



LAPORAN
PENILAIAN KINERJA BLUD RSUD
OLEH TIM SPI
TAHUN 2025

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
dr LA PALALOI
KABUPATEN MAROS



HALAMAN PENGESAHAN

Laporan Penilaian Kinerja Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) RSUD dr. La Palaloi Kab. Maros Tahun 2025 ini telah disusun sebagai bentuk pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas dan fungsi serta kinerja pelayanan selama periode tersebut. Dengan ini kami menyatakan bahwa seluruh isi laporan ini telah disusun secara benar, transparan, dan dapat dipertanggungjawabkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.


Mengetahui,
Direktur
dr. Sri Spamsinar Rachmah, S.Ked
NIP. 19801115 201001 2 022

Maros, Februari 2026

Satuan Pengawas Internal,


Wiwi Indraswari, S.Gz, M.Kes
NIP : 19870928 201101 2 010


Yohanis Mangatta, SE.Ak
SK No.197/72/RSUD/2025

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas rahmat dan karunia-Nya, laporan Penilaian Kinerja Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Rumah Sakit ini dapat disusun dengan baik dan tepat waktu.

Laporan ini disusun sebagai bentuk pertanggungjawaban serta evaluasi terhadap kinerja pelayanan, keuangan, dan administrasi BLUD Rumah Sakit selama periode tertentu. Penilaian kinerja ini diharapkan dapat memberikan gambaran yang objektif mengenai capaian yang telah diraih, sekaligus menjadi dasar dalam upaya peningkatan mutu layanan dan pengelolaan rumah sakit yang lebih efektif, efisien, transparan, dan akuntabel.

Kami menyadari bahwa dalam penyusunan laporan ini masih terdapat kekurangan. Oleh karena itu, kami mengharapkan kritik dan saran yang konstruktif dari berbagai pihak demi perbaikan dan penyempurnaan di masa yang akan datang.

Kami juga menyampaikan terima kasih kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan laporan ini, baik secara langsung maupun tidak langsung.

Akhir kata, semoga laporan ini dapat memberikan manfaat bagi pengembangan dan peningkatan kinerja BLUD Rumah Sakit ke depan.

Maros, Februari 2026

Satuan Pengawas Internal

DAFTAR ISI

Halaman Judul i

Halaman Pengesahan ii

Kata Pengantar iii

Daftar Isi iv

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang 1

B. Pengertian Laporan Kinerja BLUD RS 1

C. Tujuan Laporan Kinerja 2

D. Sasaran Laporan Kinerja 2

E. Manfaat Laporan Kinerja 3

F. Ruang Lingkup Laporan Kinerja 4

G. Dasar Hukum dan Regulasi Terkait 4

H. Sistematika 5

BAB II GAMBARAN UMUM BLUD RSUD dr. LA PALALOI

A. Gambaran Umum Geografis dan Demografis BLUD RS 6

B. Informasi Umum BLUD RS 7

C. Pelayanan BLUD RS 7

D. Gambaran Umum Sarana dan Prasarana BLUD RS 19

E. Gambaran Umum Sumber Daya BLUD RS 22

BAB III RENCANA STRATEGIS DAN PERJANJIAN KINERJA BLUD RS

A. Visi dan Misi BLUD RS 27

B. Motto dan Tata Nilai BLUD RS 27

C. Tujuan dan Sasaran BLUD RS 27

D. Permasalahan dan Isu Strategis BLUD RS 33

E. Strategi dan Kebijakan BLUD RS 33

BAB IV PELAPORAN KINERJA BLUD RS

A. Pelaporan Kinerja Umum Operasional Non Keuangan dan Keuangan .. 43

BAB V ANALISA KINERJA BLUD RSUD

A. Identifikasi Masalah 105

B. Prioritas Masalah 121

C. Akar Penyebab dan Pemecahan Masalah 123

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan 125

B. Saran dan Usulan 126

LAMPIRAN-LAMPIRAN

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) memiliki peran strategis dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Status BLUD memberikan fleksibilitas dalam pengelolaan keuangan, sumber daya manusia, serta operasional agar RS dapat lebih responsif, efisien, dan berorientasi pada mutu layanan. Namun, fleksibilitas tersebut harus diimbangi dengan tata kelola yang transparan, akuntabel, dan berbasis kinerja.

