

HALAMAN VERIFIKASI

RANCANGAN RENCANA KERJA (RENJA) RSUD TAHUN 2018

disusun Oleh :

TIM PENYUSUN RANCANGAN RENCANA KERJA (RENJA) RSUD

Telah diteliti dan diverifikasi oleh petugas verifikator,
Pada Tanggal : 10 Juni 2017

Koordinator Bidang

Petugas Verifikator

Sosbud dan Pemerintahan

Dra. GEMA ARTISTI W., MM
NIP. 19700730 199001 2 002

TITIK YULIATI, S.KM, M.SC
NIP. 19700706 199303 2 011

Mengetahui,

KEPALA BAPPEDA
KABUPATEN TEMANGGUNG

Ir. BAMBANG DEWANTORO
Pembina Utama Muda
NIP. 19581023 198503 1 005

KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena hanya atas Rahmat dan BerkahNya maka Rencana Kerja RSUD Kabupaten Temanggung Tahun 2018 ini dapat tersusun.

RSUD Kabupaten Temanggung yang merupakan salah satu perangkat daerah di Kabupaten Temanggung menyusun dokumen Rencana Kerja (Renja) tahun 2018 disamping sebagai dokumen untuk mencapai sasaran dan tujuan yang tercantum dalam Rencana Strategik lima tahun RSUD yang mengacu pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Kabupaten Temanggung tahun 2013-2018, juga untuk diajukan ke dalam RKPD Tahun 2018 yang nantinya sebagai dasar pengusulan ke APBD Kabupaten Temanggung tahun 2018.

Disadari bahwa substansi Rencana Kerja (Renja) SKPD ini masih belum bisa memenuhi keinginan yang diharapkan. Oleh karena itu saran dan masukan untuk perbaikan sangat diharapkan.

Temanggung, 1 Juni 2017

Direktur Rumah Sakit Umum Daerah
Kabupaten Temanggung



Dr. ARTIYONO, M.Kes

PembinaTk.I

NIP. 19590919 198801 1 001

DAFTAR ISI

HALAMAN VERIFIKASI	i
KATA PENGANTAR.....	ii
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR TABEL	iv
DAFTAR GAMBAR	v
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Landasan Hukum.....	2
1.3 Maksud dan Tujuan	3
1.4 Sistematika Penulisan.....	4
BAB II EVALUASI PELAKSANAAN RENJA RSUD KABUPATEN TEMANGGUNG TAHUN 2016	5
2.1 Evaluasi Pelaksanaan RENJA RSUD Kabupaten Temanggung Tahun 2016.....	5
2.2 Analisis Kinerja Pelayanan RSUD Kabupaten Temanggung	8
2.3 Isu-isu Penting Penyelenggaraan Tugas dan Fungsi RSUD Kabupaten Temanggung.....	50
BAB III TUJUAN, SASARAN, PROGRAM DAN KEGIATAN TAHUN 2017.....	53
3.1 Telaahan terhadap Kebijakan Nasional	53
3.2 Tujuan dan Sasaran RENJA.....	54
3.3 Program dan Kegiatan	55
BAB IV PENUTUP.....	60

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Rekapitulasi Hasil Pelaksanaan Renja RSUD Kabupaten Temanggung Tahun 2016.	6
Tabel 2.2 Pencapaian Kinerja Pelayanan RSUD Kabupaten Temanggung Tahun 2016	9
Tabel 2.3 Rasio Keuangan Tahun 2016.....	12
Tabel 2.4 Hasil Penilaian Indikator Kinerja Pelayanan.....	13
Tabel 2.5 Hasil Penilaian Kinerja Mutu Pelayanan dan Manfaat Bagi Masyarakat ..	16
Tabel 2.6 Hasil Penilaian Kinerja	18
Tabel 2.7 Evaluasi Standar Pelayanan Minimal RSUD Kabupaten Temanggung....	20

DAFTAR GAMBAR

Grafik 2.1 Pelayanan Rawat Jalan Tahun 2012-2016	47
Grafik 2.2 Pelayanan Rawat Inap Tahun 2012 - 2016	47
Grafik 2.3 Pelayanan Perinatologi Tahun 2012 – 2016	48
Grafik 2.4 Pelayanan Obsgyn Tahun 2012 – 2016	48
Grafik 2.5 Pelayanan Pembedahan tahun 2012-2016	49
Grafik 2.6 Pelayanan Instalasi Gawat Darurat tahun 2012-2016	49

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Dalam rangka pelaksanaan Undang-undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, Undang-undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional, Permendagri Nomor 54 Tahun 2010 tentang Tahapan Tata Cara Penyusunan Pengendalian Dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan Daerah, Pemerintah Daerah diwajibkan untuk menyusun Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah (RPJPD), Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD), dan Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD) sebagai rencana tahunan. Setiap proses perencanaan dan penyusunan dokumen rencana pembangunan tersebut diperlukan koordinasi dan partisipasi baik antar satuan kerja pemerintah daerah maupun pelaku pembangunan lainnya, melalui forum musyawarah perencanaan pembangunan (musrenbang).

Rencana Pembangunan Tahunan Daerah selanjutnya disebut Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD) adalah dokumen perencanaan daerah untuk periode 1 (satu) tahun. RKPD disusun dengan tujuan agar tercapai sasaran dan tujuan pembangunan daerah, sebagaimana tercantum dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD). RKPD Tahun 2018 selanjutnya merupakan bahan utama dalam penyusunan Kebijakan Umum Anggaran (KUA) dan Plafon Prioritas Anggaran Sementara (PPAS) yang selanjutnya akan dijabarkan lebih lanjut dalam RAPBD 2018.

RKPD Tahun 2018 disusun berdasarkan Rencana Kerja SKPD hasil forum SKPD, yaitu suatu forum antar pelaku pembangunan untuk melakukan sinkronisasi dan integrasi prioritas program dan kegiatan hasil Musrenbang Kecamatan dan Rencana Kerja (Renja) SKPD di tingkat Kabupaten. Sedangkan Rencana Kerja (Renja) SKPD adalah dokumen perencanaan Satuan Kerja Perangkat Daerah untuk periode 1 (satu) tahun.

RSUD Kabupaten Temanggung yang merupakan salah satu perangkat daerah di Kabupaten Temanggung menyusun dokumen Rencana Kerja (Renja) tahun 2018 disamping sebagai dokumen untuk mencapai sasaran dan tujuan yang tercantum dalam Rencana Strategi lima tahun RSUD yang mengacu pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Kabupaten Temanggung tahun 2013-2018, juga untuk diajukan ke dalam RKPD Tahun 2018 yang nantinya sebagai dasar pengusulan ke APBD Kabupaten Temanggung tahun 2018.

1.2 Landasan Hukum

1. Undang – Undang No. 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Jawa Tengah.
2. Undang – Undang No 25 tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4421).
3. Undang – Undang No 36 tahun 2009 tentang Kesehatan.
4. Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
5. Undang – Undang No 23 tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah.
6. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2015 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2015 – 2019.
7. Instruksi Presiden No. 7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.

8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 54 Tahun 2010 Tentang Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2008 Tentang Tahapan, Tatacara Penyusunan, Pengendalian, Dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan Daerah.
9. Peraturan Daerah Kabupaten Temanggung Nomor 17 Tahun 2008 tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja RSUD Kabupaten Temanggung.
10. Peraturan Daerah Kabupaten Temanggung Nomor 1 Tahun 2014 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Kabupaten Temanggung Tahun 2013 – 2018.
11. Peraturan Bupati Temanggung Nomor 73 Tahun 2008 tentang Penjabaran Tugas Pokok, Fungsi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung.
12. Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung Nomor 050/113 Tahun 2014 tentang Penetapan Rencana Strategis (RENSTRA) Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung Tahun 2014-2018.

1.3 Maksud dan Tujuan

Rencana Kerja Tahun 2018 disusun dengan maksud untuk memberikan arah dan pedoman dalam menggerakkan seluruh sumber daya yang dimiliki dalam rangka pelaksanaan pembangunan daerah di bidang kesehatan pada Tahun Anggaran 2018.

Adapun tujuan disusunnya dokumen Rencana Kerja (Renja) RSUD Kabupaten Temanggung Tahun 2018 adalah :

1. Sebagai dokumen perencanaan kerja tahunan untuk mencapai sasaran dan tujuan yang tercantum dalam Rencana Strategi RSUD Kabupaten Temanggung tahun 2014-2018.
2. Menetapkan prioritas program dan kegiatan tahun 2018 dalam rangka pencapaian target RPJMD, yang akan diusulkan ke APBD Kabupaten Temanggung tahun 2018 melalui RKPD Kabupaten Temanggung tahun 2018.

1.4 Sistematika Penulisan

BAB I PENDAHULUAN

- 1.1 Latar Belakang.
- 1.2 Landasan Hukum
- 1.3 Maksud dan Tujuan
- 1.4 Sistematika Penulisan

BAB II EVALUASI PELAKSANAAN RENJA SKPD TAHUN 2016.

- 2.1 Evaluasi Pelaksanaan Renja RSUD Kabupaten Temanggung tahun 2016.
- 2.2 Analisis Kinerja Pelayanan RSUD Kabupaten Temanggung.
- 2.3 Isu-isu Penting Penyelenggaraan Tugas dan Fungsi RSUD Kabupaten Temanggung.

BAB III TUJUAN, SASARAN, PROGRAM DAN KEGIATAN TAHUN 2018

- 3.1 Telaahan terhadap kebijakan nasional
- 3.2 Tujuan dan Sasaran Renja RSUD Kabupaten Temanggung.
- 3.3 Program dan Kegiatan.

BAB IV PENUTUP



BAB II

EVALUASI PELAKSANAAN RENJA RSUD KABUPATEN TEMANGGUNG TAHUN 2016

2.1 Evaluasi Pelaksanaan RENJA RSUD Kabupaten Temanggung Tahun 2016.

Renja RSUD Kabupaten Temanggung Tahun 2018 merupakan tahun ke enam penjabaran RPJMD Kabupaten Temanggung Tahun 2013-2018 khususnya yang dijabarkan lebih lanjut melalui Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD) Tahun 2018 dan juga merupakan penjabaran tahun ke lima Renstra RSUD Kabupaten Temanggung Tahun 2014-2018.

Maka review atau telaah atas hasil evaluasi pelaksanaan Renja RSUD Kabupaten Temanggung tahun sebelumnya dan realisasi Renstra RSUD Kabupaten Temanggung dapat dilakukan dengan mengacu pada hasil laporan kinerja tahunan RSUD Kabupaten dan/atau realisasi APBD untuk RSUD Kabupaten Temanggung. Adapun hasil evaluasi adalah sebagaimana disajikan pada tabel berikut:

Tabel 2.1
Rekapitulasi Hasil Pelaksanaan Renja RSUD Kabupaten Temanggung Tahun 2016.

