |
| 72 | Mayo Scissors, TC curved 17 cm | 1 |
| 73 | Lahey - Metzenbaum Scissors TC Curved 14,5 cm | 1 |
| 74 | Metzenbaum Scissors TC Curved 18 cm | 1 |
| 75 | Halstead - Nosquito Haemostatic Forceps Curved | 1 |
| 76 | Crile - Haesmostatic Forceps Curved 14cm | 1 |
| 77 | Rochester Pean Haesmostatic Forceps Curved 14cm | 1 |
| 78 | Scalpel Handle Size 3 | 1 |
| 79 | Foester Sponge Holding Forceps Straight Serrated | 1 |
| 80 | Mayo Hegar Needle Holder TC 18cm | 1 |
| 81 | Adson Tissue Forceps Straight 1:2 Teeth 12cm | 1 |
| 82 | Allis Tissue Forceps 4:5 Teeth 15cm | 1 |
| 83 | Senn-mueler Retractor Sharp Prong 16cm | 1 |
| 84 | Finger Rake Retractor 6 1/2" Sharp Prong, Blunt | 1 |
| 85 | US Army Retractor 6 1/2" Sharp Prong, Blunt | 1 |
| 86 | Weitlaner Retractor Set of 2 | 1 |
| 87 | De Bakey Vascular Tissue Forceps 6 | 1 |
| 88 | Box Bayi | 5 |
| D. POLIKLINIK ANAK | | |
| 1. | Alat ukur tinggi badan | 1 |
| 2. | Nebulizer jet | 1 |
| 3. | Vaccine carrier | 2 |
| 4. | Timbangan injak + tinggi badan | 1 |
| 5. | Tensi digital | 1 |
| 6. | Termometer kulkas | 1 |
| 7. | Stethoscope - adult | 1 |
| 8. | Baby pediatric stetoscope | 1 |
| 9. | Infant dan baby weighting scale | 1 |
| 10. | Bed periksa | 1 |
| 11. | Bengkok | 1 |
| 12. | Film viewer kecil | 1 |
| 13. | Pulse oxymetri | 1 |
| 14. | Termometer digital | 1 |
| 15. | Pinset anatomis | 2 |
| 16. | Pinset cirugis | 2 |
| 17. | Klem | 2 |
| 18. | Reflek hummer | 1 |
| 19. | Manset anak | 3 |
| 20. | Bak instrumen sedang | 2 |
| 21. | Bak instrumen kecil | 1 |
| 22. | Hepafilter | 1 |
| E. POLIKLINIK BEDAH | | |
| 1. | Hepafilter | 1 |
| 2. | Lampu tindakan | 1 |

| NO | NAMA BARANG | JUMLAH |
|-----------|-------------------------------------------------|--------|
| 3. | Trolley instrumen | 1 |
| 4. | Spygnomanometer digital | 1 |
| 5. | Termometer contact | 1 |
| 6. | Bed periksa | 2 |
| 7 | Spygnomanometer non-mercury | 1 |
| 8 | Film viewer 1 slide | 1 |
| 9 | Bengkok | 1 |
| 10 | Intrumen box 205x105x40 mm | 1 |
| 11 | Rochester pean hemostatic fpcs, str, 14 cm | 1 |
| 12 | Rochester pean hemostatic fpcs, evd, 14 cm | 1 |
| 13 | Metzenbaum dissecting scissors, str, 14,5 cm | 1 |
| 14 | Standard dressing forceps, 14.5 cm | 1 |
| 15 | Standard tissu forceps, 1x2 teeth, 14.5 cm | 1 |
| 16 | Mayo hegar needle holder, 14 cm | 1 |
| 17 | Probe 1.5 mm, 14.5 cm | 1 |
| 18 | Scalpel handle no.3 12,5 cm | 1 |
| 19 | Film viewer 2 slide | 1 |
| 20 | Stetoskop | 2 |
| 21 | Maedical headlamp | 1 |
| 22 | Indoor / outdorr thermometer | 1 |
| 23 | Mayo scissors, tc straight 17 cm | 2 |
| 24 | Mayo scissors, tc curved 17 cm | 2 |
| 25 | Lahey-metzebaum scissors tc curved 14,5 | 2 |
| 26 | Metzenbaun scissors tc curved 18 cm | 2 |
| 27 | Halstead-mosquito haemostatic forceps curved | 2 |
| 28 | Crile-haemostatic forceps curved 14 cm | 2 |
| 29 | Rochester pean haemostatic forcep curved 14 cm | 2 |
| 30 | Scalpel handle size 3 | 2 |
| 31. | Foester sponge holding forceps stright serrated | 2 |
| 32. | Mayo hegar needle holder tc 18 cm | 2 |
| 33. | Adson tissu forceps straight 1:2 teeth 12 cm | 2 |
| 34. | Allis tissue forceps 4:5 teeth, 15 cm | 2 |
| 35. | Senn-mueler reactor sharp prong 16 cm | 2 |
| 36. | Finger rake retractor 1 1/2" sharp prong, blunt | 2 |
| 37. | US army retractor set of 2, blunt | 2 |
| 38. | Weitlaner retractor blunt 13 cm | 2 |
| 39. | Da bakey vascular tissue forceps 6" | 2 |
| 40. | Bak instrument | 6 |
| 41. | Bengkok besar | 2 |
| 42. | Pinset sirurgis | 1 |
| F. | POLIKLINIK KEBIDANAN DAN KANDUNGAN | |
| 1 | Bed 2 crank | 1 |
| 2 | Bed gynecology | 1 |
| 3 | Foot Step | 1 |

| NO | NAMA BARANG | JUMLAH |
|----|-----------------------------------------------------|--------|
| 4 | Pulse oxymeter | 1 |
| 5 | Tensi digital | 1 |
| 6 | Termometer | 1 |
| 7 | Paket troley | 1 |
| 8 | Spirallen enfernungszange 20 cm | 1 |
| 9 | Mathieu fremdkorperzange 19 cm | 1 |
| 10 | Gipsschere nach mick 17,5 cm | 1 |
| 11 | Bozemann klemme geb 26 cm | 1 |
| 12 | Sounders lud 32 cm | 2 |
| 13 | Sims uterussande 32 cm | 1 |
| 14 | Anat, pinzette normal 14,5 cm | 1 |
| 15 | Anat, pinzette normal 20 cm | 1 |
| 16 | Hakenzange n braun 25 cm | 1 |
| 17 | Sims Scheden-Spekula Fig 1 65x25 Mm / 70x30 Mm | 1 |
| 18 | Sims Scheden-Spekula Fig 1 70x30 Mm / 70x35 Mm | 1 |
| 19 | Sims Scheden-Spekula Fig 1 85x35 Mm / 90x40 Mm | 1 |
| 20 | Urinal plastik | 3 |
| 21 | Stik pan | 2 |
| 22 | Film viewer single | 1 |
| 23 | Bengkok | 1 |
| 24 | Timbangan + charger seca | 1 |
| 25 | Instrumen box 205x105x40 mm | 1 |
| 26 | Rochester-pean, str 14 cm (clamps, vascular) | 1 |
| 27 | Rochester-pean, cvd 14 cm (clamps, vascular) | 1 |
| 28 | Metzenbaum dissecting scissors, str, 14,5 cm | 1 |
| 29 | Dressing forceps standart, str 14,5 cm (tweezers) | 1 |
| 30 | Tissue FCPS standart, str 1x2 t 14,5 cm (tweezers) | 1 |
| 31 | Needle Holder Mayo-Hegar, str 14 cm (needle holder) | 1 |
| 32 | Probe, 1,5 mm diameter 1,5 cm (probes) | 1 |
| 33 | Scalpel handle, No. 3 12,5 cm | 1 |
| 34 | Examination lamp mel-02 | 1 |
| 35 | Avalon fetal monitor fm 30 | 1 |
| 36 | Thermal paper storage guidelines | 1 |
| 37 | Alat USG | 1 |
| 38 | Termometer ruangan | 1 |
| 39 | Stetoscope | 2 |
| 40 | Trolley linen kotor | 1 |
| 41 | Mayo scissors tc straight 17 cm | 2 |
| 42 | Mayo scissors tc curved 17 cm | 2 |
| 43 | Lahey metzebaum scissors tc curved 14,5 cm | 2 |
| 44 | Metzenbaum scissors tc curved 18 cm | 2 |
| 45 | Haltead-mosquito haemostatic forceps curved 12,5 | 2 |
| 46 | Crile-haemostatic forceps curved 14 cm | 2 |
| 47 | Rochester pean haemostatic forceps curved 14 cm | 2 |