Penilaian kinerja RSUD BLUD dilakukan untuk memastikan bahwa setiap kegiatan, penggunaan sumber daya, dan penyelenggaraan layanan kesehatan telah sesuai dengan prinsip efektivitas, efisiensi, produktivitas, transparansi, dan akuntabilitas publik. Evaluasi kinerja juga menjadi instrumen penting dalam menilai sejauh mana RSUD BLUD telah mencapai target yang ditetapkan dalam Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) serta kontribusinya terhadap pencapaian tujuan pembangunan kesehatan daerah.

Penilaian kinerja BLUD RS (Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit) adalah evaluasi yang mengukur pencapaian target kinerja keuangan, pelayanan, dan mutu/manfaat bagi masyarakat. Aspek-aspek ini menilai kinerja keuangan (kepatuhan dan rasio keuangan), kualitas pelayanan (efisiensi, kepuasan pasien), dan manfaat yang dirasakan masyarakat, seperti cakupan dan dampak program kesehatan, sesuai dengan standar yang ditetapkan dan peraturan perundang-undangan. Tujuannya adalah untuk mendorong peningkatan profesionalisme, produktivitas, transparansi, dan akuntabilitas RS, serta menjadi dasar perbaikan berkelanjutan dalam pelayanan publik.

B. Pengertian Laporan Kinerja BLUD RS

Laporan Kinerja BLUD RS (Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit) adalah laporan yang berisi pertanggungjawaban kinerja rumah sakit dalam pengelolaan keuangan, pelayanan, dan tata kelola berdasarkan perjanjian kinerja yang telah ditetapkan. Laporan ini berfungsi sebagai alat evaluasi untuk mengukur pencapaian target, meningkatkan transparansi, akuntabilitas, dan kualitas layanan, serta mendorong perbaikan berkelanjutan di rumah sakit.

C. Tujuan Laporan Kinerja

- **Evaluasi dan Pengukuran:**
Mengukur pencapaian target kinerja yang telah ditetapkan baik dalam aspek keuangan, pelayanan kesehatan, maupun tata kelola.
- **Akuntabilitas dan Transparansi:**
Sebagai bentuk pertanggungjawaban kepada pemerintah daerah, pemangku kepentingan, dan masyarakat.
- **Perbaikan Berkelanjutan:**
Mengidentifikasi kekuatan dan kelemahan operasional untuk merancang strategi perbaikan kualitas layanan di masa mendatang.
- **Penyempurnaan Kebijakan:**
Menjadi bahan penyempurnaan kebijakan perencanaan dan pelaksanaan pembangunan, khususnya di bidang kesehatan.

D. Sasaran Laporan Kinerja

Sasaran Laporan Kinerja BLUD Rumah Sakit adalah evaluasi objektif terhadap kinerja keuangan dan non-keuangan, peningkatan efisiensi, efektivitas, dan akuntabilitas pengelolaan, pemenuhan kewajiban regulasi dan transparansi, serta identifikasi kekuatan, kelemahan, dan peluang perbaikan layanan berkelanjutan untuk meningkatkan kualitas pelayanan publik.