Urusan/Bidang urusan pemerintahan daerah dan program kegiatan	Indikator kinerja program (outcome)/kegiatan (output)	Target akhir kinerja capaian program (Renstra 2014-2018) sd tahun 2016	Realisasi Target kinerja hasil program dan keluaran kegiatan s/d dengan tahun 2016	Target dan realisasi kinerja program dan kegiatan tahun 2016			Target Kinerja Capaian Program dan kegiatan (Renstra SKPD th 2014 s.d 2018) s.d th 2017	Prakiraan realisasi capaian target renstra SKPD tahun 2017			Ket
				Target renja SKPD	Realisasi renja SKPD	Tingkat Realisasi (%)		Target program dan kegiatan tahun 2017	Realisasi capaian program dan kegiatan s/d tahun 2017	Tingkat capaian realisasi target renstra s/d tahun 2017	
1	2	4	5	6	7	8	9	10	11=(5+10)	11=(11/9*100%)	12
Urusan: Kesehatan											
Program Pelayanan Kesehatan Penduduk Miskin	Jumlah kunjungan pasien penduduk miskin selama satu tahun (lama dan baru) / Jumlah seluruh penduduk miskin sakit x 100										
Pelayanan kesehatan orang miskin yg tidak dapat dibayar JAMKESMAS (JKT)	Terlayannya penduduk miskin yang tidak ditanggung Jamkesmas sejumlah 3.903 orang.	7.806 orang	7.019 orang	3.903 orang	3.998 orang	102,4	11.709 orang	3.903 orang	10.922 orang	93,27	
Program Pelayanan Administrasi Perkantoran	Anggaran Penatausahaan SKPD dibagi Total Belanja Langsung SKPD dalam 1 (satu) Tahun x 100										
Jasa Pelayanan Perkantoran	Terbayarnya Honorarium Pegawai Daerah selama 1 tahun	2 orang	2 orang	1 orang	1 orang	100	2 orang	0	2 orang	100	
Program pengadaan, peningkatan sarana dan prasarana rumah sakit/rumah sakit jiwa/rumah sakit paru-rumah sakit mata	Penambahan Jumlah sarana dan prasarana (aset) rumah sakit										
Pelayanan Rujukan (DAK Kesehatan)	Tersediannya 1 paket alat-alat kedokteran	3 paket	3 paket	1 paket	1 paket	100	4 paket	1 paket	4 paket	100	
Pendampingan pelayanan rujukan (Pendampingan DAK Kesehatan)	Tersediannya BAU Pelengkapan dan 1 paket alat-alat kedokteran	3 paket	3 paket	1 paket	1 paket	100	4 paket	1 paket	4 paket	100	
Pengadaan alat kesehatan RSUD Kabupaten Temanggung (Bantuan Keuangan)	Tersediannya 1 paket alat kedokteran	3 paket	3 paket	1 paket	1 paket	100	4 paket	1 paket	4 paket	100	

Urusan/Bidang urusan pemerintahan daerah dan program kegiatan	Indikator kinerja program (outcome)/kegiatan (output)	Target akhir kinerja capaian program (Renstra 2014-2018) sd tahun 2016	Realisasi Target kinerja hasil program dan keluaran kegiatan s/d dengan tahun 2016	Target dan realisasi kinerja program dan kegiatan tahun 2016			Target Kinerja Capaian Program dan kegiatan (Renstra SKPD th 2014 s.d 2018) s.d th 2017	Prakiraan realisasi capaian target renstra SKPD tahun 2017			Ket
				Target renja SKPD	Realisasi renja SKPD	Tingkat Realisasi (%)		Target program dan kegiatan tahun 2017	Realisasi capaian program dan kegiatan s/d tahun 2017	Tingkat capaian realisasi target renstra s/d tahun 2017	
1	2	4	5	6	7	8	9	10	11=(5+10)	11=(11/9*100%)	12
Pendampingan pengadaan alat kesehatan RSUD (bangub)	Tersedianya fasilitasi pengadaan alat kesehatan RSUD Temanggung (Bangub)	3 paket	3 paket	1 paket	1 paket	100	4 paket	1 paket	4 paket	100	
Pembangunan Poliklinik dan Rawat Inap Paru dan Kelengkapannya (DBHCHT)	Tersedianya 1 unit Gedung Rawat Inap penyakit paru	1 unit	1 unit	0	0	0	1 unit	0	1 unit	100	
	1 paket alat-alat kedokteran penyakit paru	3 paket	3 paket	1 paket	1 paket	100	4 paket	1 paket	4 paket	100	
Pembangunan Rumah Dinas Dokter	Tersedianya Rumah Dinas Dokter	1 unit	1 unit	0	0	0	1 unit	0	1 unit	100	
Rehabilitasi ruang dan lift pasien	Terlaksananya Rehabilitasi ruang dan lift pasien	1 unit	1 unit	0	0	0	1 unit	0	1 unit	100	
Pengadaan tempat tidur pasien	Tersedianya tempat tidur pasien	30 unit	30 unit	0	0	0	30 unit	0	30 unit	100	
Program peningkatan Kualitas pelayanan kesehatan pada BLUD RSUD (Penerimaan Fungsional BLUD)	Cakupan pelayanan RSUD :										
	BOR	65 %									
	LOS	4 hari									
	TOI	2 hari									
	GDR	19%									
	NDR	37%									
	Kinerja Pengelolaan BLUD	Sehat									
	Standarisasi Pelayanan Kesehatan RSUD	Lulus									
Kegiatan Pelayanan	Terlaksananya kegiatan-kegiatan pelayanan BLUD	239 kegiatan	239 kegiatan	80 kegiatan	80 kegiatan	100	319 kegiatan	80 kegiatan	319 kegiatan	100	
Penyusunan dokumen perencanaan dan pelaporan SKPD	Dokumen Renja dan Lakip	5 dokumen	5 dokumen	5 dokumen	5 dokumen	100	10 dokumen	5 dokumen	10 dokumen	100	

2.2 Analisis Kinerja Pelayanan RSUD Kabupaten Temanggung

Indikator kinerja RSUD Kabupaten Temanggung pada periode Renstra 2014-2018 adalah sesuai dengan apa yang menjadi Indikator Kinerja Daerah yang tertuang pada RPJMD Kabupaten Temanggung Tahun 2013-2018. Adapun Indikator Kinerja Program RSUD Kabupaten Temanggung beserta target kinerjanya dapat dilihat pada Tabel 2.2. berikut:

Tabel 2.2
Pencapaian Kinerja Pelayanan RSUD Kabupaten Temanggung Tahun 2016

No	Indikator	SPM/Standar Nasional	IKK	Target Renstra SKPD					Realisasi Capaian			Proyeksi	Catatan Analisis
				Tahun 2014	Tahun 2015	Tahun 2016	Tahun 2017	Tahun 2018	Tahun 2014	Tahun 2015	Tahun 2016	Tahun 2017	
1.	Pelayanan kesehatan penduduk miskin di RSUD.		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
2.	Penyediaan sarana dan prasarana rumah sakit		100%	85%	90%	95%	100%	100%	548%	1.461	95%	100%	
3.	Cakupan pelayanan RSUD:												
	BOR	60 – 80%	70%	65%	65 %	66 %	68 %	70 %	65 %	64,57	65 %	66 %	
	LOS	6 – 9 hari	7 hari	4 hari	4 hari	5 hari	5 hari	6 hari	4 hari	4	4 hari	5 hari	
	TOI	1 – 3 hari	2 hari	2 hari	2 hari	2 hari	2 hari	2 hari	2 hari	2	2 hari	2 hari	
	NDR	<25‰	17‰	19‰	19‰	18‰	18‰	18‰	19‰	22,07	19‰	18‰	
	GDR	<45‰	39‰	37‰	37‰	36‰	36‰	36‰	37‰	39,54	37‰	36‰	
4.	Kinerja Pengelolaan BLUD RSUD		Sehat	Sehat	Sehat	Sehat	Sehat	Sehat	Sehat	Sehat	Sehat	Sehat	
5.	Standarisasi Pelayanan Kesehatan RSUD.		Lulus	Lulus	Lulus	Lulus	Lulus	Lulus	Lulus	Lulus	Lulus	Lulus	

Analisis capaian kinerja sasaran strategis untuk setiap indikator kinerja sebagai berikut :

Indikator 1 : Pelayanan kesehatan penduduk miskin RSUD

Target tahun 2016 adalah 3903 orang, capaian pada tahun 2016 adalah 3998 orang (102,4%). Adapun jumlah pasien yang ditanggung dana JKT tahun 2016 adalah sebagai berikut :

NO	PELAYANAN	JUMLAH
1.	RJ	1711
2.	RI	1876
3.	Visum	0
4.	Penguburan	0
5.	PA	0
6.	Low Vision	313
7.	Lain-lain	0
8.	MOW	98
JUMLAH		3998

Indikator 2: Pengadaan, peningkatan sarana dan prasarana rumah sakit.

Pada tahun 2014 aset yang dikuasai sebanyak 5.927 unit. Jumlah aset yang dikuasai tahun 2016 sebanyak 7.368 unit. Target penambahan aset per tahun sebanyak 100 unit telah tercapai. Realisasi pencapaian mencapai 1441%.

Indikator 3 :Cakupan pelayanan RSUD

Target dan capaian indikator kinerja cakupan pelayanan RSUD tahun 2016 adalah sebagai berikut :

Cakupan pelayanan RSUD	Target	Capaian
BOR	66 %	64,57%
LOS	5 hari	4 hari
TOI	2 hari	2 hari
GDR	36‰	39,54‰
NDR	18‰	22,07‰

1. BOR (*Bed Occupation Rate*) yang mencerminkan pemanfaatan tempat tidur di Rumah Sakit menunjukkan kecenderungan yang terus meningkat dari tahun ke tahun. Pada tahun 2012 s/d 2016 telah mampu mencapai BOR ideal sesuai standar (60 – 80%), di tahun 2016 terjadi penurunan BOR dikarenakan penghitungan BOR dipengaruhi bertambahnya gedung rawat inap dan tempat tidur pasien yang dioperasikan pada pertengahan tahun 2016.
2. LOS (*Length of Stay*) merupakan rata-rata lama perawatan seorang pasien di Rumah Sakit. Tahun 2012 – 2016 nilai LOS di bawah nilai minimal standar, hal ini menunjukkan bahwa pasien cepat sembuh dengan lama perawatan yang pendek.
3. TOI (*Turn of Interval*) adalah rata-rata lama tempat tidur tidak ditempati, bila dibandingkan dengan ketentuan yang ideal (1-3 hari) maka RSUD Kabupaten Temanggung pada 5 tahun terakhir telah dapat mencapainya.
4. GDR (*Gross Death Rate*) adalah angka kematian umum di Rumah Sakit pada periode waktu tertentu. Dibandingkan dengan ketentuan ideal (kurang dari 45 per mil) maka selama 5 tahun terakhir telah dapat dipenuhi dengan baik.
5. NDR (*Net Death Rate*) adalah angka kematian kurang dari 48 jam di Rumah Sakit pada periode waktu tertentu. Dari tabel diatas terlihat bahwa RSUD kabupaten Temanggung pada selalu dapat mencapai kinerjanya dengan baik (angka ideal kurang dari 25‰).

Indikator 4 : Kinerja Pengelolaan BLUD RSUD

Penilaian kinerja Pengelolaan BLUD RSUD Kabupaten Temanggung meliputi aspek keuangan dan non keuangan.

a) Kinerja keuangan

Aspek keuangan yang digunakan untuk penilaian kinerja keuangan meliputi 7 indikator dengan total score 20 dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari RBA . Adapun Rasio Keuangan selama tahun 2016 sebagaimana tabel berikut ini:

Tabel 2.3
Rasio Keuangan Tahun 2016

NO	INDIKATOR	BOBOT NILAI	HAPER		NILAI RIIL	
			Th. 2015	Th. 2016	Th. 2015	Th. 2016
1	Imbalan investasi /Return on Investment (ROI)	3	0,70%		0,4	
2	Rasio Kas (Cash Ratio)	3	37,85%		3	
3	Rasio Lancar (Current Ratio)	3	611,50%		3	
4	Collection period (CP)	3	62,78%		3	
5	Perputaran Persediaan (PP)	2	12,50%		0,96	
6	Perputaran Total Asset (TATO)	2	77,88%		2	
7	Rasio Modal sendiri total aktiva (TMS terhadap TA)	4	90,97%		2,7	
	Total	20			15,06	15,06

Dari tabel ratio keuangan dapat disimpulkan dari bobot nilai 20 baru tercapai 15,06, sehingga beberapa hal yang masih perlu ditingkatkan antara lain dalam aspek :

- Return On Investment (ROI)
- Perputaran persediaan (PP)
- Rasio Modal Sendiri Total Aktiva (TMS terhadap TA)

b) Kinerja Non Keuangan

Penilaian kinerja Non Keuangan didasarkan pada Peraturan Bupati Temanggung Nomor 61 Tahun 2012 tentang Sistem Penilaian Kinerja BLUD RSUD Kabupaten Temanggung. Penilaian kinerja tersebut dilaksanakan secara *self assessment* dengan menggunakan 3 (tiga) indikator utama yaitu indikator kinerja pelayanan dan indikator kinerja mutu pelayanan dan manfaatnya bagi masyarakat.