| NO | NAMA BARANG | JUMLAH |
|-----------|-------------------------------------------------------|---------|
| 48 | Scalpel handle size 3 | 2 |
| 49 | Foester sponge holding forceps staight serrated 25 cm | 2 |
| 50 | Mayo hegar neddle holder tc 18 cm | 2 |
| 51 | Adson tissue forceps straight 1:2 teeth 12 cm | 2 |
| 52 | Allis tissue forceps 4-5 teeth 15 cm | 2 |
| 53 | Senn muller retractor sharp prong 16 cm | 2 |
| 54 | US Army Retractor Blunt 13 cm | 4 |
| 55 | Weitlaner retractor blunt 13 cm | 2 |
| 56 | De bakey vascular tissue forceps 6" | 2 |
| 57 | Fincer rake retraktor 6 1/2" sarp prong, blunt | 2 |
| 58 | Fincer rake retraktor 6 1/2" sarp prong, blunt | 1 |
| 59 | Hepa filter | 1 |
| 60 | Cucing kecil | 1 |
| 61 | Cucing sedang | 1 |
| 62 | Cucing besar | 2 |
| 63 | Bengkok besar | 2 |
| 64 | Bengkok kecil | 2 |
| 64 | Korentang | 1 |
| 65 | Silinder korentang | 1 |
| 66 | Pinset chirugis | 1 |
| 67 | Bak instrumen kecil | 2 |
| 68 | Bak instrumen besar | 2 |
| 69 | Trolley utility | 1 |
| G. | POLIKLINIK GIGI | |
| 1 | Dental unit | 2 unit |
| 2 | Handpiece highspeed | 2 unit |
| 3 | Handpiece contra angle | 2 unit |
| 4 | Handpiece scaler | 2 unit |
| 5 | Tip scaler | 6 unit |
| 6. | Spoon Excavator Small Dd205-31l | 1 unit |
| 7 | Spoon Excavator Medium Dd205-31l | 1 unit |
| 8 | Spoon Excavator Large Dd205-31l | 1 unit |
| 9 | Batu asah dd152-2 | 1 unit |
| 10 | Bein lurus besar dd340-3 | 3 unit |
| 12 | Bein lurus kecil dd340-2 | 3 unit |
| 13 | Excavator ujung dua besar dd202-4 | 25 unit |
| 14 | Excavator ujung dua kecil dd202-2 | 25 unit |
| 15 | Gunting operasi gusi, gum sscrissor dd405-1tc | 2 unit |
| 16 | Cheeck retractor dd607 | 2 unit |
| 17 | Root elevator winter dd324-11r | 1 unit |
| 18 | Root elevator winter dd324-11l | 1 unit |
| 19 | Filling instruments dd175-2 | 20 unit |
| 20 | Filling instruments dd188-1 | 10 unit |
| 21 | Filling instruments dd188-2 | 10 unit |

| NO | NAMA BARANG | JUMLAH |
|----|---------------------------------------------------|---------|
| 22 | Filling instruments dd186-4 | 25 unit |
| 23 | Periodontal probe dd115-12s | 2 unit |
| 24 | Scaler standar bentuk cangkuk kiri dd150-1 | 2 unit |
| 25 | Tang dewasa dd300-22r | 2 unit |
| 26 | Tang dewasa dd300-22l | 2 unit |
| 27 | Tang dewasa gigi anterior rahang atas dd300-1 | 3 unit |
| 28 | Tang dewasa gigi premolar rahang atas dd300-7 | 3 unit |
| 29 | Tang dewasa gigi molar kanan rahang atas dd300-17 | 3 unit |
| 30 | Tang dewasa gigi molar kiri rahang atas dd300-18 | 3 unit |
| 31 | Tang dewasa gigi molar 3 rahang atas dd300-67a | 3 unit |
| 32 | Tang dewasa anterior rahang atas dd300-51a | 3 unit |
| 33 | Tang dewasa posterior rahang atas dd300-51lx | 3 unit |
| 34 | Tang anterior, premolar rahang bawah dd300-13 | 3 unit |
| 35 | Tang molar rahang bawah kanan/kiri dd300-22 | 3 unit |
| 36 | Tang dewasa sisa akar gigi rahang bawah dd300-33 | 3 unit |
| 37 | Tang dewasa gigi molar 3 rahang bawah dd300-79 | 3 unit |
| 38 | Tang dewasa cowhorn dd300-87 | 2 unit |
| 39 | Tang anak gigi anterior rahang atas dd312-1 | 3 unit |
| 40 | Tang anak gigi molar 1 rahang atas dd312-2 | 3 unit |
| 41 | Tang anak gigi molar 2 rahang atas dd312-3 | 3 unit |
| 42 | Tang anak sisa akar gigi rahang atas dd312-4 | 3 unit |
| 43 | Tang anak gigi anterior rahang bawah dd312-5 | 3 unit |
| 44 | Tang anak gigi molar rahang bawah dd312-6 | 3 unit |
| 45 | Tang anak sisa akar gigi rahang bawah dd312-7 | 2 unit |
| 46 | Periodontal instrumen set kit sd140 | 2 unit |
| 47 | Citoject dd473-8 | 2 unit |
| 48 | Suction tubes dd440-s | 2 unit |
| 49 | Crown scissors straight dd856-1 | 2 unit |
| 50 | Tensimeter digital | 1 unit |
| 51 | Termometer digital | 1 unit |
| 52 | Stetoskop | 1 unit |
| 53 | Exstraoral aerosol vacuum | 2 unit |
| 54 | Exstirpasi set | 2 unit |
| 55 | Film viewers | 1 unit |
| 56 | Tray steril jf149r | 3 unit |
| 57 | Neirbeken bengkok besar | 2 unit |
| 58 | Bein dl032r | 3 unit |
| 59 | Bein dl033r | 3 unit |
| 60 | Bein dl034r | 3 unit |
| 61 | Bein dl238r | 3 unit |
| 62 | Bein dl239r | 3 unit |
| 63 | Bein dl211r | 3 unit |
| 64 | Bein dl212r | 3 unit |
| 64 | Bein dd328-44 | 1 unit |

| NO | NAMA BARANG | JUMLAH |
|-----------|-----------------------------------|---------|
| 65 | Bein dd328-45 | 1 unit |
| 66 | Bak instrumen sedang | 3 unit |
| 67 | Bak instrumen besar | 2 unit |
| 68 | Neddle holder dd520-16 | 2 unit |
| 69 | Neddle holder dd520-18 | 2 unit |
| 70 | Neirbeken bengkok sedang | 10 unit |
| 71 | Sonde halfmoon / bengkok dd110-23 | 25 unit |
| 72 | Tromol medis | 2 unit |
| 73 | Tang set anak | 2 unit |
| 74 | Tang set dewasa | 3 unit |
| H. | POLIKLINIK PENYAKIT DALAM | |
| 1 | Bed pasien | 1 |
| 2 | Termometer | 1 |
| 3 | Lampu periksa | 1 |
| 4 | Stetoskop | 2 |
| 5 | Film viewer | 1 |
| 6 | Nebulyzer | 1 |
| 7 | Bengkok | 1 |
| 8 | Timbangan dewasa | 1 |
| 9 | Bak instrument | 1 |
| 10 | Tabung O2 | 1 |
| 11 | Ishihara | 1 |
| 12 | Timbangan dewasa | 1 |
| 13 | Alat ukur tinggi badan | 1 |
| 14 | Alat gda | 1 |
| 15 | Reflek hummer | 1 |
| 16 | ECG + trolley | 1 |
| 17 | Pen light | 1 |
| 18 | Thermometer non kontak | 1 |
| 19 | Pita lila | 1 |
| 20 | Medline/pengukur lingkaran lengan | 1 |
| 21 | Pen lanset | 1 |
| 22 | Pulse oximeter | 1 |
| 23 | Tensimeter digital | 1 |
| 24 | Tensimeter manual | 1 |
| 25 | Hepafilter | 1 |
| I. | RUANG MATERNAL | |
| 1. | Bed periksa (tindakan) | 5 |
| 2. | Bed gynec | 1 |
| 3. | Bed pasien | 10 |
| 4. | Bedside cabinet | 14 |
| 5. | Box bayi | 6 |
| 6. | Timbangan bayi | 1 |
| 7 | Timbangan injak + tinggi badan | 1 |

| NO | NAMA BARANG | JUMLAH |
|-----|-----------------------------------------------|--------|
| 8 | Troly emergency | 2 |
| 9 | Emergency trolley | 2 |
| 10 | Troly meja instrumen | 1 |
| 11 | Dressing trolley stainless steel | 2 |
| 12 | Mayo table | 2 |
| 13 | Kursi roda | 1 |
| 14 | Standart infus portable | 2 |
| 15 | Foodstep | 3 |
| 16 | Vacum extractor | 2 |
| 17 | Stethoscope dewasa | 1 |
| 18 | Stethoscope anak | 1 |
| 19 | Thermometer | 1 |
| 20 | Thermometer digital | 4 |
| 21 | Syringe pump type SS | 3 |
| 22 | Suction pump | 1 |
| 23 | Infusion pump type LF | 3 |
| 24 | Infanto meter | 1 |
| 25 | Infant warmer | 1 |
| 26 | NST | 1 |
| 27 | Ambu/ resuscitation bag adult (silicone) (C) | 1 |
| 28 | Ambu/ resuscitation bag pediatric | 1 |
| 29 | Tensimeter aneroid | 1 |
| 30 | Tensimeter digital | 1 |
| 31. | Pulse oximeter - finger (SPO2) | 2 |
| 32. | Specimen trap | 10 |
| 33. | Bengkok besar | 3 |
| 34. | Bengkok kecil | 1 |
| 35. | Film viewer | 1 |
| 36. | Examination lamp | 1 |
| 37. | IUD set | 1 |
| 38. | Hecting set | 2 |
| 39. | Partus set | 4 |
| 40. | USG set | 1 |
| 41. | Sendok kuret | 10 |
| 42. | Dilatation & curret abortus instrument set | 3 |
| 43. | Dilatation & curret diagnostic instrument set | 1 |
| 44. | Flowmeter dewasa | 5 |
| 45. | Flowmeter bayi | 1 |
| 46. | Vacumregulator | 1 |
| 47. | Fetal doppler 200 | 2 |
| 48. | Fetal doppler 250 | 1 |
| 49. | Fetal doppler | 1 |
| 50. | Mayo scissors, s17 cm | 1 |
| 51. | Mayo scissors, c17 | 1 |