Berikut adalah rincian sasaran tersebut:

- **Evaluasi Kinerja:**
Menilai dan mengevaluasi pencapaian sasaran kinerja yang telah ditetapkan, baik dari aspek keuangan maupun aspek non-keuangan (layanan, administrasi, dll.).
- **Peningkatan Pengelolaan:**
Memastikan pengelolaan BLUD yang efisien, efektif, dan akuntabel, serta menjadi dasar pengambilan keputusan untuk perbaikan berkelanjutan.
- **Pemenuhan Regulasi:**
Memastikan kepatuhan BLUD terhadap peraturan perundang-undangan yang berlaku, seperti Permendagri No. 79 Tahun 2018, yang mengatur tentang Badan Layanan Umum Daerah.
- **Transparansi dan Akuntabilitas:**
Meningkatkan transparansi dan akuntabilitas pengelolaan kepada pemerintah daerah, stakeholder, dan masyarakat.

- **Identifikasi Perbaikan:**
Mengidentifikasi kekuatan, kelemahan, dan peluang untuk merancang strategi perbaikan dan peningkatan kualitas layanan di masa mendatang.
- **Dasar Perencanaan:**
Memberikan masukan penting untuk penyusunan Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) serta perencanaan strategi BLUD lainnya.

E. Manfaat Laporan Kinerja

1. Bagi Internal Rumah Sakit (Manajemen & SDM)

- **Alat Evaluasi** → melihat sejauh mana target (indikator BOR, LOS, BTO, kepuasan pasien, keuangan) tercapai.
- **Dasar Pengambilan Keputusan** → manajemen dapat menyusun strategi perbaikan layanan, pengadaan SDM, maupun pengembangan sarana.
- **Peningkatan Akuntabilitas** → pegawai dan manajemen terdorong bekerja sesuai target dan standar mutu.
- **Motivasi SDM** → capaian kinerja yang baik menjadi apresiasi, capaian rendah jadi bahan perbaikan

2. Bagi Pihak Eksternal (Pemerintah Daerah, DPRD, Masyarakat, BPJS, Mitra)

- **Transparansi & Pertanggungjawaban** → pemerintah dan masyarakat bisa menilai bagaimana dana publik digunakan untuk layanan kesehatan.
- **Dasar Kebijakan & Penganggaran** → Pemda dan DPRD menggunakan laporan untuk menentukan alokasi anggaran dan dukungan kebijakan.
- **Meningkatkan Kepercayaan Publik** → masyarakat mengetahui mutu dan kualitas layanan RS.
- **Alat Komunikasi dengan Mitra** → BPJS, donor, dan lembaga lain bisa menilai kinerja RS untuk kerja sama lebih lanjut.

3. Bagi Entitas (Rumah Sakit sebagai BLUD)

- **Penguatan Tata Kelola** → memastikan RS beroperasi sesuai prinsip good governance (efisien, efektif, transparan).
- **Dasar Penilaian Kinerja Organisasi** → apakah RS telah mencapai visi, misi, dan sasaran strategisnya.
- **Landasan Pengembangan Jangka Panjang** → laporan menjadi input bagi Renstra (Rencana Strategis) dan RBA (Rencana Bisnis Anggaran).
- **Akreditasi & Reputasi** → kinerja yang terdokumentasi dengan baik mendukung pencapaian akreditasi RS dan citra positif sebagai institusi pelayanan publik.

F. Ruang Lingkup Laporan Kinerja

Evaluasi penilaian kinerja RSUD BLUD ini mencakup periode Tahun 2024 (Januari – Desember). Ruang lingkup penilaian difokuskan pada empat aspek utama :

1. Kinerja Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan

Kinerja perspektif pembelajaran dan pertumbuhan adalah kinerja organisasi yang merupakan pondasi strategi organisasi yang seringkali disebut sebagai strategi investasi untuk masa depan. Pada perspektif ini organisasi melakukan investasi infrastruktur, sumber daya manusia, riset untuk pengembangan produk dan/atau jasa baru, serta system dan prosedur untuk mencapai tujuan jangka panjang organisasi. Kinerja dari perspektif pembelajaran dan pertumbuhan ini diberi bobot perspektif 20%.