Hasil penilaian kinerja non keuangan tahun 2016 sebagai berikut:

1. Kinerja Pelayanan

Rasio Kinerja Pelayanan/ Kinerja Operasional yang dipergunakan untuk penilaian indikator kinerja operasional meliputi berbagai indikator dengan total score 40. Adapun rinciannya adalah sebagai berikut :

Tabel 2.4
Hasil Penilaian Indikator Kinerja Pelayanan

No	INDIKATOR	BOBOT NILAI	HAPER		NILAI RIIL	
			Th. 2015	Th. 2016	Th. 2015	Th. 2016
A.	PERTUMBUHAN PRODUKTIVITAS					
1	Rata-rata kunjungan Rawat Jalan/hr	2	0,84		0,00	
2	Rata-rata kunjungan Rawat Darurat/hr	2	1,61		2	
3	Hari Perawatan (HP)	2	1,40		2	
4	Pemeriksaan Radiologi/hr	1,5	1,29		1,60	
5	Pemeriksaan Laboratorium/hr	1,5	0,23		0	
6	Rata-rata Operasi/hr	1	1,45		2	
7	Rata-rata Rehab Medik/hr	1	1,14		1,20	
B.	EFISIENSI PELAYANAN					
1	Rasio Pasien Rawat Jalan dengan Dokter	1	23,72		0,50	
2	Rasio Pasien Rawat Jalan dengan Perawat	1	16,94		0,50	
3	Rasio Pasien Rawat Darurat dengan Dokter	1	16,51		0,50	
4	Rasio Pasien Rawat Darurat dengan Perawat	1	6,00		1	
5	Rasio Pasien Rawat Inap dengan Dokter	1	32,89		0,50	

No	INDIKATOR	BOBOT NILAI	HAPER		NILAI RIIL	
			Th. 2015	Th. 2016	Th. 2015	Th. 2016
6	Rasio Pasien Rawat Inap dengan Perawat	1	1,41		0,25	
7	BOR	2	64,57		1,50	
8	AVLOS	2	4,17		1,50	
9	BTO	2	69,4		1	
10	TOI	2	1,86		1,50	
C. PERTUMBUHAN DAYA SAING						
1	Sales Growth (SALG)	2	1,37		2	
D. PENGEMBANGAN SDM						
1	Program Diklat	2	Ada program sebagian terlaksana		1,50	
2	Penghargaan dan Sanksi	2	Ada program semua terlaksana		2	
E. PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN						
1	Pengembangan produk baru bidang pelayanan	2	Melaksana-nakan sepenuhnya		2	
2	Pengembangan Sistem Managemen	1	Baru Melaksana-nakan sebagian		0,50	
3	Peningkatan Penguasaan Teknologi	1	Ada program dil-aksanakan		1	
F. ADMINISTRASI						
1	Rancangan RBA	2	Tepat waktu		2	
2	Laporan Triwulan (Ketepatan)	2	Tepat waktu		2	
3	Laporan Tahunan (Ketepatan)	2	Terlambat kurang-dari 1 bln		1,5	
TOTAL		40			32,05	

Dari tabel tersebut dapat dilihat kenaikan nilai yang dicapai dari tahun 2015 sebesar 32,05 menjadi 32,05 pada tahun 2016 hal tersebut merupakan bukti kenaikan kinerja pelayanan, walaupun hasil penilaian masih dapat ditingkatkan.

Adapun beberapa hal kinerja pelayanan yang masih dapat ditingkatkan dengan melihat tabel tersebut adalah :

a. Pertumbuhan produktifitas

Dari tabel pertumbuhan produktifitas pada tahun 2016 jumlah nilai riil sebesar 8,80 dibandingkan nilai riil tahun 2015 sebesar 8,80 maka mengalami peningkatan yang sangat positif kecuali indikator rata-rata kunjungan rawat jalan perhari dan pemeriksaan laboratorium yang mengalami penurunan.

b. Efisiensi Pelayanan

Dari tabel efisiensi pelayanan pada tahun 2016 jumlah nilai riil sebesar 8.75 dibandingkan nilai riil tahun 2015 sebesar 8.75 maka mengalami penurunan khususnya yang terkait dengan rasio pasien rawat jalan ,rasio pasien rawat inap dengan dokter dan perawat masih rendah an dibawah ideal

2. Kinerja Mutu Pelayanan Dan Manfaat Bagi Masyarakat

Rasio kinerja mutu pelayanan dan manfaat bagi masyarakat adalah sebagai berikut :

Tabel 2.5
Hasil Penilaian Kinerja Mutu Pelayanan dan Manfaat Bagi Masyarakat

NO	INDIKATOR	BOBOT NILAI	HAPER		NILAI RIIL	
			Th.2015	Th.2016	Th.2015	Th.2016
A.	MUTU PELAYANAN					
1	Emergency re- sponse time rate	3	1,60		3	
2	Angka kematian di gawat darurat	3	0,079%		3	
3	Angka kematian ≥ 48 jam	3	22,07 ‰		3	
4	Angka pasien RI yang dirujuk	3	0,162%		3	
5	Post operative Death Rate	3	0,00%		3	
6	Angka Infeksi Nosokomial	3	1,88%		3	
7	Kecepatan pela- yanan resep obat jadi	3	25,5 menit		2	
8	Waktu tunggu sebelum operasi	3	1 hari		3	
B.	KEPEDULIAN KPD MASYARAKAT					
1	Pembinaan kepada pus- kesmas dan sara- na kesehatan lain	1	Ada program dilaksanakan semua		1	
2	Penyuluhan kesehatan (PKMRS)	1	Ada program dilaksanakan semua		1	
3	Ratio tempat tidur kelas III	1	46,5 ‰		1	
4	Pemanfaatan TT (BOR) kelas III	1	68,43 ‰		0,50	
5	Prosentase pasien tidak mampu di rawat jalan	1	5,12 ‰		0,00	

NO	INDIKATOR	BOBOT NILAI	HAPER		NILAI RIIL	
			Th.2015	Th.2016	Th.2015	Th.2016
C.	KEPUASAN PELANGGAN					
1	Prosentase complain	2	Ada program dilaksanakan semua		2	
2	Lama waktu tunggu di poliklinik	2	30,36 menit		1,5	
3	Kemudahan pelayanan	2	Ada petunjuk lengkap		2	
D.	KEPEDULIAN LINGKUNGAN					
1	Keberhasilan lingkungan	2,5	Ada program dilaksanakan seluruhnya		2,5	
2	Hasil uji UKL UPL	2,5	Ada dokumen UKL UPL		2,5	
	TOTAL	40			37	

Dari tabel 8 dapat diketahui perkembangan kinerja sebagai berikut :

1. Mutu Pelayanan

- Dari 8 komponen mutu pelayanan, dibanding tahun 2016 maka nilai riil mutu pelayanan mengalami peningkatan.
- Untuk kecepatan pelayanan resep obat masih jauh diambang batas 8 menit dan dibandingkan dengan kondisi tahun 2016 kiranya masih perlu mendapatkan perhatian.

2. Kepedulian kepada masyarakat

- Yang perlu mendapatkan perhatian adalah dalam Komponen Pemanfaatan tempat tidur (BOR) kelas III yang belum mencapai nilai riil .
- Prosentase pasien tidak mampu yang dilayani belum maksimal sesuai ketentuan, sehingga perlu mendapatkan perhatian.

3. Kepuasan Pelanggan

- Penanganan complain sudah dilaksanakan dengan baik
- Lama tunggu di poliklinik sudah mendekati ambang batas baik yaitu dibawah 30 menit.
- Petunjuk-petunjuk untuk kemudahan pelayanan sudah tersedia.
- Dibanding tahun 2016 kinerjanya sudah ada peningkatan.

4. Kepedulian terhadap Lingkungan

- Nilai kepedulian terhadap lingkungan dipandang sudah cukup baik.

Setelah menilai dari aspek keuangan dan non keuangan, diperoleh total hasil penilaian sebagai berikut :

Tabel 2.6
Hasil Penilaian Kinerja

No.	ASPEK PENILAIAN	BOBOT	HASIL PENILAIAN	
			TH. 2015	TH. 2016
1.	Kinerja Keuangan	20	15,06	
2.	Kinerja Non Keuangan :			
	a. Kinerja Pelayanan	40	32,05	
	b. Kinerja mutu pelayanan dan manfaat bagi masyarakat	40	37	
	Total	100	84,11	

Dalam penilaian tingkat kesehatan rumah sakit digolongkan menjadi:

a. SEHAT (A) yang terdiri dari:

- AAA apabila total skor lebih dari 95
- AA apabila total skor lebih besar dari 80 atau kurang/sama dengan 95
- A apabila total skor lebih besar dari 65 atau kurang/sama dengan 80.

b. KURANG SEHAT (B) yang terdiri dari: BBB, BB, B.

- BBB apabila total skor lebih besar dari 50 atau kurang/sama dengan 65
- BB apabila total skor lebih besar dari 40 atau kurang/sama dengan 50
- B apabila total skor lebih besar dari 30 atau kurang/sama dengan 40.

c. TIDAK SEHAT (C) yang terdiri dari CCC, CC, C.

- CCC apabila total skor lebih besar dari 20 atau kurang/sama dengan 30
- CC apabila total skor lebih besar dari 10 atau kurang/sama dengan 20
- C apabila total skor lebih dari kecil 10.

Dari table tersebut dapat diketahui total hasil penilaian **sebesar 84,11** masuk dalam kategori **SEHAT dengan predikat AA** atau mengalami kenaikan nilai dibanding tahun 2015.

Indikator 5 : Standarisasi Pelayanan Kesehatan RSUD

Target tahun 2016 adalah Lulus. Target ini dapat tercapai karena pada tanggal 21 – 23 September 2011 telah dilaksanakan penilaian Akreditasi 16 Pelayanan dan pada tanggal 12 Oktober 2011 telah terakreditasi 16 Pelayanan dengan status Akreditasi Lulus Tingkat Lengkap.

Pecapaian Standar pelayanan minimal (SPM) Rumah Sakit

SPM Rumah Sakit mengacu pada Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit meliputi 21 jenis pelayanan yang minimal wajib dilaksanakan oleh RSUD Kabupaten Temanggung.

Persentase Pencapaian SPM di RSUD Kabupaten Temanggung tahun 2016 diperoleh hasil seperti Tabel 2.7 berikut ini:

Tabel 2.7
Evaluasi Standar Pelayanan Minimal RSUD Kabupaten Temanggung

PELAYANAN = IGD

No	Indikator	Penghitungan	FPD	PD	Standar	Hasil 2015			
						Jan - Mar	April- Juni	Juli – Sept	Okt - Des
1	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	$\frac{\text{Jumlah kumulatif pasien yang mendapatpertolongan life saving di Gawat Darurat.}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan penanganan live saving di Unit Gawat Darurat}} \times 100 \%$	Setiap bulan	3 bln sekali	100%	100%	100%	100%	100%
2	Jam buka pelayanan Gawat Darurat	$\frac{\text{Jumlah kumulatif jam buka Gawat Darurat dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah hari dalam 1 bulan}} \times 1 \text{ jam}$	Setiap bulan	3 bln sekali	24Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam
3	Pemberi pelayanan ke Gawat Darurat yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS	$\frac{\text{Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD}}{\text{Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan}} \times 100 \%$	Setiap bulan	3 bln sekali	100%	100%	100%	100%	100%
4	Ketersediaan Tim penanggulangan Bencana	Jumlah Tim Penanggulangan Bencana di RS	Setiap bulan	3 bln sekali	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim
5	Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat.	$\frac{\text{Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disampling sampai dilayani Dokter}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang disampling}} \times 1 \text{mt}$	Setiap bulan	3 bln sekali	≤5 Mnt	2,03'	2,2'	2,21'	1,96'

No	Indikator	Penghitungan	FPD	PD	Standar	Hasil 2015			
						Jan - Mar	April- Juni	Juli - Sept	Okt - Des
6	Kepuasan pelanggan pada Gawat Darurat.	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survey X 100 %	Setiap bulan	3 bln sekali	≥70%	87,25%	90,96%	90,96%	92%
		Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survey							
7	Kematian pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat.	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang X 100 %	Tiga bulan	3 bln sekali	≤ 2 ‰	0,0022	0,0009	0,136	0,0013
		Jumlah seluruh pasien yang di tangani di Gawat Darurat							
8	Tidak ada keharusan untuk membayar uang muka.	Jumlah pasien Gawat Darurat yang tidak membayar uang muka X 100 %	Tiga bulan	3 bln sekali	100%	100%	100%	100%	100%
		Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat							