| NO | NAMA BARANG | JUMLAH |
|-----------|--------------------------------------|--------|
| 52. | Lahey scissors 14,5cm | 1 |
| 53 | Meteenbau scissors | 1 |
| 54 | Haalstead-mosqito forsaps | 1 |
| 55 | Crile-haimostatic forshaps | 1 |
| 56 | Rochester pean haimostatic | 1 |
| 57 | Scalpl handle saize 3 | 1 |
| 58 | Foerster sponge holding forceps | 1 |
| 59 | Mayo hegar needle | 1 |
| 60 | Adson tissue forshaps stright | 1 |
| 61 | Allis tissue forshaps | 1 |
| 62 | Senn nukler retractor shaps | 1 |
| 63 | Finger raice retractor | 1 |
| 64 | Us army retractor shaps | 1 |
| 65 | Weit laner retractor blunt | 1 |
| 66 | De baicey vascular tissue forshaps | 1 |
| 67 | Gunting episiotomi | 12 |
| 68 | Gunting lurus | 7 |
| 69 | Wash bowl (cucing) | 3 |
| 70 | Pinza anatomica | 5 |
| 71 | Forceps (pinset cirugis) | 4 |
| 72 | Hemost fcps (Klem) | 8 |
| 73 | Nald voeder | 3 |
| 74 | Instrumen tray (bak instrumen besar) | 4 |
| 75 | Bak instrumen kecil | 4 |
| 76 | Bak instrumen sedang | 8 |
| 77 | Bak instrumen besar pengunci | 8 |
| 78 | Manometer O2 tabung | 1 |
| 79 | Katheter metal | 3 |
| J. | PERINATAL | |
| 1. | Infuse pump | 2 |
| 2. | Syringe pump | 2 |
| 3. | Timbangan bayi | 1 |
| 4. | Termometer digital | 2 |
| 5. | Oximeter | 1 |
| 6. | Vena viewer | 1 |
| 7 | CPAP SLE 1000 | 1 |
| 8 | Dresing trolly | 1 |
| 9 | Mayo stand | 2 |
| 10 | Bengkok besar | 3 |
| 11 | Bengkok kecil | 1 |
| 12 | Lampu examination | 1 |
| 13 | Film viewer | 1 |
| 14 | Infant warmer | 1 |
| 15 | Incubator transport | 1 |

| NO | NAMA BARANG | JUMLAH |
|-----------|-----------------------------------------|--------|
| 16 | Nippv | 1 |
| 17 | Laryngoscope bayi | 1 |
| 18 | Incubator stay | 4 |
| 19 | Partus set | 5 |
| 20 | Stetoskop bayi | 3 |
| 21 | Foto terapi | 2 |
| 22 | Oksigen tabung (T-piece) | 1 |
| 23 | Air tabung (T-piece) | 1 |
| 24 | T-piece resuscitaire | 1 |
| 25 | Legulator suction + botol | 1 |
| 26 | Flowmeter bayi | 2 |
| 27 | Troly baby | 16 |
| 28 | Standar infus | 3 |
| 29 | Emergency trolley | 1 |
| 30 | Baby table | 2 |
| 31. | Monitor pasien | 3 |
| 32. | Ventilator SLE 6000 | 1 |
| 33. | Bak instrumen sedang | 3 |
| 34. | Bak instrumen kecil | 4 |
| K. | IBS (Instalansi Bedah Sentral) | |
| 1. | Brankar | 2 |
| 2. | Tiang infus | 4 |
| 3. | Meja mayo | 8 |
| 4. | Bed crank | 2 |
| 5. | Trolley emergency | 1 |
| 6. | Double fixed arm pendant | 3 |
| 7. | Single fixed arm pendant | 2 |
| 8. | Hepafilter | 2 |
| 9. | Warm cabinet | 3 |
| 10. | Cool cabinet | 3 |
| 11 | Led viewer | 3 |
| 12 | Alcove | 3 |
| 13 | Esu | 3 |
| 14 | Mesin anestesi | 3 |
| 15 | Usg anestesi | 1 |
| 16 | Meja operasi | 3 |
| 17 | Lampu operasi | 1 |
| 18 | Mesin suction | 2 |
| 19 | Glide scope | 1 |
| 20 | Infant warmer | 1 |
| 21 | Minor Basic Set Instrument | 3 |
| 22 | Urology Set Instrument | 1 |
| 23 | Mastectomy Set Instrumen | 1 |
| 24 | Basic Orthopedic Set Instrument | 1 |

| NO | NAMA BARANG | JUMLAH |
|-----------|------------------------------------|--------|
| 25 | SC dan Hysterectomy Set Instrumen | 3 |
| 26 | Thoracotomy Set Instrument | 1 |
| 27 | Plaster of Paris Set Instrumen | 1 |
| 28 | Laparotomy Adult Set Instrumen | 2 |
| 29 | Laparotomy Pediatric Set Instrumen | 1 |
| 30 | Circumsisi Set Instrument | 1 |
| 31 | Stetoskop | 3 |
| 32 | Termometer Axila Digital | 1 |
| 33 | Oxymetri | 1 |
| 34 | Defibulator | 1 |
| 35 | Laringoskop | 3 |
| 36 | Syring Pump | 1 |
| 37 | Infuse Pump | 1 |
| 38 | Blood Warmer | 1 |
| 39 | Manset Infuse | 1 |
| 40 | Pasien Monitor | 4 |
| L. | LABORATORIUM | |
| 1. | Centrifuge | 2 |
| 2. | Aerocom | 1 |
| 3. | Centrifuge Hematocrit | 1 |
| 4. | Plate Shaker | 1 |
| 5. | Rotator | 1 |
| 6. | Electrolite Analyzer | 1 |
| 7 | Mikroskop | 3 |
| 8 | Vortex Mixer | 1 |
| 9 | Cawan Bengkok Besar | 2 |
| 10 | Cawan Bengkok Kecil | 1 |
| 11 | Hematology Analyzer | 1 |
| 12 | Coagulometer | 1 |
| 13 | Kimia Klinik | 1 |
| 14 | Urinalizer | 1 |
| 15 | BGA Elektrolit | 1 |
| 16 | Waterbath | 1 |
| 17 | Instrument Z480 Analyzer | 1 |
| 18 | Instrument X480 Analyzer | 1 |
| M. | BDRS | |
| 1. | Centrifuge Gell | 1 |
| 2. | Incubator Gell | 2 |
| N. | RADIOLOGI | |
| 1 | X-Ray mobile | 1 |
| 2 | X-Ray stationer | 1 |
| 3 | Hepafilter | 1 |
| 4 | Tensimeter digital | 1 |
| 5 | Stetoscope | 1 |

| NO | NAMA BARANG | JUMLAH |
|-----------|-------------------------------|--------|
| 6 | Thyroid Pb | 2 |
| 7 | Standart infus | 1 |
| 8 | Bengkok | 1 |
| 9 | Alat USG | 1 |
| 10 | Tranducer | 3 |
| 11 | Bed pasien | 1 |
| 12 | Foot step | 1 |
| 13 | CR | 1 |
| 14 | DR | 1 |
| 15 | Film viewer kecil | 2 |
| 16 | Film viewer besar | 1 |
| 17 | Emergency trolley | 1 |
| 18 | Tabir mobile | 2 |
| 19 | TLD badge | 16 |
| 20 | Surveymeter digital | 1 |
| 21 | Bak instrumen | 1 |
| 22 | Pneumonic tube pendek | 6 |
| 23 | Pneumonic tube panjang | 8 |
| 24 | Meja suntik | 1 |
| 25 | Trolley instrumen | 1 |
| 26 | Penyangga kaset | 1 |
| 27 | Gonad Pb | 1 |
| 28 | Kacamata Pb | 1 |
| 29 | Irigator set | 1 |
| O. | ISOLASI | |
| 1 | Peak flow meter dewasa | 8 |
| 2 | Spill kit | 3 |
| 3 | Jackson rees anak | 7 |
| 4 | Jackson rees dewasa | 7 |
| 5 | Sterilisator ruangan | 2 |
| 6 | Monitor pasien | 4 |
| 7 | Nebulizer | 2 |
| 8 | Box infeksius transport | 2 |
| 9 | Laringoskop anak | 1 |
| 10 | Resusitator anak | 4 |
| 11 | Resusitator dewasa | 4 |
| 12 | Tensimeter standing | 3 |
| 13 | Stetoskop | 8 |
| 14 | Autoclave 100L | 1 |
| 15 | Sterilisator kering | 2 |
| 16 | Trolley instrumen rak 3 susun | 3 |
| 17 | Pulseoxymetri | 6 |
| 18 | Laringoskop dewasa | 1 |
| 19 | Margil forcep | 2 |

| NO | NAMA BARANG | JUMLAH |
|-----------|--------------------------------------------|--------|
| 20 | Scoop stretcher | 1 |
| 21 | Thermometer gun | 6 |
| 22 | Sphygmomanometer | 8 |
| 23 | Pengukur Tinggi dan Berat Badan | 2 |
| 24 | X-Ray portable | 1 |
| 25 | FCR | 1 |
| 26 | Ventilator | 1 |
| 27 | HFNC | 1 |
| P. | CSSD | |
| 1 | Ultrasonic washer | 1 |
| 2 | Washer desinfector mounted double door | 1 |
| 3 | Drying cabinet | 1 |
| 4 | Autoclave mounted double door | 1 |
| 5 | Instalansi RO | 1 |
| 6 | Sink double bond | 1 |
| 7 | Troli instrumen | 2 |
| 8 | Working table | 2 |
| 9 | Incubator for use lowtem | 1 |
| 10 | Lid for fine - mesh tray | 1 |
| 11 | Fine mesh tray w/lid | 1 |
| 12 | Instrumens tray 1 | 8 |
| 13 | Instrumens tray 11 | 8 |
| 14 | Instrumen tray small | 3 |
| 15 | Instrumen tray medium | 2 |
| 16 | Incubator for use steam | 1 |
| 17 | Low temperature plasma sterilizer | 1 |
| Q. | LAUNDRY | |
| 1 | Washer extractor noninfectius | 1 |
| 2 | Washer extractor infectius | 1 |
| 3 | Dryer machine | 1 |
| 4 | Ironer machine | 1 |
| R. | INSTALASI GIZI | |
| 1 | Timbangan / balance untuk media | 3 |
| 2 | Food trolley | 3 |
| 3 | Utility trolley | 3 |
| 4 | Timbangan dewasa | 1 |
| 5 | Alat pengukur panjang bayi | 1 |
| S. | Instalasi Pemulasaran Jenazah (IPJ) | |
| 1 | Preparation table | 1 |
| 2 | Body bags | 1 |
| 3 | Head lamp | 1 |
| 4 | Dissection table | 1 |
| 5 | Body trolley | 1 |