2. Kinerja Perspektif Proses Layanan Internal

Kinerja perspektif proses layanan internal adalah kinerja organisasi dari sudut pandang proses kerja yang menjadi tugas dan fungsi (kompetensi ini). Apabila proses layanan internal ini berjalan dengan baik maka organisasi berpeluang besar mencapai visi dan misinya sehingga menciptakan nilai bagi pelanggan dan berpengaruh terhadap ketersediaan dana untuk operasional. Kinerja dari proses layanan internal ini diberi bobot kinerja perspektif 30%.

3. Kinerja Perspektif Pelanggan

Kinerja perspektif pelanggan adalah kinerja organisasi dari sudut pandang kepuasan pelanggan. Pada perspektif ini, organisasi dimulai dari identifikasi target pelanggan dan menentukan segmen pasar yang akan dilayani. Selanjutnya organisasi akan focus untuk memberikan perhatian dan pelayanan kepada pelanggan yang dituju dan bahkan lingkungan sekitar untuk mencapai visi dan misi organisasi. Kinerja dari perspektif pelanggan ini diberi bobot kinerja perspektif 30%.

4. Kinerja Perspektif Keuangan

Kinerja perspektif keuangan adalah kinerja organisasi dari sudut pandang keuangan sebagai hasil kerja sekaligus sebagai input untuk modal kerja pembiayaan pelaksanaan pelayanan BLUD RSUD. Kinerja dari perspektif keuangan ini diberi bobot kinerja perspektif 20%.

G. Dasar Hukum dan Regulasi Terkait

1. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara.
2. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum, sebagaimana telah diubah dengan PP Nomor 74 Tahun 2012.
3. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah.

4. Permendagri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan BLUD.
5. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
6. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (terutama pengelolaan urusan kesehatan oleh Pemda).
7. Peraturan Kepala Daerah/Peraturan Daerah terkait penetapan status BLUD RSUD di masing-masing wilayah.

H. Sistematika

Adapun outline sistematika penulisan laporan kinerja BLUD RS dr. La Palaloi adalah:

Bagian Awal

1. Halaman Sampul
2. Halaman Pengesahan
3. Kata Pengantar
4. Daftar Isi

Bagian Inti

Bab I – Pendahuluan

Bab II – Profil Rumah Sakit

Bab III – Perencanaan Kinerja

Bab IV – Capaian Kinerja

Bagian Akhir

Lampiran

BAB II

GAMBARAN UMUM BLUD RSUD dr. LA PALALOI

A. Gambaran Umum Geografis dan Demografis BLUD RS

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. La Palaloi Kabupaten Maros merupakan satu-satunya rumah sakit daerah milik pemerintah Kabupaten Maros dengan jangkauan seluas 1.619,11 KM dengan jumlah penduduk sebanyak 367,535 jiwa, Penduduk Kabupaten Maros yang terdiri dari 183.899 jiwa penduduk laki-laki dan 183,636 jiwa penduduk perempuan tersebut tersebar di 14 (empat belas) kecamatan definitif dan 103 desa/kelurahan yang dilayani oleh 14 buah puskesmas yang ada di setiap kecamatan.

RSUD dr. La Palaloi Kabupaten Maros merupakan rumah sakit pusat rujukan di Kabupaten Maros yang dibangun pada tahun 1982 dan mulai dioperasikan pada bulan Agustus 1983 sebagai rumah sakit tipe D. Secara teknis administrasi maupun secara teknis operasional merupakan UPTD yang bertanggung jawab kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Maros.

Kabupaten Maros merupakan pintu gerbang sebelah utara Kota Makassar, Ibu Kota Provinsi Sulawesi Selatan yang cukup strategis terutama bagi lalu lintas transportasi darat dan udara. Secara geografis Kabupaten Maros terletak di bagian barat Sulawesi Selatan antara 40° 45' - 50° 07' Lintang selatan dan 109° 205' – 129 12' Bujur Timur yang berbatasan dengan:

- Sebelah Utara dengan Kabupaten Pangkep
- Sebelah Timur dengan Kabupaten Bone
- Sebelah Selatan dengan Kota Makassar dan Kabupaten Gowa
- Sebelah Barat dengan Selat Makassar