PELAYANAN = RAWAT JALAN

No	Indikator	Penghitungan	FPD	PA	Standar	Hasil 2016			
						Jan-Mar	Apr-Jun	Juli - Sept	Okt - Des
1	Pemberi pelayanan di klinik spesialis	$\frac{\text{Jumlah hari buka klinik spesialis yang di layani oleh Dokter spesialis dalam waktu 1 bulan}}{\text{Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam 1 bulan}} \times 100 \%$	Satu bulan	3 bln sekali	100%	97,56%	98,46%	96,35%	94,15%

No	Indikator	Penghitungan	FPD	PA	Standar	Hasil 2016				
						Jan-Mar	Apr-Jun	Juli - Sept	Okt - Des	
2	Ketersediaan pelayanan Rawat Jalan	Jenis- jenis pelayanan Rawat Jalan spesialistik yang ada (kualitatif)	Satu bulan	3 bln sekali	- Anak - Dalam - Kebid - Bedah	- Anak - Dalam - Kebid - Bedah	- Anak - Dalam - Kebid - Bedah	- Anak - Dalam - Kebid - Bedah	- Anak - Dalam - Kebid - Bedah	
3	Buka pelayanan sesuai ketentuan	Jumlah hari pelayanan Rawat Jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan	X 100 %	Satu bulan	3 bln sekali	08.00-13.00 Setiap hari kerja, kecuali Jumat 08.00-11.00	Buka Layanan Sesuai Ketentuan	Buka Layanan Sesuai Ketentuan	Buka Layanan Sesuai Ketentuan	Buka Layanan Sesuai Ketentuan
		Jumlah seluruh hari pelayanan Rawat Jalan spesialistik dalam satu bulan								
4	Waktu tunggu di Rawat Jalan	Jumlah kualitatif waktu tunggu pasien Rawat Jalan yang di survey	X 1menit	Satu bulan	3 bln sekali	≤ 60 mnt	37,51 menit	47,18 menit	44,15 menit	45,73 menit
		Jumlah seluruh pasien Rawat Jalan yang di suvey								
5	Kepuasan pelanggan pada Rawat Jalan	Jumlah kualitatif rerata penilaian kepuasan pasien Rawat Jalan yang disurvei	X 100 %	Setiap bulan	3 bln sekali	≥90%	89,71%	90,73%	90,73%	88,69%
		Jumlah seluruh pasien Rawat Jalan yang disuvey (minimal N= 50)								

No	Indikator	Penghitungan	FPD	PA	Standar	Hasil 2016			
						Jan-Mar	Apr-Jun	Juli - Sept	Okt - Des
6	Pasien Rawat Jalan Tuberkulosis yang di tangani dengan strategi DOTS	$\frac{\text{Jumlah seluruh pasien Rawat Jalan tuberkulosis yang di tangani dengan strategi DOTS}}{\text{Jumlah seluruh pasien Rawat Jalan Tuberkulosis yang di tangani di RS dalam waktu 3 bulan.}} \times 100 \%$	3 bln	3 bln sekali	≥60%	100%	100%	100%	100%
7	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	$\frac{\text{Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di RS selama 3 bulan.}}{\text{Jumlah penegakan diagnosis TB di RS dalam 3 bulan}}$	3 bu- lan	3 bln sekali	≥60%	100%	100%	100%	100%
8	Kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	$\frac{\text{Jumlah seluruh pasien TB Rawat Jalan yang dicatat dan dilaporkan}}{\text{Jumlah seluruh pasien TB Rawat Jalan di RS}}$	3 bu- lan	3 bln sekali	≥60%	100%	100%	100%	90,9%

PELAYANAN = RAWAT INAP

No	Indikator	Penghitungan	FPD	PA	Standar	Hasil 2016			
						Jan-Mar	April-Juni	Juli - Sept	Okt - Des
1	Pemberi pelayanan di Rawat Inap	$\frac{\text{Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai ketentuan}}{\text{Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap.}} \times 100 \%$	6 bulan	6 bln sekali	- dr. Sp - Perawat DIII	97,32%	97,32%	97,32%	97,32%
2	Dokter Penanggung jawab pasien Rawat Inap	$\frac{\text{Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai Dokter sebagai penanggung jawab}}{\text{Jumlah seluruh pasien Rawat Inap dalam 1 bulan.}} \times 100 \%$	Satu bulan	3 bln sekali	100%	100%	100%	100%	100%
3	Ketersediaan pelayanan Rawat Inap	Jenis- jenis pelayanan Rawat Inap spesialistik yang ada (kualitatif)	3 bulan	3 bln sekali	- Anak - Dalam - Kebid - Bedah	100%	100%	100%	100%
4	Jam visite Dokter spesialis	$\frac{\text{Jumlah visite Dokter spesialis antara jam 08.00 sampai jam 14.00 yang disurvei.}}{\text{Jumlah pelaksanaan visite Dokter spesialis yang di suvey.}} \times 100 \%$	Setiap bulan	3 bln sekali	08.00 s/d 14.00 WIB setiap hari kerja	100%	100%	100%	100%
5	Kejadian infeksi Pasca operasi	$\frac{\text{Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang di operasi dalam satu bulan}} \times 100 \%$	Setiap bulan	Setiap bulan	≤1,5%	0.05%	0.05%	0.07%	0.06%

No	Indikator	Penghitungan	FPD	PA	Standar	Hasil 2016			
						Jan-Mar	April-Juni	Juli - Sept	Okt - Des
6	Angka kejadian infeksi nosokomial	$\frac{\text{Jumlah pasien Rawat Inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan}}{\text{Jumlah seluruh pasien Rawat inap dalam satu bulan.}} \times 100 \%$	Setiap bulan	3 bln sekali	$\leq 1,5\%$	1.52%	2.79%	2.00%	1.27%
7	Tidak adanya pasien kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian	$\frac{\text{Jumlah pasien di rawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan / kematian}}{\text{Jumlah pasien yang dirawat dalam bulan tersebut}} \times 100 \%$	Setiap bulan	Setiap bulan	100%	100%	100%	100%	100%
8	Kematian pasien > 48 jam	$\frac{\text{Jumlah kejadian kematian pasien Rawat inap } \geq 48 \text{ jam dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah seluruh pasien Rawat inap dalam 1 bulan}} \times 100 \%$	Satu bulan	Setiap bulan	$\leq 0,24\%$	1,89%	19,9%	1,94%	2,29%
9	Kejadian pulang paksa	$\frac{\text{Jumlah pasien pulang paksa dalam 1 bulan.}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang di rawat dalam 1 bulan}} \times 100 \%$	Satu bulan	3 bln sekali	$\leq 5\%$	2,98%	2,48%	2,32%	2,54%
10	Kepuasan pelanggan Rawat inap	$\frac{\text{Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang di survey (dalam prosen)}}{\text{Jumlah total pasien yang di survey (N minimal = 50)}} \times 100 \%$	Satu bulan	3 bln sekali	$\geq 90\%$	88,92%	94,59%	91,36%	91,37%

No	Indikator	Penghitungan	FPD	PA	Standar	Hasil 2016				
						Jan-Mar	April-Juni	Juli - Sept	Okt - Des	
11	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB.	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di Rumah Sakit dalam 3 bulan	X 100 %	3 bulan	3 bln sekali	≥60%	84,21%	84,21%	84,21%	89%
		Jumlah penegakan diagnosis TB di Rumah Sakit dalam 3 bulan.								
12	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS.	Jumlah seluruh pasien TB yang di Rawat inap yang di catat dan di laporkan.	X 100 %	3 bulan	3 bln sekali	≥60%	84,21%	84,21%	84,21%	95%
		Jumlah seluruh kasus TB Rawat Inap di RS.								

PELAYANAN = BEDAH SENTRAL

No	Indikator	Penghitungan	FPD	PA	Standar	Hasil 2016				
						Jan - Mar	April-Juni	Juli - Sept	Okt - Des	
1	Waktu tunggu operasi elektif	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang di operasi dalam 1 bulan.	X 1 hari	1 bulan	3 bln sekali	≤ 2 hr	1 hari	1 Hari	1 Hari	1 Hari
		Jumlah pasien yang di operasi dalam bulan tersebut.								
2	Kejadian kematian di meja operasi	Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam 1 bulan.	X 100 %	Tiap bulan dan sentinel event	Tiap bulan dan sentinel event	≤ 1%	0%	0%	0%	0%
		Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam 1 bulan.								

No	Indikator	Penghitungan	FPD	PA	Standar	Hasil 2016				
						Jan - Mar	April - Juni	Juli - Sept	Okt - Des	
3	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	Jumlah pasien yang di operasi dalam waktu satu bulan di kurangi jumlah pasien yang di operasi salah sisi dalam waktu satu bulan	X 100 %	sda	sda	100%	100%	100%	100%	100%
		Jumlah pasien yang di operasi dalam waktu satu bulan								
4	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	Jumlah pasien yang di operasi dalam waktu satu bulan di kurangi operasi salah orang dalam waktu satu bulan.	X 100 %	sda	sda	100%	100%	100%	100%	100%
		Jumlah pasien yang di operasi dalam waktu satu bulan								
5	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	Jumlah pasien yang di operasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam satu bulan.	X 100 %	sda	sda	100%	100%	100%	100%	100%
		Jumlah pasien yang di operasi dalam satu bulan								
6	Tidak ada kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi	Jumlah pasien yang di operasi dalam satu bulan di kurang jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam 1 bulan.	X 100 %	sda	sda	100%	100%	100%	100%	100%
		Jumlah pasien yang di operasi dalam 1 bulan								

No	Indikator	Penghitungan	FPD	PA	Standar	Hasil 2016			
						Jan - Mar	April - Juni	Juli - Sept	Okt - Des
7	Komplikasi anesteri karena overdosis, reaksi anestesi dan sebab penempatan ET.	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anesteri dalam 1 bulan	sda	sda	≤6%	0%	0%	0%	0%
		$\frac{\text{Jumlah pasien yang di operasi dalam satu bulan}}{\text{Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anesteri dalam 1 bulan}} \times 100 \%$							

PELAYANAN = PERSALINAN & PERINATOLOGI

No	Indikator	Penghitungan	FDP	PA	Standar	Hasil 2016				
						Jan-Mar	April - Juni	Juli - Sept	Okt - Des	
1	Kejadian kematian ibu karena persalinan.	$\frac{\text{Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan}}{\text{Jumlah pasien persalinan dengan perdarahan}} \times 100\%$	Tiap bulan	3 bln sekali	< 1%	0%	0%	0%	0%	
		$\frac{\text{Jumlah kematian pasien persalinan karena pre eklamsi.}}{\text{jumlah pasien persalinan dengan pre eklamsi / eklamsi.}} \times 100\%$	Tiap bulan	3 bln sekali	≤30%	0%	0%	0%	0%	
		$\frac{\text{jumlah kematian pasien persalinan karena sepsis}}{\text{jumlah pasien persalinan dengan sepsis}} \times 100 \%$	Tiap bulan	3 bln sekali	≤0,2%	0%	0%	0%	0%	

No	Indikator	Penghitungan	FDP	PA	Standar	Hasil 2016			
						Jan-Mar	April-Juni	Juli - Sept	Okt - Des
2	Pemberi pelayanan persalinan normal	Jumlah tenaga Dokter Sp OG, Dokter umum terlatih APN dan Bidan yang memberi pertolongan persalinan normal. X 100%	Satu bulan	3 bln sekali	- dr Sp.O G - dr Umum - Bidan	- dr Sp.O G	- dr Sp.O G	- dr Sp.O G	- dr Sp.O G
		Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan				- dr Umum - Bidan	- dr Umum - Bidan	- dr Umum - Bidan	- dr Umum - Bidan
3	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit.	Jumlah persalinan dengan penyulit yang ditolong oleh dokter spesialis dan dokter umum. X 100%	Satu bulan	3 bln sekali	Tim Ponek	Tim Ponek	Tim Ponek	Tim Ponek	Tim Ponek
		Jumlah seluruh persalinan dengan penyulit				Tim Ponek	Tim Ponek	Tim Ponek	Tim Ponek
4	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	Jumlah tenaga dokter Sp OG, Dokter spesialis anak, Dokter spesialis anestesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi X 100%	Satu bulan	3 bln sekali	- dr Sp OG - dr Sp. A - dr Sp An	- dr Sp OG	- dr Sp OG	- dr Sp OG	- dr Sp OG
		Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi				- dr Sp. A - dr Sp An	- dr Sp. A - dr Sp An	- dr Sp. A - dr Sp An	- dr Sp. A - dr Sp An
5	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr -2500 gr.	Jumlah BBLR 1500 gr -2500 gr yang berhasil di tangani. X 100 %	Satu bulan	3 bln sekali	100%	87,88%	84,34%	89,65%	92,19%
		Jumlah Seluruh BBLR 1500gr -2500 gr yang di tangani.							