Lampiran 3. Data Pegawai RSUD Srengat Berdasarkan Jenis Ketenagaan per Maret 2021

| NO | JENIS KETENAGAAN | JUMLAH PNS (Orang) | JUMLAH CPNS (Orang) | JUMLAH NON PNS (Orang) | JUMLAH (Orang) |
|----|------------------------------------------|--------------------|---------------------|------------------------|----------------|
| 1 | Struktural | 14 | - | - | 14 |
| 2 | Dokter Spesialis Bedah | 1 | - | - | 1 |
| 3 | Dokter Spesialis Anak | 1 | - | - | 1 |
| 4 | Dokter Spesialis Anestesi | 1 | - | - | 1 |
| 5 | Dokter Spesialis Penyakit Dalam | - | 1 | 1 | 2 |
| 6 | Dokter Spesialis Radiologi | - | - | 1 | 1 |
| 7 | Dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi | - | 1 | - | 1 |
| 8 | Dokter Umum | - | 4 | 11 | 15 |
| 9 | Dokter Gigi Spesialis | 1 | - | - | 1 |
| 10 | Dokter Gigi Umum | - | - | 1 | 1 |
| 11 | Perawat (S1) | 11 | - | 21 | 32 |
| 12 | Perawat (D3) | 7 | 14 | 13 | 34 |
| 13 | Perawat Instrumen | - | - | 7 | 7 |
| 14 | Perawat Anestesi | 1 | - | 2 | 3 |
| 15 | Bidan (D4/ S1 Kebidanan) | 4 | - | 4 | 8 |
| 16 | Bidan (D3 Kebidanan) | 1 | - | 9 | 10 |
| 17 | Ahli Teknologi Laboratorium Medis | 3 | 5 | 3 | 11 |
| 18 | Apoteker | - | 5 | 4 | 9 |
| 19 | Asisten Apoteker | 1 | 6 | 1 | 8 |
| 20 | Radiografer | 1 | 4 | 1 | 6 |
| 21 | Dietisien | - | - | 1 | 1 |
| 22 | Nutrisionis | 3 | 2 | 2 | 7 |
| 23 | Ahli Teknologi Elektro Medis | - | 1 | 2 | 3 |
| 24 | Fisioterapi | - | 2 | - | 2 |
| 25 | Sanitarian | - | 2 | - | 2 |
| 26 | Pengelola Penataan Sarana Prasarana | 1 | - | - | 1 |
| 27 | Perekam Medis | 1 | - | 1 | 2 |
| 28 | Tenaga Administrasi (S1 dan D3) | - | - | 44 | 44 |
| 29 | Tenaga Teknik Sipil | - | - | 1 | 1 |
| 30 | Agendaris | - | - | 1 | 1 |
| 31 | Resepsionis (S1 dan SMA) | - | - | 2 | 2 |
| 32 | Asisten Tenaga Kesehatan | - | - | 27 | 27 |
| 33 | Pengemudi | 1 | - | 3 | 4 |
| 34 | Transportir | - | - | 4 | 4 |
| 35 | Petugas Laundry | - | - | 6 | 6 |
| 36 | Petugas Kamar Jenazah | - | - | 4 | 4 |

| | | | | | |
|----|----------------------------------------|-----------|-----------|------------|------------|
| 37 | Tenaga Tata Boga | - | - | 6 | 6 |
| 38 | Staf Manajemen (S1 Hukum) | - | - | 1 | 1 |
| 39 | Staf Manajemen (S1 Teknik Informatika) | - | - | 3 | 3 |
| 40 | Staf Manajemen (S1 Administrasi) | - | - | 6 | 6 |
| 41 | Staf Manajemen (S1 Ekonomi Akuntansi) | - | - | 1 | 1 |
| 42 | Tenaga ME | - | - | 3 | 3 |
| 43 | Teknisi Listrik | - | - | 1 | 1 |
| 44 | Tenaga Kebersihan Taman | - | - | 2 | 2 |
| 45 | Tenaga Pendukung Keamanan | - | - | 22 | 22 |
| 46 | Tenaga Pendukung Kebersihan | - | - | 26 | 26 |
| 47 | Teknisi Permesinan | - | - | 1 | 1 |
| 48 | Tenaga Pengamanan Kendaraan | - | - | 3 | 3 |
| 49 | Editor | - | - | 1 | 1 |
| | TOTAL | 53 | 47 | 253 | 353 |

Lampiran 4. Data Pegawai RSUD Srengat Kabupaten Blitar Berdasarkan Ruang

| NO | RUANGAN | PNS | CPNS | TENAGA KONTRAK | JUMLAH PEGAWAI |
|----|--------------------------------------------------|-----|------|----------------|----------------|
| 1 | R.DIREKTUR | 1 | - | 1 | 2 |
| 2 | KABAG UMUM, KEPEGAWAIAN, DAN KEUANGAN | 1 | - | - | 1 |
| 3 | SUB BAGIAN UMUM | 2 | - | 11 | 13 |
| 4 | SUB BAGIAN KEPEGAWAIAN | 1 | - | 3 | 4 |
| 5 | SUB BAGIAN KEUANGAN | 1 | - | 12 | 13 |
| 6 | BIDANG PELAYANAN MEDIS DAN KEPERAWATAN | 3 | - | 6 | 9 |
| 7 | BIDANG PELAYANAN PENUNJANG KLINIK DAN NON KLINIK | 3 | - | 7 | 10 |
| 8 | BIDANG PERENCANAAN DAN PENGEMBANGAN | 3 | - | 4 | 7 |
| 9 | INSTALASI FARMASI | 1 | 11 | 13 | 25 |
| 10 | POLI KEBIDANAN DAN KANDUNGAN | 1 | 1 | 1 | 3 |
| 11 | POLI PENYAKIT DALAM | - | 1 | 3 | 4 |
| 12 | POLI BEDAH | 1 | - | 1 | 2 |
| 13 | POLI GIGI | 1 | - | 2 | 3 |
| 14 | POLI ANAK | 1 | - | 2 | 3 |
| 15 | POLI REHAB MEDIK | - | 2 | - | 2 |
| 16 | REKAM MEDIS | 1 | - | 4 | 5 |
| 17 | INSTALASI ANESTESI | 1 | - | - | 1 |
| 18 | INSTALASI GAWAT DARURAT (IGD) | 6 | 9 | 29 | 44 |
| 19 | INSTALASI RADIOLOGI | 1 | 4 | 3 | 8 |
| 20 | INSTALASI LABORATORIUM, PCR | 3 | 5 | 7 | 15 |
| 21 | INSTALASI BANK DARAH RUMAH SAKIT | - | - | 2 | 2 |
| 22 | INSTALASI PEMULASARAAN JENAZAH | 1 | - | 5 | 6 |
| 23 | INSTALASI PENYEHATAN LINGKUNGAN (IPL) | - | 2 | 3 | 5 |
| 24 | INSTALASI PEMELIHARAAN SARANA (IPS) | - | 1 | 6 | 7 |
| 25 | INSTALASI CSSD | 1 | - | 10 | 11 |
| 26 | INSTALASI LAUNDRY | | | | |

| | | | | | |
|--------------|-------------------------------------------|-----------|-----------|------------|------------|
| 27 | INSTALASI GIZI | 3 | 2 | 12 | 17 |
| 28 | INSTALASI BEDAH SENTRAL | 2 | - | 11 | 13 |
| 29 | INSTALASI INFORMASI DAN TEKNOLOGI | - | - | 3 | 3 |
| 30 | RUANG ISOLASI | 2 | 6 | 6 | 14 |
| 31 | ICU | 3 | 1 | 7 | 11 |
| 32 | MATERNAL | 3 | - | 8 | 11 |
| 33 | PERINATAL | 2 | 1 | 8 | 11 |
| 34 | RAWAT INAP LANTAI 3 | 3 | 1 | 8 | 12 |
| 35 | TAMAN | - | - | 2 | 2 |
| 36 | KEAMANAN | - | - | 25 | 25 |
| 37 | RESEPSIONIS | - | - | 2 | 2 |
| 38 | KEBERSIHAN | - | - | 26 | 26 |
| 39 | PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI) | 2 | - | - | 2 |
| TOTAL | | 54 | 47 | 253 | 354 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|-------|------|-------|
| 4 | Sejumlah perangkat organisasi yang bersifat dasar sudah dimiliki (Ijin Pendirian RS, Struktur Organisasi, HBL, MSBL, dan lainnya) | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 4 | 1 | 4 | 1 | 0 | 12 | 60 | 0,31 | 4 | 1,24 |
| 5 | Kerjasama yang cukup baik dengan instansi lain (RS, Klinik, UMKM dll) | 4 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 1 | 3 | 3 | 3 | 4 | 1 | 3 | 1 | 0 | 30 | 36 | 0,24 | 4 | 0,96 |
| JUMLAH | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 6,40 | |
| KELEMAHAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Belum punya status BLUD | 3 | 3 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 2 | 1 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 2 | 4 | 36 | 16 | -0,13 | 3 | -0,39 |
| 2 | Jumlah tenaga medis terutama perawat dan dokter spesialis yang masih kurang | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 2 | 2 | | -0,18 | 3 | -0,54 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------|-------|--------------|-------|
| | | 4 | 3 | 4 | 3 | 3 | | 4 | 3 | 3 | | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 3 | | 4 | 3 | 3 | 30 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 28 | | | | |
| 3 | Penempatan personil yang belum sesuai dengan latar belakang pendidikan dan dan pengalaman | | | | | | 2 | | | 2 | 2 | | | 2 | 1 | | 2 | 2 | | | 2 | 1 | 2 | -0,15 | 3 | -0,45 |
| | | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | | 4 | 3 | | | 3 | | | 3 | | | | | | 3 | 2 | 14 | | | |
| | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | 24 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 12 | | | | |
| 4 | Produk layanan spesialisasi kurang lengkap | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 | | | | 2 | 6 | -0,05 | 3 | -0,15 |
| | | 2 | | | | | | | | | | | | | 2 | 2 | | | | | | 36 | | | | |
| | | | 3 | 3 | 3 | 3 | | 3 | 4 | | | 3 | | 4 | | | | | | | 3 | 12 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Kepuasan konsumen masih harus ditingkatkan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | -0,09 | 4 | -0,36 |
| | | 3 | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 21 | | | | |
| | | | 4 | | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | | | | | | | | | | | | | 52 | | | | |
| | JUMLAH | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1,00 | | -1,89 | |