No	Indikator	Penghitungan	FDP	PA	Standar	Hasil 2016				
						Jan-Mar	April-Juni	Juli - Sept	Okt - Des	
6	Pertolongan persalinan melalui sectio caesaria	Jumlah persalinan dengan sectio caesaria dalam 1 bulan.	X 100 %	Satu bulan	3 bln sekali	≤20%	47,28%	32,94%	36,20%	36,01%
		Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan								
7	Keluarga Berencana Mantap	Jumlah peserta pelayanan KB mantap.	X 100 %	Satu bulan	3 bln sekali	100%	30,33%	43,69%	42,62%	69,70%
		Jumlah peserta KB								
8	Kepuasan Pelanggan	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang di suvey (dalam prosen).	X 100 %	Satu bulan	3 bln sekali	≥80%	93,06%	98,62%	98%	95,68%
		Jumlah total pasien yang di survey (n minimal 50)								

PELAYANAN = INTENSIF

No	Indikator	Penghitungan	FPD	PA	Standar	Hasil 2016				
						Jan - Mar	April-Juni	Juli - Sept	Okt - Des	
1	Rata- rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama ≤ 72 jam.	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama ≤ 72 jam dalam 1 bulan.	X 100 %	Satu bulan	3 bln sekali	≤ 3%	0,371%	1,333%	0,463%	0,881%
		jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 bulan.								

No	Indikator	Penghitungan	FPD	PA	Standar	Hasil 2016			
						Jan - Mar	April-Juni	Juli - Sept	Okt - Des
2	Pemberi pelayanan unit intensif.	<p>Jumlah tenaga Dokter Sp An & spesialis yang sesuai dengan kasus yang di tangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU / setara yang melayani pelayanan perawatan intensif.</p> <p style="text-align: right;">X 100 %</p> <hr/> <p>jumlah seluruh tenaga Dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif.</p>	Satu bulan	3 bln sekali	- dr Sp An & dr Sp A sesuai kasus yg ditangani - 100% perawat min D3 dg sertifikat	68,75%	81,25%	81,25%	81,25%

PELAYANAN = RADIOLOGI

No	Indikator	Penghitungan	FPD	PA	Standar	Hasil 2016			
						Jan - Mar	April-Juni	Juli - Sept	Okt - Des
1	Waktu tunggu pelayanan Thorax photo	<p>Jumlah kumulatif waktu tunggu Hasil Pelayanan Thorax photo dalam satu bulan.</p> <p style="text-align: right;">X 1 jam</p> <hr/> <p>Jumlah pasien yang di photo Thorax dalam bulan tersebut.</p>	Satu bulan	3 bln sekali	≤ 3 jam	1 jam	1 jam	1 jam	1 jam

No	Indikator	Penghitungan	FPD	PA	Standar	Hasil 2016			
						Jan - Mar	April-Juni	Juli - Sept	Okt - Des
2	Pelaksana ek-pertisi hasil pemeriksaan Rontgen.	$\frac{\text{Jumlah foto rontgen yang dibaca dan di expertisi oleh dokter spesialis radiologi dalam satu bulan .}}{\text{Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam satu bulan.}} \times 100\%$	Satu bulan	3 bln sekali	≥ 80%	0,966%	0,966%	0,966%	0.956%
3	Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	$\frac{\text{Jumlah foto rusak yg tdk dpt dibaca dlm satu bulan.}}{\text{Jumlah seluruh pemeriksaan photo dalam satu bulan.}} \times 100\%$	Satu bulan	3 bln sekali	≤ 2%	0.004%	0.004%	0.004%	0.0491%
4	Kepuasan pelanggan.	$\frac{\text{Jumlah pasien yang di survey menyatakan puas.}}{\text{Jumlah total pasien yang di suvey (N minimal 50) .}} \times 100\%$	Satu bulan	3 bln sekali	≥ 80%	86%	85%	87%	85%

PELAYANAN = LABORATORIUM

No	Indikator	Penghitungan	FPD	PA	Standar	Hasil 2016			
						Jan - Mar	April-Juni	Juli - Sept	Okt - Des
1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium.	$\frac{\text{Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan Laboratorium pasien yang di survey dalam satu bulan.}}{\text{jumlah pasien yang di periksa di Laboratorium yang di survey dalam bulan tersebut.}} \times 1 \text{ menit}$	Satu bulan	3 bln sekali	≤140'	57.606 mnt	50.735 mnt	75.065 mnt	54.756 mnt

No	Indikator	Penghitungan	FPD	PA	Standar	Hasil 2016			
						Jan - Mar	April-Juni	Juli - Sept	Okt - Des
2	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan Laboratorium.	$\frac{\text{Jumlah hasil Lab yang di expertisi hasilnya oleh Dokter penanggung jawab / dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan}}{\text{jumlah seluruh pemeriksaan laborat dalam satu bula}} \times 100 \%$	Satu bulan	3 bln sekali	Dokter Sp. PK	Dokter Sp. PK	Dokter Sp. PK	Dokter Sp. PK	Dokter Sp. PK
3	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium.	$\frac{\text{Jumlah seluruh pasien yang di-periksa laboratorium dalam satu bulan di kurangi jumlah penyerahan hasil lab salah orang dalam satu bulan.}}{\text{jumlah pasien yang diperiksa di lab dalam bulan tsb}} \times 100 \%$	Satu bulan	3 bln sekali	100%	100%	100%	100%	100%
4	Kepuasan pelanggan	$\frac{\text{Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang di survey (dalam prosen).}}{\text{jumlah total pasien yang di survey (N minimal 50)}} \times 100 \%$	Satu bulan	3 bln sekali	≥ 80%	≥88%	≥87.5%	≥89%	≥90%

PELAYANAN = GAKIN

No	Indikator	Penghitungan	FPD	PA	Standar	Hasil 2016			
						Jan - Mar	April- Juni	Juli - Sept	Okt - Des
1	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan.	Jumlah pasien GAKIN yang dilayani di Rumah Sakit dalam satu bulan.	Satu bulan	3 bln sekali	100%	100%	100%	100%	100%
		$\frac{\text{Jumlah seluruh pasien GAKIN yang daaing ke Rumah Sakit dalam satu bulan.}}{\text{Jumlah seluruh pasien GAKIN yang daaing ke Rumah Sakit dalam satu bulan.}} \times 100 \%$							

PELAYANAN = BANK DARAH

No	Indikator	Penghitungan	FPD	PA	Standar	Hasil 2016			
						Jan - Mar	April- Juni	Juli - Sept	Okt - Des
1	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan tranfusi.	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam satu bulan.	Satu bulan	3 bln sekali	100%	98%	99%	98%	99,5%
		$\frac{\text{Jumlah seluruh permintaan darah dalam satu bulan.}}{\text{Jumlah seluruh permintaan darah dalam satu bulan.}} \times 100 \%$							
2	Kejadian reaksi tranfusi	Jumlah kejadian reaksi tranfusi dalam satu bulan.	Satu bulan	3 bln sekali	0,01%	1,47%	2,41%	2,19%	3,44%
		$\frac{\text{Jumlah seluruh pasien yang mendapat tranfusi dalam satu bulan.}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang mendapat tranfusi dalam satu bulan.}} \times 100 \%$							

PELAYANAN = LOUNDRY

No	Indikator	Penghitungan	FPD	PA	Standar	Hasil 2016				
						Jan - Mar	April - Juni	Juli - Sept	Okt - Des	
1	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	Jumlah linen yang di hitung dalam 4 hari sampling dalam satu bulan.	X 100 %	Satu bulan	Satu bulan	100%	100%	100%	100%	100%
		Jumlah linen yang sebenarnya ada dalam hari sampling tersebut.								
2	Ketetapan waktu penyediaan linen untuk ruang Rawat inap.	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu.	X 100 %	Satu bulan	Satu bulan	100%	74,24%	85,7%	72.77%	81.6%
		Jumlah hari dalam satu bulan.								

PELAYANAN = PENGOLAHAN LIMBAH

No	Indikator	Penghitungan	FPD	PA	Standar	Hasil 2016				
						Jan - Mar	April - Juni	Juli - Sept	Okt - Des	
1	Baku mutu limbah cair	Hasil pemeriksaan laboratorium limbah cair Rumah Sakit yang sesuai dengan baku mutu.	X 100 %	3 bulan	3 bln sekali	Bo D <30 CoD <80 TSS <30 PH 6-9	100%	100%	100%	100%
		Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair.								
2	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan.	Jumlah limbah padat yang di kelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang di amati.	X 100 %	Satu bulan	3 bln sekali	100%	99,94%	94,14%	95.8%	100%
		Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang di amati.								

PELAYANAN = REHABILITASI MEDIS

No	Indikator	Penghitungan	FPDA	PA	Standar	Hasil 2016			
						Jan - Mar	April- Juni	Juli - Sept	Okt - Des
1	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang di rencanakan	$\frac{\text{Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam waktu 3 bulan.}}{\text{jumlah seluruh pasien yang diprogram rehab medik dalam 3 bulan.}} \times 100 \%$	3 bulan	3 bln sekali	≤50%	43%	50%	68%	77%
2	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan Rehabilitasi medik.	$\frac{\text{Jumlah seluruh pasien yang di program rehab medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehab medik dalam satu bulan.}}{\text{jumlah seluruh pasien yang diprogram rehab medik dalam 1 bulan.}} \times 100 \%$	Satu bulan	3 bln sekali	100%	100%	100%	100%	100%
3	Kepuasan pelanggan	$\frac{\text{Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvey (dalam prosen).}}{\text{jumlah total pasien yang di survey (N minimal 50).}} \times 100 \%$	Satu bulan	3 bln sekali	≥80%	85%	85%	85%	85%

PELAYANAN = PEMULASARAAN JENAZAH

No	Indikator	Penghitungan	FPD	PA	Standar	Hasil 2016				
						Jan - Mar	April- Juni	Juli - Sept	Okt - Des	
1	Waktu terhadap pelayanan pemulasaraan jenazah.	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang di amati dalam satu bulan.	X 1 jam	Satu bulan	3 bln sekali	≤2 jam	78,66 menit	46 menit	59,5 menit	55 menit
		Total pasien yang di amati dalam satu bulan.								
2	Angka kecepatan waktu penyelesaian Ve R	Jumlah penyelesaian Ve R.	X 100 %	Satu bulan	3 bln sekali	≥ 90%	100%	100%	100%	100%
		Jumlah seluruh permintaan.								
3	Penyelesaian Ve R luar sama atau kurang dari 7 hari.	Jumlah penyelesaian Ve R yang kurang atau sama dengan 7 hari.	X 100 %	Satu bulan	3 bln sekali	≥95%	79,16%	71,42%	91,89%	81,81%
		Jumlah seluruh permintaan Ve R luar.								

PELAYANAN = AMBULANCE / KERETA JENAZAH

No	Indikator	Penghitungan	FPD	PA	Standar	Hasil 2016				
						Jan - Mar	April- Juni	Juli - Sept	Okt - Des	
1	Waktu pelayanan ambulance / kereta jenazah.	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan.	X 1 jam	Satu bulan	3 bln sekali	24 jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam
		jumlah hari dalam bulan tersebut.								

No	Indikator	Penghitungan	FPD	PA	Standar	Hasil 2016			
						Jan - Mar	April-Juni	Juli - Sept	Okt - Des
2	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance / kereta jenazah di RS.	$\frac{\text{Jumlah penyediaan ambulance / kereta jenazah yang tepat waktu dalam satu bulan.}}{\text{jumlah seluruh permintaan ambulance / kereta jenazah dalam satu bulan.}} \times 100 \%$	Satu bulan	3 bln sekali	< 2 jam / ≤ 30 mnt	11,29 mnt	11,42 mnt	11,41 mnt	11,64 mnt

PELAYANAN = INSTALASI PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT.