**REKAPITULASI KUISIONER FAKTOR EKSTERNAL
UNTUK MENGETAHUI PELUANG (OPPORTUNITY) DAN ANCAMAN (THREAT)**

| NO | FAKTOR-FAKTOR EKTERNAL | RESPONDEN KE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | JML | BOBOT | RATING | B x R |
|----|------------------------------------------------------|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-------|--------|-------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | | | | |
| | PELUANG | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Pemberlakuan Universal Health Coverage (Program JKN) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0,37 | 4 | 1,48 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | | |
| | | 3 | | 3 | | 3 | | 3 | | 3 | | 3 | 3 | 3 | 3 | | | | | | | 27 | | | |
| | | 4 | 3 | 4 | | 4 | 3 | 4 | | 4 | 4 | | 3 | 3 | 3 | 3 | | 4 | 4 | 4 | 4 | 44 | | | |
| 2 | Dukungan pembiayaan dan kebijakan pemerintah | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0,34 | 4 | 1,36 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | | | |
| | | 3 | | | | 3 | | 3 | | 3 | | 3 | | | 2 | | | | | | | 18 | | | |
| | | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | | 4 | 3 | 4 | | 4 | 4 | | 3 | | | 4 | 4 | 4 | 4 | 52 | | | |
| 3 | Adanya jaminan pemerintah terhadap orang miskin | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0,25 | 4 | 1 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | | |
| | | 3 | | | | 3 | 3 | | | 3 | | 3 | 3 | | 3 | 3 | | | | 3 | | 27 | | | |
| | | 4 | 3 | 4 | 4 | | 4 | 4 | 4 | | 4 | 3 | 3 | | 4 | 3 | | 4 | 4 | | 4 | 44 | | | |

| Faktor Internal | Kekuatan (S) | Kelemahan (W) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <ol style="list-style-type: none"> Lokasi strategis dan aksesnya mudah (jalan raya provinsi) (S-1) Kondisi fasilitas dan peralatan masih baru dan canggih (S-3) | <ol style="list-style-type: none"> Produk layanan spesialisasi kurang lengkap (W-4) Kepuasan konsumen masih harus ditingkatkan (W-5) |
| Faktor Eksternal | | |
| Peluang (O) | SO | WO |
| <ol style="list-style-type: none"> Pemberlakuan Universal Health Coverage (Program JKN) (O-1) | <ol style="list-style-type: none"> Memfaatkan lokasi yang strategis untuk meningkatkan kualitas layanan melalui kerjasama dengan BPJS (Program JKN). (S-1, O-1) Memfaatkan adanya kondisi fasilitas dan peralatan masih baru dan canggih untuk meningkatkan kualitas layanan melalui kerjasama BPJS (Program JKN). (S-3, O-1) | <ol style="list-style-type: none"> Dengan memanfaatkan peluang kerjasama dengan BPJS (Program JKN) serta berusaha untuk menambah produk layanan sehingga mampu meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit. (W-4, O-1) Memfaatkan Program JKN dapat meningkatkan kepuasan konsumen di bidang kesehatan (W-5, O-1) |
| <ol style="list-style-type: none"> Dukungan pembiayaan dan kebijakan pemerintah (O-2) | <ol style="list-style-type: none"> Memfaatkan lokasi yang strategis diharapkan dukungan pembiayaan dan kebijakan pemerintah semakin mudah. (S-1, O-2) | <ol style="list-style-type: none"> Megoptimalkan dukungan pembiayaan dan kebijakan pemerintah untuk mengembangkan produk layanan spesialisasi sehingga lebih lengkap. (W-4, O-2) |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>2. Memanfaatkan fasilitas dan peralatan yang canggih dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan diharapkan dukungan pembiayaan dan kebijakan pemerintah semakin mudah. (S-3, O-2)</p> | <p>2. Megoptimalkan dukungan pembiayaan dan kebijakan pemerintah sehingga bisa meningkatkan kepuasan konsumen dalam hal pelayanan kesehatan. (W-5, O-2)</p> |
| Ancaman (T) | ST | WT |
| <p>1. Rumah sakit swasta di sekitar RSUD SRENGAT (T-1)</p> | <p>1. Peningkatan kualitas pelayanan dengan memanfaatkan lokasi yang strategis untuk dapat lebih bersaing dengan rumah sakit swasta di sekitar RSUD Srengat. (S-1, T-1)</p> <p>2. Kondisi fasilitas dan peralatan masih baru dan canggih sehingga dapat lebih bersaing dengan rumah sakit swasta di sekitar RSUD Srengat. (S-3, T-1)</p> | <p>1. Mengupayakan ketersediaan produk layanan spesialisasi yang kurang lengkap untuk memenuhi tuntutan masyarakat dalam mencari pelayanan yang terbaik dan terjangkau. (W-4, T-1)</p> <p>2. Berupaya meningkatkan kepuasan konsumen dengan memaksimalkan kualitas pelayanan agar dapat lebih bersaing dengan rumah sakit swasta di sekitar RSUD Srengat. (W-5, T-1)</p> |
| <p>2. Tuntutan masyarakat mencari pelayanan yang terbaik dan terjangkau (T-3)</p> | <p>1. Memanfaatkan adanya lokasi yang strategis dan aksesnya mudah untuk memenuhi tuntutan masyarakat dalam mencari pelayanan yang terbaik dan terjangkau. (S-1, T-3)</p> | <p>1. Mengupayakan ketersediaan produk layanan spesialisasi yang kurang lengkap untuk memenuhi tuntutan masyarakat dalam mencari pelayanan yang terbaik dan terjangkau. (W-4, T-3)</p> |

| | | |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>2. Mengoptimalkan kualitas pelayanan dengan adanya dukungan fasilitas dan peralatan masih baru dan canggih sehingga dapat memberikan pelayanan yang terbaik dan terjangkau. (S-3, T-3)</p> | <p>2. Meningkatkan kepuasan konsumen dengan memaksimalkan kualitas pelayanan untuk memenuhi tuntutan masyarakat dalam mencari pelayanan yang terbaik dan terjangkau. (M-5, T-3)</p> |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Lampiran 6. Perhitungan CRR RSUD Srengat Tahun 2021 – 2026

| TAHUN PENDAPATAN | ESTIMASI PENDAPATAN | ESTIMASI PENGELUARAN | PERSENTASE KENAIKAN PENDAPATAN | RATIO CRR |
|---------------------|------------------------|-------------------------|--------------------------------------|-----------|
| 2021 | 22.215.230.495 | 21.655.471.778,7 | | 102,58% |
| 2022 | 26.562.124.290 | 25.114.677.364,6 | 0,196 | 105,76% |
| 2023 | 31.458.987.905 | 29.135.245.165,2 | 0,184 | 107,98% |
| 2024 | 37.436.195.606 | 33.796.884.391,6 | 0,190 | 110,77% |
| 2025 | 44.549.072.772 | 39.204.385.894,2 | 0,190 | 113,63% |
| 2026 | 53.013.396.598 | 45.477.087.637,3 | 0,190 | 116,57% |

Lampiran 7. Indikator Pencapaian Kinerja RSUD Srengat

| No. | Jenis pelayanan | Indikator | | Standar | Capaian 2020 | Target 2021 | Target 2022 | Target 2023 | Target 2024 | Target 2025 | Target 2026 | Penanggung Jawab | |
|-----|-------------------------|-----------|-------------------------------------------------------|-----------|------------------|------------------|------------------|------------------|-----------------|-------------|------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| | | Jenis | Uraian | | | | | | | | | | |
| 1 | Pelayanan Gawat Darurat | Input | Kemampuan menangani life saving | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Gawat Darurat | |
| | | | Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat | 100% | 89% | 92% | 93% | 94% | 95% | 96% | 97% | Kepala Instalasi Gawat Darurat | |
| | | | Ketersediaan tim penanggulangan bencana | Satu tim | Satu tim | Satu tim | Satu tim | Satu tim | Satu tim | Satu tim | Satu tim | Satu tim | Kepala Instalasi Gawat Darurat |
| | | Proses | Jam buka pelayanan Gawat Darurat | 24 Jam | 24 jam | 24 jam | 24 jam | 24 jam | 24 jam | 24 jam | 24 jam | 24 jam | Kepala Instalasi Gawat Darurat |
| | | | Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat | ≤ 5 menit | 3 menit 10 detik | 2 menit 38 detik | 2 menit 28 detik | 2 menit 18 detik | 2 menit 8 detik | 2 menit | 1 menit 50 detik | Kepala Instalasi Gawat Darurat | |
| | | | Tidak Adanya Keharusan Untuk Membayar Uang Muka | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Gawat Darurat |
| | | Outcome | Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat | ≥ 76 % | 77,90% | 79,88% | 80% | 81% | 82% | 83% | 83% | Kepala Instalasi Gawat Darurat | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----------------------|-------|--------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------------|--------------------------------|
| | | | Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat | ≤ 0,2% | 2% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | Kepala Instalasi Gawat Darurat |
| 2 | Pelayanan Rawat Jalan | Input | Pemberi pelayanan di klinik spesialis | 100% | 98,6% | 91,5% | 92% | 93% | 94% | 95% | 95% | Kepala Instalasi Rawat Jalan | |
| | | | Ketersediaan Pelayanan klinik anak | 100% dokter spesialis | 100% dokter spesialis | 100% dokter spesialis | 100% dokter spesialis | 100% dokter spesialis | 100% dokter spesialis | 100% dokter spesialis | 100% dokter spesialis | 100% dokter spesialis | Kepala Instalasi Rawat Jalan |
| | | | Ketersediaan Pelayanan klinik penyakit dalam | 100% dokter spesialis | 100% dokter spesialis | 100% dokter spesialis | 100% dokter spesialis | 100% dokter spesialis | 100% dokter spesialis | 100% dokter spesialis | 100% dokter spesialis | 100% dokter spesialis | Kepala Instalasi Rawat Jalan |
| | | | Ketersediaan Pelayanan klinik kebidanan | 100% dokter spesialis | 100% dokter spesialis | 100% dokter spesialis | 100% dokter spesialis | 100% dokter spesialis | 100% dokter spesialis | 100% dokter spesialis | 100% dokter spesialis | 100% dokter spesialis | Kepala Instalasi Rawat Jalan |
| | | | Ketersediaan Pelayanan klinik bedah | 100% dokter spesialis | 100% dokter spesialis | 100% dokter spesialis | 100% dokter spesialis | 100% dokter spesialis | 100% dokter spesialis | 100% dokter spesialis | 100% dokter spesialis | 100% dokter spesialis | Kepala Instalasi Rawat Jalan |
| | | | Ketersediaan Pelayanan klinik gigi | 100% dokter spesialis | 100% dokter spesialis | 100% dokter spesialis | 100% dokter spesialis | 100% dokter spesialis | 100% dokter spesialis | 100% dokter spesialis | 100% dokter spesialis | 100% dokter spesialis | Kepala Instalasi Rawat Jalan |
| | | | Ketersediaan Pelayanan klinik gigi periortodonti | 100% dokter spesialis | 100% dokter spesialis | 100% dokter spesialis | 100% dokter spesialis | 100% dokter spesialis | 100% dokter spesialis | 100% dokter spesialis | 100% dokter spesialis | 100% dokter spesialis | Kepala Instalasi Rawat Jalan |