No	Indikator	Penghitungan	FPD	PA	Standar	Hasil 2016			
						Jan - Mar	April-Juni	Juli - Sept	Okt - Des
1	Kecepatan waktu menangani kerusakan alat.	$\frac{\text{Jumlah laporan kerusakan alat yang di tanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan.}}{\text{Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan.}} \times 100\%$	Satu bulan	3 bln sekali	≥ 80%	95,5%	96,7%	95,5%	96,7%
2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	$\frac{\text{Jumlah alat yang di lakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam satu bulan.}}{\text{Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam waktu satu bulan.}} \times 100 \%$	Satu bulan	3 bln sekali	100%	83,33%	79,16%	83,33%	83,33%

No	Indikator	Penghitungan	FPD	PA	Standar	Hasil 2016			
						Jan - Mar	April- Juni	Juli - Sept	Okt - Des
3	Peralatan laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi.	$\frac{\text{Jumlah seluruh alat laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang di kalibrasi tepat waktu dalam satu tahun.}}{\text{jumlah alat laboratorium yang perlu di kalibrasi dalam satu tahun.}} \times 100 \%$	1 Th	1 Th	100%				100%

PELAYANAN = PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI

No	Indikator	Penghitungan	FPD	PA	Standar	Hasil 2016			
						Jan - Mar	April- Juni	Juli - Sept	Okt - Des
1	Tersedianya anggota PPI yang terlatih.	$\frac{\text{Jumlah anggota Tim PPI RS yang sudah terlatih.}}{\text{Jumlah anggota Tim PPI.}} \times 100 \%$	3 bln sekali	1 thn sekali	75% terlatih	50%	50%	17.4%	17.4%
2	Ketersediaan APD	$\frac{\text{Jumlah instalasi yang disediakan APD.}}{\text{Jumlah instalasi di Rumah Sakit.}} \times 100 \%$	Tiap hari	1 bln sekali	60%	91,7%	91,7%	96%	96%
3	Kegiatan pencatatan dan pelaporan Infeksi Nosokomial di RS.	$\frac{\text{Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan & pelaporan.}}{\text{Jumlah instalasi yang bersedia.}} \times 100 \%$	Tiap hari	1 bln sekali	75%	100%	100%	100%	100%

PELAYANAN = GIZI

No	Indikator	Penghitungan	FPD	PA	Standar	Hasil 2016			
						Jan - Mar	April- Juni	Juli - Sept	Okt - Des
1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien.	$\frac{\text{Jumlah pasien Rawat Inap yang di surey yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan.}}{\text{jumlah seluruh pasien Rawat inap yang di survey.}} \times 100 \%$	Satu bulan	3 bln sekali	≥90%	93,3%	89,9%	93,3%	93,3%
2	Sisa makanan yang tidak ter-makan oleh pasien.	$\frac{\text{Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang di survey dalam satu bulan.}}{\text{Pasien yang di survey dalam satu bulan.}} \times 100 \%$	Satu bulan	3 bln sekali	≤ 20%	15,5%	15,5%	15,5%	15,5%
3	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet.	$\frac{\text{Jumlah pemberian makanan yang disurvey dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet.}}{\text{Jumlah pasien yang di survey dalam satu bulan.}} \times 100 \%$	Satu bulan	3 bln sekali	100%	93,3%	93,3%	93,3%	93,3%
4	Jumlah permintaan makanan yang terlayani.	$\frac{\text{Jumlah permintaan makanan pasien yang terlayani pada periode waktu tertentu}}{\text{Jumlah seluruh permintaan yang masuk pada periode waktu tertentu}} \times 100\%$	Satu bulan	3 bln sekali	100%	100%	100%	100%	100%

No	Indikator	Penghitungan	FPD	PA	Standar	Hasil 2016				
						Jan - Mar	April- Juni	Juli - Sept	Okt - Des	
5	Jumlah konsultasi gizi Rawat jalan yang terlayani	Jumlah permintaan konsultasi gizi dirawat jalan yang dilayani pada periode tertentu.	X 100%	Satu bulan	3 bln sekali	≥ 90%	100%	100%	100%	100%
		Jumlah seluruh permintaan konsultasi gizi rawat jalan pada periode waktu tertentu.								
6	Jumlah konsultasi gizi Rawat inap yang terlayani.	Jumlah seluruh konsultasi gizi rawat inap pada periode waktu tertentu	X 100 %	Satu bulan	3 bln sekali	≥ 90%	100%	100%	100%	100%
		Jumlah permintaan konsultasi gizi rawat inap pada periode waktu tertentu.								

PELAYANAN = ADMINISTRASI MANAGEMEN

No	Indikator	Penghitungan	FPD	PA	Standar	Hasil 2016				
						Jan - Mar	April- Juni	Juli - Sept	Okt - Des	
1	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi.	Hasil keputusan pertemuan direksi yang di tindak lanjuti dalam satu bulan.	X 100 %	Satu bulan	3 bln sekali	100%	100%	100%	100%	100%
		Total hasil keputusan yang harus ditindak lanjuti dalam satu bulan								
2	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja.	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun.	X 100%	Satu tahun	Satu tahun	100%	0%	0%	0%	100%
		Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya di susun dalam satu tahun.								

No	Indikator	Penghitungan	FPD	PA	Standar	Hasil 2016			
						Jan - Mar	April-Juni	Juli - Sept	Okt - Des
3	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat.	$\frac{\text{Jumlah pegawai yang di usahakan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun.}}{\text{Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya di usulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun.}} \times 100 \%$	Satu tahun	Satu tahun	100%	0%	100%	0%	100%
4	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala.	$\frac{\text{Jumlah pegawai yang mendapat SK kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam satu tahun.}}{\text{jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam satu tahun.}} \times 100 \%$	Satu tahun	Satu tahun	100%	100%	100%	100%	100%
5	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 16 jam pertahun.	$\frac{\text{Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 16 jam per-tahun.}}{\text{jumlah seluruh karyawan RS.}} \times 100 \%$	Satu tahun	Satu tahun	≥60%	2.80%	11.46%	6,09%	5,31%
6	Cost Recovery	$\frac{\text{Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan.}}{\text{Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan.}} \times 100 \%$	Satu bulan	3 bln sekali	≥40%	108,39%	109,36%	106,48%	100,22%
7	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan.	$\frac{\text{Jumlah laporan keuangan yang di selesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam 3 bulan.}}{\text{Jumlah laporan keuangan yang harus di selesaikan dalam 3 bulan.}} \times 100 \%$	3 bulan	3 bln sekali	100%	0%	0%	100%	100%

No	Indikator	Penghitungan	FPD	PA	Standar	Hasil 2016			
						Jan - Mar	April-Juni	Juli - Sept	Okt - Des
8	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap.	$\frac{\text{Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien Rawat Inap yang di amati dalam satu bulan.}}{\text{Jumlah Total pasien Rawat Inap yang di amati dalam satu bulan}} \times 1 \text{ jam}$	Setiap bulan	Setiap bulan	≤2 jam	49,01 mnt	58,67 mnt	65,74 mnt	48,08 mnt
9	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu.	$\frac{\text{Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif.}}{6} \times 100\%$	6 bulan	6 bln sekali	100%	33.33%	100%	100%	100%

PELAYANAN = REKAM MEDIS

No	Indikator	Penghitungan	FPD	PA	Standar	Hasil 2016			
						Jan - Mar	April-Juni	Juli - Sept	Okt - Des
1	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan.	$\frac{\text{Jumlah rekam medis yang di survey dalam satu bulan yang di isi lengkap.}}{\text{jumlah rekam medis yang di survey dalam satu bulan.}} \times 100 \%$	Satu bulan	3 bln sekali	100%	141/150x 100% = 94%	96%	92,66%	92.66%

No	Indikator	Penghitungan	FPD	PA	Standar	Hasil 2016				
						Jan - Mar	April- Juni	Juli - Sept	Okt - Des	
2	Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas.	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang di survey mendapatkan informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan.	X 100 %	Satu bulan	3 bln sekali	100%	100/100x 100% = 100%	100%	100%	100%
		Pasien yang mendapat tindakan medis yang disurvey dalam satu bulan.								
3	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan Rawat Jalan.	Jumlah kumulatif waktu penyediaan Rekam medis sampel Rawat Jalan yang di amati.	X 1 menit	Satu bulan	3 bln sekali	≤ 10 mnt	253.65/111 x 1 Mnt= 2,28 Mnt = 2 Mnt	2 Mnt	3 menit	3 Menit
		Total sampel penyediaan Rekam Medis yang di amati (N tidak kurang dari 100).								
4	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan Rawat Inap.	Kumulatif waktu penyediaan Rekam medis Rawat Inap yang di amati.	X 1 menit	Satu bulan	3 bln sekali	≤ 15 mnt	121.45/115 x 1 Mnt= 1.05 Mnt= 1 Mnt	1 Mnt	2 menit	2 Menit
		Total penyediaan Rekam medis Rawat inap yang di amati								

PELAYANAN = FARMASI

No	Indikator	Penghitungan	FPD	PA	Standar	Hasil 2016				
						Jan - Mar	April- Juni	Juli - Sept	Okt - Des	
1	a. waktu tunggu pelayanan obat jadi	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang di survey dalam satu bulan.	X 1 menit	Satu bulan	3 bln sekali	≤30'	23 menit	25,5 menit	26 menit	27 menit
		jumlah seluruh pasien yang di survey dalam bulan tersebut.								
	b. waktu tunggu pelayanan obat racikan.	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang di survey dalam satu bulan.	X 1 menit	Satu bulan	3 bln sekali	≤60'	35 menit	37 menit	36 menit	35 menit
		jumlah pasien yang di survey dalam bulan tersebut.								
2	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat.	Jml seluruh pasien instalasi farmasi yang di survey di kurangi jumlah yang mengalami kesalahan pemberian obat.	X 100 %	Satu bulan	3 bln sekali	≥ 97%	100%	100%	100%	100%
		Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang di survey.								
3	Kepuasan pelanggan.	Jumlah kumulatif hasil penilaian hasil kepuasan dari pasien yang di survey.	X 100 %	Satu bulan	3 bln sekali	≥80%	-	-	-	80%
		Total pasien yang di survey (N minimal 50)								

No	Indikator	Penghitungan	FPD	PA	Standar	Hasil 2016			
						Jan - Mar	April- Juni	Juli - Sept	Okt - Des
4	Penulisan resep sesuai Formularium	$\frac{\text{Jumlah resep yang di ambil sebagai sampel sesuai formularium dalam satu bulan.}}{\text{Jumlah seluruh resep yang di ambil sebagai sampel dalam satu bulan (N minimal 50)}} \times 100 \%$	Satu bulan	3 bulan	≥97%	99%	99%	99%	99%

Keterangan =

FPD : Frekuensi Pengumpulan Data

PA : Periode Analisa

Perkembangan pelaksanaan pelayanan :

a. Pelayanan Rawat Jalan

Kunjungan Rawat Jalan baik untuk pasien lama maupun pasien baru mengalami kenaikan selama 5 tahun terakhir yaitu 2012 s.d 2016 :

**Grafik 2.1
Pelayanan Rawat Jalan Tahun 2012-2016**



b. Pelayanan Rawat Inap

Perkembangan Kunjungan Rawat Inap selama 5 tahun terakhir yaitu tahun 2012 s.d 2016 dapat dilihat pada gambar berikut :