| | | | | | | | | | | | |
|--------|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------------------------------|
| Proses | Jam Buka Pelayanan Rawat Jalan | Jam buka pendaftaran hari senin-kamis jam 07.00-11.30 Hari jumat Jam 07.00 – 10.00Hari sabtu Jam 07.00-11.00Jam buka poli hari senin-kamis 08.00 – 13.00Hari jumat Jam 08.00-11.00 hari sabtu jam 08.00-12.00 (100%) | 99,6% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Rawat Jalan |
| | Waktu tunggu rawat jalan | ≤ 60 menit | 30 menit | 28 menit | 26 menit | 24 menit | 22 menit | 20 menit | 20 menit | 20 menit | Kepala Instalasi Rawat Jalan, Komite Mutu |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|------------|---------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| | | Output | Pasien TB Rawat jalan yang ditangani dengan strategi DOTS | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Rawat Jalan | |
| | | Outcome | Kepuasan Pelanggan Pada Rawat Jalan | ≥ 76 % | 77,90% | 78% | 80% | 85% | 90% | 91% | 95% | Kepala Instalasi Rawat Jalan, Komite Mutu | |
| 3 | Rawat inap | Input | Pemberi Pelayanan Di Rawat Inap | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Rawat Inap | |
| | | | Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Rawat Inap | |
| | | | Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap | kes anak, penyakit dalam, kebidanan, bedah | kes anak, penyakit dalam, kebidanan, bedah | kes anak, penyakit dalam, kebidanan, bedah | kes anak, penyakit dalam, kebidanan, bedah | kes anak, penyakit dalam, kebidanan, bedah | kes anak, penyakit dalam, kebidanan, bedah | kes anak, penyakit dalam, kebidanan, bedah | kes anak, penyakit dalam, kebidanan, bedah | kes anak, penyakit dalam, kebidanan, bedah | Kepala Instalasi Rawat Inap |
| | | | Jam visite dokter spesialis | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Rawat Inap, Komite Medik, Komite Mutu |
| | | | Kejadian Infeksi Pasca Operasi | ≤1,5 % | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | Ketua Komite Medik, Komite Mutu |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|---------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------|
| | | | Angka Kejadian Infeksi Nosokomial | ≤ 1,5 % | 0% | 0,025% | 0,015% | 0,010% | 0,005% | 0% | 0% | Kepala Instalasi Rawat Inap, Komite Medik, Komite Mutu |
| | | | Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh Yang Berakibat Kecacatan/Kematian | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Rawat Inap |
| | | | Pasien Rawat Inap Tuberkulosis Yang Ditangani Dengan Strategi DOTS | 100% | 100% | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | 90% | Kepala Instalasi Rawat Inap |
| | | | Kematian Pasien > 48 Jam | ≤ 0,25% | 0% | 0,25% | 0,25% | 0,25% | 0,25% | 0,25% | 0,25% | Komite Mutu |
| | | | Kejadian Pulang Paksa | < 5 % | 0% | 0,125% | 0,115% | 0,105% | 0,085% | 0,075% | 0,075% | Komite Mutu |
| | | Outcome | Kepuasan Pelanggan Rawat Inap | ≥ 76 % | sampel tidak mencukupi | 78% | 80% | 85% | 90% | 91% | 95% | Komite Mutu |
| 4 | Pelayanan Bedah Sentral | Input | Pemberi pelayanan di Instalasi Bedah Sentral | Dokter spesialis dan perawat | Dokter spesialis dan perawat | Dokter spesialis dan perawat | Dokter spesialis dan perawat | Dokter spesialis dan perawat | Dokter spesialis dan perawat | Dokter spesialis dan perawat | Dokter spesialis dan perawat | Kepala Instalasi Bedah Sentral |
| | | | Dokter Penanggung jawab pasien bedah | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Bedah Sentral |
| | | Proses | Waktu Tunggu Operasi Elektif | ≤2 hari | 0 hari | 0 hari | 0 hari | 0 hari | 0 hari | 0 hari | 0 hari | 0 hari |

| | | | | | | | | | | |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|----------------------------------------------|
| | Kejadian Kematian Di Meja Operasi | ≤1 % | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | Kepala Instalasi Bedah Sentral, Komite medis |
| | Tidak adanya kejadian operasi salah sisi | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Bedah Sentral, Komite medis |
| | Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Bedah Sentral, Komite medis |
| | Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan Pada Operasi | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Bedah Sentral, Komite medis |
| | Tidak Adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing Pada Tubuh Pasien Setelah Operasi | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Bedah Sentral, Komite medis |
| Output | Komplikasi Anestesi Karena Overdosis, Reaksi Anestesi Dan Salah Penempatan Endotracheal Tube | ≤6 % | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | Kepala Instalasi Bedah Sentral, Komite medis |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------|--------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------|-------------|
| 5 | Persalinan dan perinatologi | Input | Pemberi Pelayanan Persalinan Normal | 100% (Dokter spOG dan bidan) | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Komite Mutu | |
| | | | Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Penyulit | Tersedia | BELUM TERSEDIA | TERSEDAIA | TERSEDAIA | TERSEDAIA | TERSEDAIA | TERSEDAIA | TERSEDAIA | TERSEDAIA | Komite Mutu |
| | | | Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Tindakan Operasi | 100% (Ada tim) | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Komite Mutu |
| | | Proses | Kemampuan Menangani BBLR 1500 Gr – 2500 Gr | 100% | TIDAK ADA PASIEN | 63,5% | 70% | 75% | 80% | 85% | 85% | Komite Mutu | |
| | | | Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria | ≤20 % | 43,3% | 58,5% | 50% | 40% | 30% | 20% | 20% | Komite Mutu | |
| | | | Keluarga Berencana | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kasi Pelayanan Medik | |
| | | | Pelayanan konseling pada akseptor kontrasepsi mantap | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Komite Mutu | |
| | | Output | Kejadian Kematian Ibu Karena Persalinan | Pendarahan ≤1 %, pre-eklampsia ≤30%, Sepsis ≤ 0,2 % | PREEKLAMPSIA 0% perdarahan dan sepsis tidak ada pasien | PREEKLAMPSIA 0% perdarahan dan sepsis tidak ada pasien | perdarahan 1%, preeklampsia 30%, sepsis 0,2% | perdarahan 0,95%, preeklampsia 25%, sepsis 0,15% | perdarahan 0,85%, preeklampsia 20%, sepsis 0,10% | perdarahan 0,75%, preeklampsia 15%, sepsis 0,05% | perdarahan 0,75%, preeklampsia 15%, sepsis 0,05% | Komite Medik | |

| | | Outcome | Kepuasan Pelanggan | ≥ 76 % | 77,90% | 78% | 80% | 85% | 90% | 91% | 95% | Komite Mutu | |
|---|------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------|
| 6 | Pelayanan intensif | Input | Pemberi Pelayanan Intensif | Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit | Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit | Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit | Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit | Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit | Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit | Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit | Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit | Komite Medik, Komite Mutu | |
| | | Ouput | Rata-Rata Pasien Yang Kembali Ke Perawatan Intensif Dengan Kasus Yang Sama < 72 Jam | ≤3 % | belum memberikan pelayanan | 3% | 3% | 2,5% | 2% | 1,5% | 1,5% | Komite Medik, Komite Mutu | |
| 7 | Pelayanan Radiologi | Input | Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Rontgen | 100% | 98,3% | 98% | 99% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Radiologi | |
| | | Proses | Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Foto Thorax | ≤ 3 jam | 10 jam 22 menit | 19 jam 45 menit | 9 jam | 8 jam | 7 jam | 6 jam | 6 jam | Kepala Instalasi Radiologi | |
| | | Output | Kejadian kegagalan pelayanan rontgen | ≤ 2 % | 1% | 1% | 0,5% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | Kepala Instalasi Radiologi |
| | | Outcome | Kepuasan Pelanggan | ≥ 76 % | 77,90% | 78% | 80% | 85% | 90% | 91% | 95% | Ketua Komite Mutu / Tim Mutu | |
| 8 | Laboratorium Patologi Klinik | Input | Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Laboratorium | 100% | 59,83% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Laboratorium Patologi Klinik (Lab PK) | |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---------|---------|------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|--------------------------------------------------------|
| | | Proses | Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium | ≤ 140 menit | 40 menit 40 detik | 36 menit 30 detik | 35 menit | 30 menit | 25 menit | 20 menit | 15 menit | Kepala Instalasi Laboratorium Patologi Klinik (Lab PK) |
| | | Output | Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Laboratorium Patologi Klinik (Lab PK) |
| | | Outcome | Kepuasan Pelanggan | ≥ 76 % | sampel tidak mencukupi | 75% | 76% | 80% | 85% | 90% | 95% | Kepala Instalasi Laboratorium Patologi Klinik (Lab PK) |
| 9 | Farmasi | Input | Pemberi layanan farmasi | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Farmasi |
| | | Proses | Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi | ≤30 menit | 10 menit | 16 menit | 25 menit | 24 menit | 23 menit | 22 menit | 21 menit | Kepala Instalasi Farmasi |
| | | | Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan | ≤60 menit | 8 MENIT | 60 menit | 60 menit | 59 menit | 58 menit | 57 menit | 56 menit | Kepala Instalasi Farmasi |
| | | Output | Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat | 100% | 100% | 99,9% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

| | | | | | | | | | | | | | |
|----|-----------------|---------|-------------------------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| | | | penulisan resep sesuai formularium | 100% | 85% | 93,5% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Farmasi | |
| | | Outcome | Kepuasan Pelanggan | ≥ 76 % | 77,90% | 78% | 80% | 85% | 90% | 91% | 95% | Kepala Instalasi Farmasi | |
| 11 | Gizi | Input | Pemberi pelayanan gizi | 100% ahli gizi | 100% ahli gizi | 100% ahli gizi | 100% ahli gizi | 100% ahli gizi | 100% ahli gizi | 100% ahli gizi | 100% ahli gizi | Kepala Instalasi Gizi | |
| | | Proses | Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien | ≥90 % | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Gizi |
| | | | Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Oleh Pasien | ≤20 % | 15% | 11,5% | 11% | 10,5% | 10% | 9,5% | 9% | Kepala Instalasi Gizi | |
| | | Output | Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Gizi |
| 12 | Transfusi Darah | Input | Pemberi pelayanan transfusi darah | Petugas bank darah | Petugas bank darah | Petugas bank darah | Petugas bank darah | Petugas bank darah | Petugas bank darah | Petugas bank darah | Petugas bank darah | Kepala Instalasi Lab PK & Bank Darah Rumah Sakit (BDRS) | |
| | | Proses | Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Lab PK & Bank Darah Rumah Sakit (BDRS) |

| | | | | | | | | | | | | |
|----|----------------------------------|---------|----------------------------------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------------------------------------------------------|
| | | | Kejadian Reaksi Transfusi | ≤0,01 % | 0,01% | 0,01% | 0,01% | 0,005% | 0% | 0% | 0% | Kepala Instalasi Lab PK & Bank Darah Rumah Sakit (BDRS) |
| | | Ouput | Tidak terjadi kesalahan pemberian darah | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Lab PK & Bank Darah Rumah Sakit (BDRS) |
| 13 | Pelayanan pasien keluarga miskin | Input | Ketersediaan pelayanan untuk keluarga miskin | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Tersedia | Direktur Rumah Sakit |
| | | | Adanya kebijakan untuk pelayanan keluarga miskin | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Ada | Direktur Rumah Sakit |
| | | Proses | Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS | 100% | TIDAK ADA PASIEN | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Direktur Rumah Sakit |
| | | Output | Tidak adanya pasien keluarga miskin yang tidak terlayani | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Direktur Rumah Sakit |
| | | Outcome | Kepuasan pelanggan | ≥ 76 % | 77,90% | 78% | 80% | 85% | 90% | 91% | 95% | Direktur Rumah Sakit |
| 14 | Rekam medik | Input | Pemberi pelayanan rekam medis | Sesuai persyaratan | Sesuai persyaratan | Sesuai persyaratan | Sesuai persyaratan | Sesuai persyaratan | Sesuai persyaratan | Sesuai persyaratan | Sesuai persyaratan | Kepala Instalasi Rekam Medik |

| | | | | | | | | | | | | |
|----|-------------------|--------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| | | Proses | Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan | ≤ 10 menit | 3 MENIT | 3 menit 30 detik | 3 menit | 2 menit 50 detik | 2 menit 40 detik | 2 menit 30 detik | 2 menit 20 detik | Kepala Instalasi Rekam Medik |
| | | | Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap | ≤ 15 menit | 6 menit 40 detik | 5 menit 30 detik | 5 menit 20 detik | 5 menit 10 detik | 5 menit | 4 menit 50 detik | 4 menit 40 detik | Kepala Instalasi Rekam Medik |
| | | Output | Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan | 100% | 85,6% | 73% | 85% | 90% | 95% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Rekam Medik |
| | | | Kelengkapan Informed Consent Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas | 100% | 85,6% | 86% | 90% | 95% | 100% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Rekam Medik |
| 15 | Pengolahan limbah | Input | Ketersediaan fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah rumah sakit | Sesuai peraturan perundangan | Sesuai peraturan perundangan | Sesuai peraturan perundangan | Sesuai peraturan perundangan | Sesuai peraturan perundangan | Sesuai peraturan perundangan | Sesuai peraturan perundangan | Sesuai peraturan perundangan | Kepala IPLRS |
| | | Proses | Pengelolaan Limbah Padat | 100% | 64% | 92% | 95% | 97% | 100% | 100% | 100% | Kepala IPLRS |
| | | Output | Baku Mutu Limbah Cair | 100% | TSS - | 50% | 50% | 70% | 90% | 100% | 100% | Kepala IPLRS |

| | | | | | | | | | | | | |
|----|----------------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------|----------|-------|----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------------------------------------|
| 16 | Administrasi dan manajemen | Input | Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja (periode analisis 3 tahun) | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Direktur Rumah Sakit |
| | | Proses | Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi (periode analisis 3 bulan) | 100% | 90% | 90% | 91% | 92% | 93% | 94% | 95% | Direktur Rumah Sakit |
| | | | Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat (periode analisis 1 tahun) | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Bagian Tata Usaha |
| | | | Ketepatan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala (periode analisis 1 tahun) | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala Bagian Tata Usaha |
| | | | Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan (periode analisis 3 bulan) | ≥ 90 % | 25% | 25% | 30% | 35% | 40% | 45% | 50% | Ka Sub Bag. Keuangan dan Perencana-an Program |
| | | | Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap (periode analisis 3 bulan) | ≤ 2 jam | 1,06 jam | 1,06 jam | 1 jam | 1 jam 50 menit | 1 jam 40 menit | 1 jam 30 menit | 1 jam 20 menit | Ka Sub Bag. Keuangan dan Perencana-an Program |

| | | | | | | | | | | |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|---------|----------|----------|---------|----------|----------|-----------------------------------------------|
| Output | Ketepatan Waktu Pemberian Insentif (periode analisis 6 bulan) | 100% | 0 | 0 | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Ka Sub Bag. Keuangan dan Perencana-an Program |
| | Karyawan Yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Pertahun (periode analisis 1 tahun) | ≥60 % | 95% | 95% | 96% | 97% | 98% | 99% | 100% | Kepala Bagian Tata Usaha |
| | Cost Recovery (periode analisis 3 bulan) | ≥ 40 % | 27,37% | 117,62% | 118,18 % | 118,18 % | 125,15% | 125,15 % | 125,15 % | Ka Sub Bag. Keuangan dan Perencana-an Program |
| | BOR (<i>Bed Occupancy Ratio</i>) | 60% - 85% | 6,15% | 49% | 46% | 49% | 59% | 70% | 83% | Kepala Instalasi Rekam Medik |
| | BTO (<i>Bed Turn Over</i>) | 40-50 kali | 1,25 kali | 45,13 | 42,29 | 45,13 | 53,71 | 63,92 | 76,06 | Kepala Instalasi Rekam Medik |
| | TOI (<i>Turn Over Internal</i>) | 1-3 hari | 69,21 hari | 4 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Kepala Instalasi Rekam Medik |
| | AVLOS (<i>Average Length of Stay</i>) | 6-9 hari | 4,53 hari | 4 hari | 4 hari | 4 hari | 4 hari | 4 hari | 4 hari | Kepala Instalasi Rekam Medik |

| | | | | | | | | | | | | | |
|----|-------------------------|--------|-----------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|------------------------------|----------------------------------|
| | | | GDR (<i>Gross Death Rate</i>) | 0,45% | 7,14% | 6,50% | 4,50% | 2,50% | 0,50% | 0,45% | 0,45% | Kepala Instalasi Rekam Medik | |
| 17 | Ambulans/kereta jenazah | Input | Ketersediaan pelayanan ambulans/kereta jenazah | tersedia | tersedia | tersedia | tersedia | tersedia | tersedia | tersedia | tersedia | Kasi Penunjang Non Klinik | |
| | | Proses | Waktu Pelayanan Ambulance/Mobil Jenazah | 24 jam | 24 jam | 24 jam | 24 jam | 24 jam | 24 jam | 24 jam | 24 jam | 24 jam | Kasi Penunjang Non Klinik |
| | | | Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance/Mobil Jenazah Di Rumah sakit | 100% | 36,3% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | | Ouput | Tidak terjadinya kecelakaan ambulans/kereta jenazah | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 18 | Pemulasaraan jenazah | Input | pemberi pelayanan pemulasaraan jenazah | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepegawaian | |
| | | Proses | waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah | ≤ 2 jam | 36 menit | 55 menit | 54 menit | 53 menit | 52 menit | 51 menit | 50 menit | 50 menit | Kepala Unit Kedokteran Kehakiman |