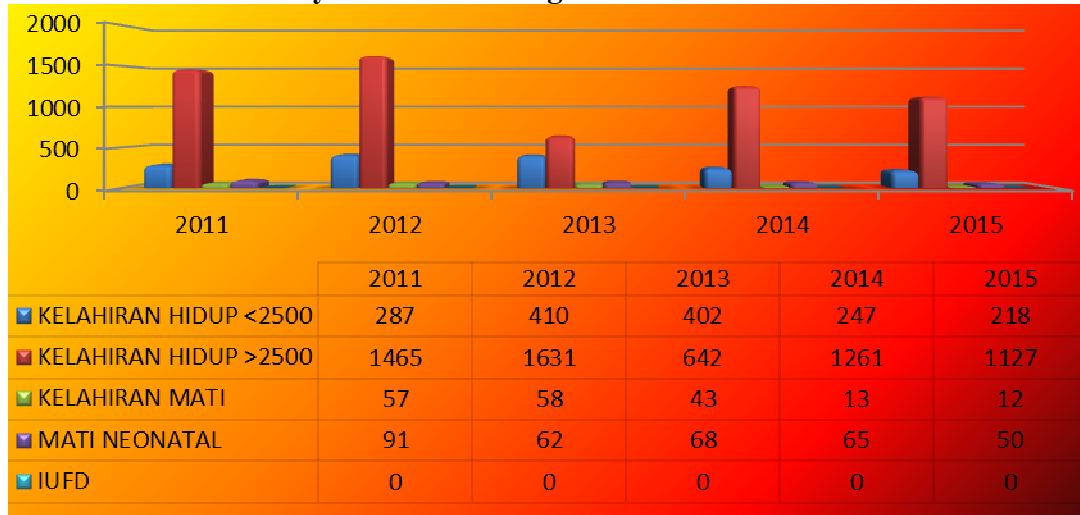
**Grafik 2.4
Pelayanan Rawat Inap Tahun 2012 - 2016**



c. Pelayanan Perinatologi

Pelayanan Perinatologi atau pelayanan pada bayi baru lahir untuk 5 tahun terakhir dapat dilihat pada gambar dibawah ini :

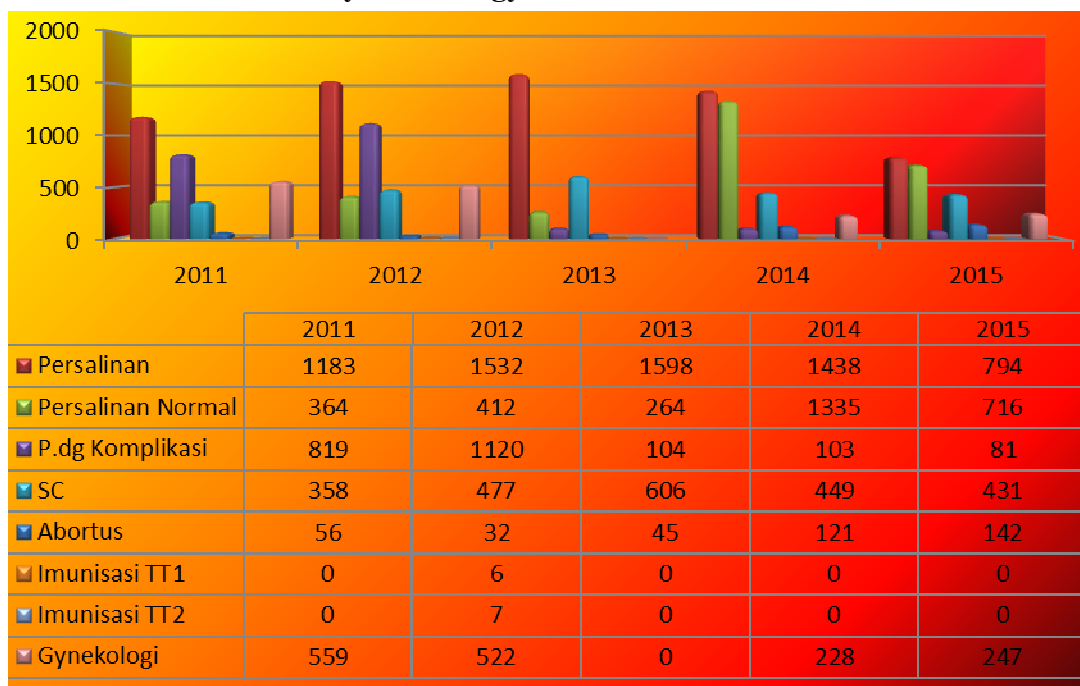
Grafik 2.7
Pelayanan Perinatologi Tahun 2012 – 2016



d. Kebidanan dan Penyakit Kandungan (OBSGYN)

Untuk perkembangan pelayanan Obsgyn selama 5 tahun terakhir dapat dilihat pada gambar dibawah ini :

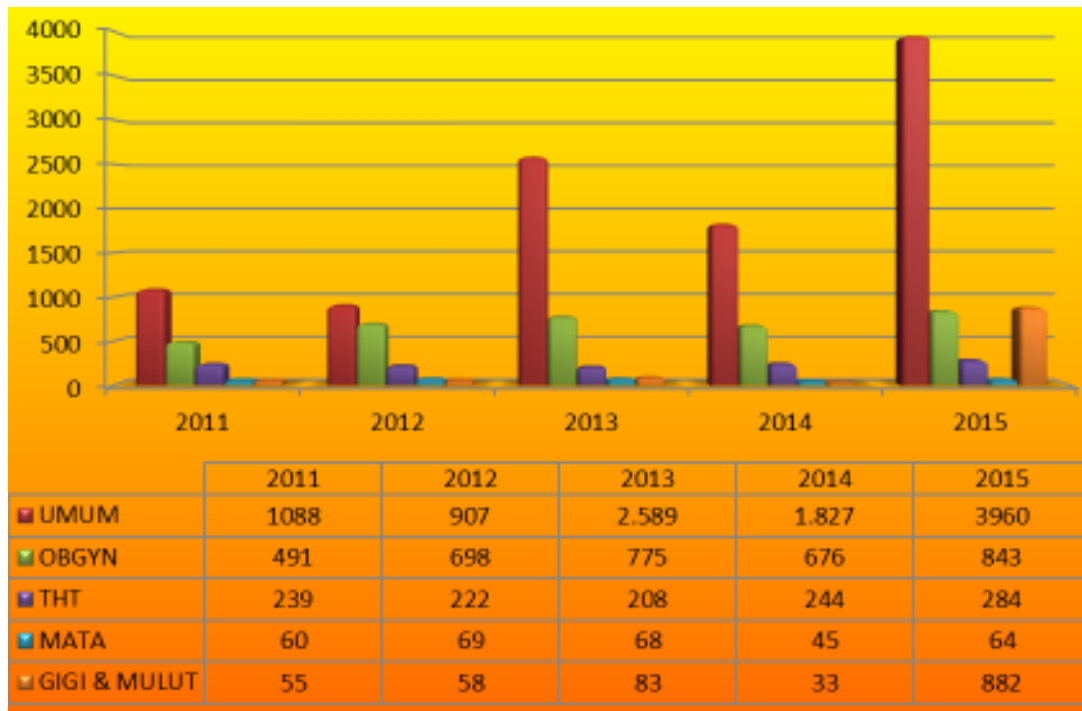
Grafik 2.10
Pelayanan Obsgyn Tahun 2012 – 2016



e. Pelayanan Pembedahan.

Perkembangan pelayanan pembedahan dari tahun 2012 s.d 2016 dapat dilihat pada gambar berikut :

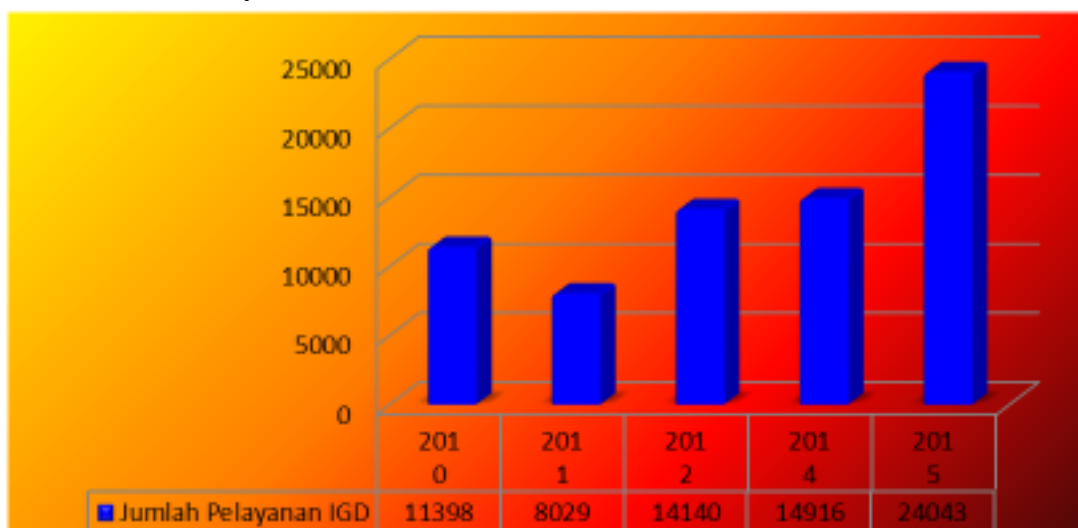
Grafik 2.13
Pelayanan Pembedahan tahun 2012-2016



f. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat

Perkembangan Pelayanan Instalasi Gawat Darurat untuk 5 tahun terakhir terlihat kecenderungan naik.

Grafik 2.16
Pelayanan Instalasi Gawat Darurat tahun 2012-2016



2.3 Isu-isu Penting Penyelenggaraan Tugas dan Fungsi RSUD Kabupaten Temanggung

Rumah Sakit merupakan institusi pelayanan yang sangat kompleks, padat profesi dan padat modal. Kompleksitas ini muncul karena pelayanan di Rumah Sakit menyangkut berbagai fungsi pelayanan, pendidikan dan penelitian, serta mencakup berbagai tingkatan maupun jenis disiplin.

Agar Rumah Sakit dapat melaksanakan fungsi yang demikian kompleks, maka di Rumah Sakit harus memiliki Sumber Daya Manusia yang berkompetensi, sarana, prasarana dan peralatan yang memadai serta dikelola secara profesional.

Hambatan dan permasalahan yang akan dihadapi RSUD Kabupaten Temanggung adalah :

1. Permasalahan Pelayanan

- a. Masih diijinkannya dokter spesialis yang bekerja di Rumah Sakit pesaing.
- b. Masih kurangnya jumlah dan jenis dokter spesialis tetap dan dokter spesialis bagian besar (penyakit dalam, bedah dan anak) sesuai standar rumah sakit kelas B, sehingga mengakibatkan:
 - Pelayanan spesialis kepada pasien masih terbatas, misalnya pada pelayanan spesialis onkologi hanya dilayani pada hari rabu dan sabtu, pelayanan spesialis penyakit paru hanya dilayani pada hari selasa.
 - Jam pelayanan dokter di Rawat Jalan dan visite di Rawat Inap belum bisa tepat waktu.
 - Pelayanan PONEK dilaksanakan dengan posisi dokter spesialis on call/ belum bisa on site.
- c. Billing System belum berfungsi secara optimal mengakibatkan terhambatnya transaksi pembayaran dan informasi pasien.

2. Permasalahan Organisasi dan Sumber Daya Manusia

- a. Belum ditetapkannya Peraturan Daerah Kabupaten Temanggung tentang Struktur Organisasi untuk Rumah Sakit kelas B.
- b. Struktur Organisasi yang berjalan saat ini untuk Rumah Sakit Kelas C terlalu kecil, tidak sesuai dengan kondisi RSUD Temanggung yang kompleks dan padat kegiatan. Hal ini mengakibatkan Pejabat Struktural mengampu tugas pokok dan fungsi jabatan terlalu banyak sehingga tidak optimal.
- c. Dana program pengembangan Sumber Daya Manusia untuk meningkatkan kompetensi terbatas.

3. Permasalahan Sarana dan Prasarana

- a. Sebagian peralatan kesehatan yang ada sudah rusak dan tidak memenuhi standar untuk digunakan.
- b. Pembangunan gedung Rawat Inap 7 lantai bersumber dana dari pinjaman BLUD ke salah satu bank pemerintah dengan jangka waktu pinjaman selama 3 tahun. Besarnya pinjaman BLUD untuk pembangunan gedung mengakibatkan terbatasnya anggaran untuk pemenuhan pengeluaran investasi lainnya/belanja modal.
- c. Belum adanya pemetaan jumlah dan kondisi sarana prasarana sesuai standar dan kebutuhan rumah sakit mengakibatkan kurang terarahnya pemenuhan sarana dan prasarana sesuai prioritas kebutuhan.