| | | | | | | | | | | | | |
|----|-------------------------------------------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 19 | Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit | Input | Penanggungjawab sarana pemeliharaan rumah sakit | SK Direktur | SK Direktur | SK Direktur | SK Direktur | SK Direktur | SK Direktur | SK Direktur | SK Direktur | Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSR) |
| | | Proses | Waktu Tanggap Kerusakan Alat | ≥80 % | 70% | 78,5% | 80% | 85% | 90% | 95% | 100% | Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSR) |
| | | | Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat | 100% | 55% | 50% | 65% | 75% | 85% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSR) |
| | | Ouput | Peralatan laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi | 100% | 0% | 50% | 65% | 75% | 85% | 100% | 100% | Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSR) |
| 20 | Pelayanan laundry | Input | Penyedia layanan laundry | Petugas laundry sesuai SK Direktur | Petugas laundry sesuai SK Direktur | Petugas laundry sesuai SK Direktur | Petugas laundry sesuai SK Direktur | Petugas laundry sesuai SK Direktur | Petugas laundry sesuai SK Direktur | Petugas laundry sesuai SK Direktur | Petugas laundry sesuai SK Direktur | Kasi Penunjang Non Klinik |

| | | | | | | | | | | | | |
|----|-------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| | | Proses | Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kasi Penunjang Non Klinik |
| | | Ouput | Tidak adanya kejadian linen yang hilang | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kasi Penunjang Non Klinik |
| 21 | Pelayanan CSSD | Input | Penyedia layanan CSSD | Petugas CSSD sesuai SK Direktu | Petugas CSSD sesuai SK Direktu | Petugas CSSD sesuai SK Direktu | Petugas CSSD sesuai SK Direktu | Petugas CSSD sesuai SK Direktu | Petugas CSSD sesuai SK Direktu | Petugas CSSD sesuai SK Direktu | Petugas CSSD sesuai SK Direktu | Kasi Penunjang Non Klinik |
| | | Proses | Waktu tunggu hasil pelayanan sterilisasi steam | 100% | 23,3% | 27% | 30% | 35% | 40% | 45% | 50% | Kasi Penunjang Non Klinik |
| | | | Kepatuhan staf CSSD dalam penggunaan APD diarea dekontaminasi | 100% | 0% | 0% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | | Output | Tidak adanya kejadian instrumen hilang | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 22 | Pencegahan dan pengendalian infeksi | Input | Tersedianya Anggota Tim PPI Terlatih | ≥ 75 % | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Komite PPI |
| | | | Data ketersediaan APD | 75% | 80,90% | 80,90% | 90% | 95% | 100% | 100% | 100% | 100% |

| | | | | | | | | | | | | |
|----|------------------------------------------------|--------|--------------------------------------------------------------------|----------|------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|------------------------------|
| | | Proses | Kegiatan Pencatatan Dan Pelaporan Infeksi Nosokomial Di Rumahsakit | 75% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Komite PPI |
| 23 | Kegiatan penegakan diagnosis TB di rawat jalan | Input | Ketersediaan tim TB-DOTS | Satu tim | Satu tim | Satu tim | Satu tim | Satu tim | Satu tim | Satu tim | Satu tim | Direktur |
| | | Proses | Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB | 60% | TIDAK ADA PASIEN | 60% | 80% | 90% | 100% | 100% | 100% | Kepala instalasi rawat jalan |
| | | output | Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS | 60% | TIDAK ADA PASIEN | 60% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala instalasi rawat jalan |
| 24 | Kegiatan penegakan diagnosis TB di rawat inap | Input | Ketersediaan tim TB-DOTS | Satu tim | Satu tim | Satu tim | Satu tim | Satu tim | Satu tim | Satu tim | Satu tim | Direktur |
| | | Proses | Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB | 60% | 100% | 100% | 80% | 90% | 100% | 100% | 100% | Kepala instalasi rawat inap |
| | | output | Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS | 60% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Kepala instalasi rawat inap |

DAFTAR SINGKATAN

| | |
|------------|---------------------------------------------------------------------|
| AC | : <i>Air Conditioning.</i> |
| AHU | : <i>Air Handling Unit</i> |
| ALKES | : <i>Alat Kesehatan.</i> |
| ALOS/AVLOS | : <i>Average Length of Stay</i> (Rata-rata lamanya Pasien di rawat) |
| APBD | : <i>Anggaran Pendapatan Belanja Daerah</i> |
| APBN | : <i>Anggaran Pendapatan Belanja Nasional</i> |
| B3 | : <i>Bahan Beracun dan Berbahaya</i> |
| BDRS | : <i>Bank Darah Rumah Sakit</i> |
| BLUD | : <i>Badan Layanan Umum Daerah</i> |
| BMHP | : <i>Bahan Medis Habis Pakai</i> |
| BOR | : <i>Bed Occupancy Ratio</i> (Angka Penggunaan tempat tidur) |
| BPJS | : <i>Badan Penyelenggara Jaminan Sosial</i> |
| BSC | : <i>Balance Score Card</i> |
| BTO | : <i>Bed Turn Over</i> (Angka perputaran tempat tidur) |
| BTT | : <i>Belanja Tidak Terduga</i> |
| CCTV | : <i>Closed Circuit Television</i> |
| CPNS | : <i>Calon Pegawai Negeri Sipil</i> |
| CRR | : <i>Cost Recovery Ratio</i> |
| CSSD | : <i>Central Steril Supply Departement</i> |
| CT Scan | : <i>Computerised Tomograph Scan</i> |
| DAK | : <i>Dana Alokasi Khusus</i> |
| DAU | : <i>Dana Alokasi Umum</i> |
| DBHCHT | : <i>Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau</i> |
| DPA | : <i>Dokumen Pelaksanaan Anggaran</i> |
| Ekg | : <i>Elektrokardiografi</i> |
| EPO | : <i>Evaluasi Penggunaan Obat</i> |
| Gakin | : <i>Keluarga Miskin</i> |
| GDR | : <i>Gross Death Rate</i> (Angka Kematian Kasar) |
| GWT | : <i>Ground Water Tank</i> |
| HCU | : <i>High Care Unit</i> |
| IBS | : <i>Instalansi Bedah Sentral</i> |
| ICU | : <i>Intensif Care Unit</i> |
| IGD | : <i>Instalasi Gawat Darurat</i> |
| IPAL | : <i>Instalasi Pengelolaan Limbah</i> |
| IPJ | : <i>Instalasi Pemulasaran Jenazah</i> |
| IPL | : <i>Instalasi Penyehatan Lingkungan</i> |
| IPS | : <i>Instalasi Pemeliharaan Sarana</i> |
| IRD | : <i>Instalasi Rawat Darurat</i> |
| IRJ | : <i>Instalasi Rawat Jalan</i> |

| | |
|-----------|------------------------------------------------------------------------|
| IRNA | : Instalasi Rawat Inap |
| JKN | : Jaminan Kesehatan Nasional |
| K3 | : Kesehatan dan Keselamatan Kerja |
| KAK | : Kerangka Acuan Kerja |
| MESO | : Monitoring Efek Samping Obat |
| NDR | : <i>Nett Death Rate</i> (Angka kematian setelah 48 jam perawatan) |
| NICU | : <i>Neonatal Intensif Care Unit</i> |
| Obgyn | : <i>Obstetri Gynecologi</i> |
| PA | : Patologi Anatomi |
| PAK | : Perubahan Anggaran Keuangan |
| PCR | : <i>Polymerase Chain Reaction</i> |
| PIO | : Pelayanan Informasi Obat |
| PKOD | : Pemantauan Kadar Obat dalam Darah |
| PLN | : Perusahaan Listrik Negara |
| PMK | : Peraturan Menteri Keuangan |
| PNS | : Pegawai Negeri Sipil |
| Polindes | : Pondok Bersalin Desa |
| Ponek | : Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif |
| Ponkesdes | : Pondok Kesehatan Desa |
| PPI | : Pencegahan dan Pengendalian Infeksi |
| PPK-BLUD | : Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah |
| PPKD | : Pejabat Pengelola Keuangan Daerah |
| PPKD | : Pejabat Pengelola Keuangan Daerah |
| Protap | : Prosedur Tetap |
| PTO | : Pemantauan Terapi Obat |
| Puskesmas | : Pusat Kesehatan Masyarakat |
| R. OK | : Ruang Operatif Kamar (Kamar Operasi) |
| RBA | : Rencana Bisnis dan Anggaran |
| Renstra | : Rencana Strategis |
| RKA | : Rencana Kerja dan Anggaran |
| RPJMD | : Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah |
| RS | : Rumah Sakit |
| RSUD | : Rumah Sakit Umum Daerah |
| SDM | : Sumber Daya Manusia |
| SGR | : <i>Sustainable Growth Rate</i> (Perkembangan Pertumbuhan Pendapatan) |
| SIMRS | : Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit |
| SKPD | : Satuan Kerja Perangkat Daerah |
| SO | : <i>Strength Opportunity</i> |
| SPI | : Satuan Pengawas Internal |
| SPM | : Standar Pelayanan Minimal |

| | |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SPO | : Standar Prosedur Operasional |
| ST | : <i>Strength Threats</i> |
| SWOT | : <i>Strength (Kekuatan), Weakness (Kelemahan), Opportunity (Peluang), Threat (Ancaman)</i> |
| TB | : Tuberkulosis |
| THT | : Telinga Hidung Tenggorokan |
| TOI | : <i>Turn Over Interval</i> (Tenggang perputaran tempat tidur) |
| TPS | : Tempat Pembuangan Sampah |
| UK | : Unit Khusus |
| UKM | : Upaya Kesehatan Masyarakat |
| UKP | : Upaya Kesehatan Perorangan |
| WO | : <i>Weakness Opportunity</i> |
| WT | : <i>Weakness Threats</i> |

BUPATI BLITAR

ttd

RINI SYARIFAH

SALINAN sesuai dengan aslinya,
KEPALA BAGIAN HUKUM

BENNY SETYOHADI, SH., MH.

Pembina Tk. I

NIP. 19680830 198903 1 006