Adapun isu-isu penting berkaitan dengan penyelenggaraan Tugas dan Fungsi RSUD Kabupaten Temanggung adalah sebagai berikut :

1. Rasio dokter dan tenaga paramedis terhadap jumlah pasien belum mencukupi;
2. Masih adanya persepsi negative atas pelayanan kesehatan di RSUD Kabupaten Temanggung;
3. Sarana dan prasarana kesehatan yang belum memenuhi standar;
4. Melakukan monitoring dan evaluasi seluruh kegiatan pelayanan;
5. Meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dengan meningkatkan mutu pelayanan yang sudah ada maupun menambah pelayanan yang belum ada sesuai dengan kebutuhan masyarakat.
6. Bekerjanya sistim informasi rumah sakit dalam RSUD Kabupaten Temanggung sehingga resiko-resiko dari pelaksanaan kegiatan dapat dipertanggung jawabkan.
7. Meningkatkan komunikasi dan informasi di seluruh jajaran Rumah Sakit

2.4 Review terhadap Rancangan Awal RKPD

2.5 Penelaahan Usulan Program dan Kegiatan Masyarakat

BAB III

TUJUAN, SASARAN, PROGRAM DAN KEGIATAN TAHUN 2017

3.1 Telaahan terhadap Kebijakan Nasional

Kebijakan pembangunan kesehatan diarahkan pada peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan mendukung 9 Agenda Prioritas Nawacita poin ke 5 “Meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia melalui: Indonesia Pintar, Indonesia Sehat, Indonesia Kerja dan Indonesia Sejahtera” dan meningkatkan pencapaian SDGs 2016-2030.

Fokus kebijakan pembangunan kesehatan diprioritaskan pada:

1. Peningkatan kesehatan ibu, bayi dan balita yang menjamin *continuum of care*
2. Perbaikan status gizi masyarakat
3. Pengendalian penyakit menular serta penyakit tidak menular, diikuti penyehatan lingkungan.
4. Pengembangan sumber daya manusia kesehatan.
5. Peningkatan ketersediaan, keterjangkauan, pemerataan, keamanan, mutu dan penggunaan obat serta pengawasan obat dan makanan
6. Pengembangan sistem jaminan pembiayaan kesehatan
7. Pemberdayaan masyarakat dan penanggulangan bencana dan krisis kesehatan.
8. Peningkatan upaya kesehatan yang menjamin terintegrasinya pelayanan kesehatan primer, sekunder dan tersier.

Berdasarkan arah kebijakan dan prioritas pembangunan kesehatan, RSUD Kabupaten Temanggung berupaya seoptimal mungkin mensinergikan dengan apa yang menjadi arah kebijakan dan prioritas nasional, sebagai berikut:

1. Pelayanan kesehatan orang miskin melalui BPJS dan JKT.
2. Peningkatan Pelayanan RSUD Kabupaten Temanggung melalui pengembangan sarana dan prasarana rumah sakit.
3. Pemenuhan SDM khususnya SDM Kesehatan sesuai Kelas B.

3.2 Tujuan dan Sasaran RENJA

Tujuan dan sasaran yang akan dicapai RSUD Kabupaten Temanggung sesuai dengan Misi ke 5 dan Ke 6 RPJMD Kabupaten Temanggung Tahun 2013 - 2018 adalah sebagai berikut :

Misi 5 : Mewujudkan Peningkatan Budaya Sehat dan Aksesibilitas Kesehatan Masyarakat

TUJUAN	SASARAN	STRATEGI	ARAH KEBIJAKAN
Menjamin Ketersediaan dan Mutu Sumber Daya Kesehatan Sesuai Standar Pelayanan Kesehatan	Meningkatnya Sumber Daya Kesehatan di Semua Tingkatan Pelayanan Kesehatan	Peningkatan Sumber Daya Kesehatan di Semua Tingkatan Pelayanan Kesehatan	Meningkatkan Sumber Daya Kesehatan di Semua Tingkatan Pelayanan Kesehatan

Misi 6 : Mewujudkan Peningkatan Pelaksanaan yang Bersih, Transparan, Tidak KKN, dan Berorientasi pada Pelayanan Publik

TUJUAN	SASARAN	STRATEGI	ARAH KEBIJAKAN
Meningkatnya Kapasitas dan Akuntabilitas Kinerja Birokrasi	Meningkatnya Kinerja Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah	Peningkatan Kinerja Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah	Meningkatkan Kinerja Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah
Meningkatkan Kualitas Perencanaan, Pengendalian, Evaluasi, dan Pengkajian Pembangunan Daerah	Meningkatnya Kualitas Perencanaan, Pengendalian, Evaluasi, dan Pengkajian Pembangunan Daerah	Peningkatan Kualitas Perencanaan, Pengendalian, Evaluasi, dan Pengkajian Pembangunan Daerah	Meningkatkan Kualitas Perencanaan, Pengendalian, Evaluasi, dan Pengkajian Pembangunan Daerah yang Terpadu dan Partisipatif

3.3 Program dan Kegiatan

Sejak tanggal 1 Januari 2012 RSUD Kabupaten Temanggung menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan BLUD, dimana sesuai Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum, 1 (satu) Program dengan 1 (satu) kegiatan. Adapun Program tersebut adalah Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan BLUD RSUD, dengan kegiatan Pelayanan. Program dan Kegiatan serta pendanaan pada tahun 2018 tertuang dalam tabel dibawah ini :

RANCANGAN RENJA TAHUN 2017
PEMERINTAH KABUPATEN TEMANGGUNG

SKPD : RUMAH SAKIT UMUM

No	Usuran/ Bidang Usuran Pemerintahan Daerah, dan Program/Kegiatan	Indikator Kinerja Program/Kegiatan	Rancangan RENJA Tahun 2017					Sumber Dana	Alokasi Anggaran Tahun 2016	Kinerja Anggaran Tahun 2015			Prakiraan Maju Rencana 2018
			Lokasi	Rincian Indikator Kinerja	Target Kinerja	Satuan	Pagu Indikatif			Alokasi	Realisasi	%	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)

BELANJA TIDAK LANGSUNG

B. Belanja Bantuan Sosial Usuran Kesehatan													
1.	Pelayanan kesehatan orang miskin yang tidak dapat dibayar Jamkesmas(JKT)	Terlayannya penduduk miskin yang tidak ditanggung Jamkesmas sejumlah 3.903 orang	Temanggung	-	100	%	10.000.000.000	DAU	4.000.000.000	5.200.000.000	5.194.605.710	99,90	10.000.000.000
C. BELANJA BUNGA													
1.	Belanja bunga dan pokok pinjaman Bank Jateng	Terbayarnya bunga dan pokok pinjaman BLUD pada bank Jateng guna pembangunan Rumah Sakit 7 lantai	Temanggung		1	keg	14.000.000.000	BLUD	14.000.000.000	0	0	-	14.000.000.000
Jumlah Indikasi Pendanaan Belanja Tidak Langsung							24.000.000.000		18.000.000.000	5.200.000.000	5.194.605.710		24.000.000.000

BELANJA LANGSUNG

.. KESEHATAN													
1.	Program pengadaan, peningkatan sarana dan prasarana rumah sakit/rumah sakit jiwa/rumah sakit paru-paru/rumah sakit mata												

1.	Pelayanan Rujukan (DAK Kesehatan)	Tersedianya Gedung Pelayanan Kesehatan RS, alat-alat kedokteran dan ambulans	Temanggung	-	362	unit	118.583.616.000	DAK	7.237.310.000	2.097.770.000	2.036.131.818	97,06	80.000.000.000
2.	Pendampingan Pelayanan Rujukan (Pendampingan DAK Kesehatan)	Tersedianya fasilitas Pendampingan Pelayanan Rujukan (Pendampingan DAK Kesehatan)	Temanggung	-	1	kegiatan	500.000.000	DAU	29.000.000	284.567.000	269.511.182	94,71	100.000.000
3.	Pengadaan Alat Kesehatan RSUD Temanggung (Bantuan Gub)	Tersedianya alat kedokteran	Temanggung	-	1	paket	12.000.000.000	BANKEU	25.000.000.000	4.900.000.000	2.977.509.110	58,72	12.000.000.000
4.	Pendampingan Pengadaan Alat Kesehatan RSUD	Tersedianya fasilitas Pengadaan Alat Kesehatan RSUD Temanggung (Bantuan Keuangan APBD Prov. Jateng)	Temanggung	-	1	paket	25.000.000	DAU	23.220.000	25.000.000	22.216.700	88,87	25.000.000
5.	Pengadaan Alat-alat Rumah Tangga RS dan Alat Kedokteran Penyakit Paru (DBHCHT)	Tersedianya alat-alat rumah tangga dan alat kedokteran Penyakit Paru	Temanggung	-	1	paket	3.000.000.000	DBHCHT	2.999.251.000	16.994.000.000	16.986.617.576	99,97	3.000.000.000

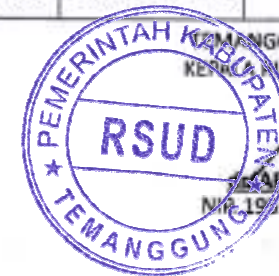
C. Program peningkatan kualitas pelayanan kesehatan pada BLUD RSUD

1.	Kegiatan Pelayanan	Terlaksananya kegiatan kegiatan pelayanan, dan pembayaran pokok pinjaman	Temanggung	-	2	Kegiatan	79.000.000.000	BLUD	107.454.829.007	148.942.031.000	97.401.535.044	65,40	80.000.000.000
----	--------------------	--	------------	---	---	----------	----------------	------	-----------------	-----------------	----------------	-------	----------------

2. PERENCANAAN PEMBANGUNAN

A. Program Perencanaan Pembongkaran Daerah

1.	Penyusunan Dokumen	Tersusunnya Dokumen	Temanggung	-	10	Dokumen	1.500.000	DAU	1.500.000	750.000	750.000	100,00	1.500.000
	Perencanaan dan Pelaporan SKPD	Perencanaan dan Pelaporan SKPD											
Jumlah Indikasi Pendanaan Belanja Langsung						213.110.116.000		142.745.110.007	173.244.118.000	119.596.271.432			175.126.500.000



TEMANGGUNG, -08-2016
 KEPALA UMUMAH SAKIT UMUM

[Handwritten Signature]

ATIYONO, M.kes
 NIP.197909191988011001

17.

BAB IV PENUTUP

4.1 Catatan penting yang perlu mendapat perhatian:

Penyusunan serta penetapan berbagai program dan kegiatan di RSUD Kabupaten Temanggung ditujukan untuk meningkatkan kualitas perencanaan yang diukur berdasarkan indikator kinerja yang tertuang dalam Rencana Strategis (Renstra) RSUD Kabupaten Temanggung 2014-2018. Program dan Kegiatan yang tertuang dimaksud harus menerapkan prinsip-prinsip efisiensi, efektivitas, transparansi dan akuntabilitas. Guna memperoleh optimalisasi pencapaian hasil pada pelaksanaan program/ kegiatan yang dilaksanakan di RSUD Kabupaten Temanggung diperlukan koordinasi dan sinkronisasi dengan unit kerja terkait dan pelaksana program/kegiatan.

4.2 Kaidah-kaidah pelaksanaan:

Dalam upaya sinkronisasi dan sinergitas pelaksanaan setiap program dan kegiatan harus mempedomani dokumen-dokumen perencanaan yang ada di atasnya diantaranya RPJMD Kabupaten Temanggung tahun 2013-2018, RKPD Kabupaten Temanggung tahun 2018 dan Renstra RSUD Kabupaten Temanggung tahun 2014-2018.

4.3 Rencana tindak lanjut:

- a. Mengintensifkan koordinasi dengan seluruh unit kerja di RSUD Kabupaten Temanggung dalam rangka sinergitas perencanaan agar program dan kegiatan yang dilaksanakan dapat berdaya guna dan berhasil guna;
- b. Menyusun dan menetapkan dokumen perencanaan tepat waktu sesuai jadwal yang telah ditetapkan;
- c. Menjadikan hasil evaluasi program dan kegiatan sebagai dasar perencanaan yang lebih baik dan tepat sasaran untuk tahun berikutnya.

Demikianlah Rencana Kerja RSUD Kabupaten Temanggung Tahun 2018 ini dibuat dalam rangka perwujudan pelaksanaan tugas pokok dan fungsi pengelolaan sumber daya dan pelaksanaan kebijakan yang dipercayakan berdasarkan Program Kerja RSUD Kabupaten Temanggung Tahun 2018, sehingga akan mampu meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan pada masyarakat.