RSUD Maros berubah nama menjadi RSUD Salewangang Kabupaten Maros berdasarkan surat keputusan Bupati Maros tanggal 1 Agustus 1988 nomor 3721/SKPTS/445/VIII/1988. Selanjutnya pada tahun 1999 RSUD Salewangang Kabupaten Maros menjadi rumah sakit tipe C sesuai SK Menkes RI Nomor 1228/MENKES/SK/X/1997 tanggal 28 Oktober 1997. Pengelolaan rumah sakit didasarkan pada peraturan daerah nomor 16 tahun 1999 tentang pembentukan organisasi dan tata kerja rumah sakit umum daerah kelas C Dati II Maros. Seiring dengan perkembangan perumahsakit dan tuntutan pelayanan yang semakin meningkat maka pada tahun 2001 RSUD Salewangang Kabupaten Maros mengalami perubahan struktur organisasi dan tata kerja menjadi Badan Pengelolaan RSUD Salewangang Kabupaten Maros sesuai dengan Peraturan Daerah nomor 19 tahun 2001 tentang pembentukan susunan organisasi dan tata kerja Badan Pengelolaan Rumah Sakit

Daerah Kabupaten Maros. Berdasarkan Perda tersebut RSUD Salewangang Kabupaten Maros tidak lagi menjadi UPTD dari Dinas Kesehatan Kabupaten Maros tetapi bertanggung jawab langsung kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah Kabupaten Maros.

Pada tanggal 10 Februari 2021 RSUD Salewangang Kab.Maros berubah nama menjadi RSUD dr.La Palaloi Kab Maros berdasarkan Peraturan Bupati Maros Nomor 17 Tahun 2021 Tentang Perubahan Nama Rumah Sakit Umum Daerah Salewangang menjadi RSUD dr.La Palaloi

Pada Tanggal 15 Januari 2018, berdasarkan Keputusan Komisi Akreditasi Rumah Sakit Nomor: KARS –SERT/1071/I/2018 Rumah sakit telah memenuhi standar akreditasi Rumah Sakit dan dinyatakan Lulus Tingkat Paripurna. Seiring berjalannya waktu Rumah Sakit dr. La palaloi pada Tanggal 1 Desember 2023 kembali berhasil memperoleh sertifikat akreditasi tingkat kelulusan Paripurna oleh Tim Akreditasi Rumah sakit (KARS) berdasarkan sertifikat Nomor :KARS-SERT/1353/XI/2023.

Seiring dengan terbitnya Peraturan Daerah Kabupaten Maros Nomor 12 Tahun 2012, struktur organisasi RSUD dr. La Palaloi Kabupaten Maros kembali mengalami perubahan. Sejak tahun 2014 untuk lebih meningkatkan pelayanan terhadap pasien, RSUD dr. LaPalaloi Kabupaten Maros mengembangkan kerjasama dalam bentuk Memorandum of Understanding (MoU) dengan beberapa fasilitas kesehatan. Kerjasama ini dilakukan untuk memenuhi kebutuhan pelayanan penunjang yang belum tersedia di rumah sakit. MoU yang telah diadakan diantaranya adalah MoU RSUP dr.Wahidin Sudirohusodo untuk pelayanan rujukan . Klinik Prof.Bahtiar untuk pemeriksaan patologi anatomi jaringan, dan MoU dengan Unit Transfusi Darah Provinsi Sulawesi Selatan untuk penyediaan Darah.

B. Informasi Umum BLUD RS

Pada akhir tahun 2016 RSUD Salewangang Kabupaten Maros ditetapkan sebagai perangkat daerah yang menerapkan pola pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah berdasarkan Surat Keputusan Bupati Maros Nomor 1637/KPTS/445/XII/2016 tanggal 30 Desember 2016 dan pada tanggal 2 Januari 2024 RSUD dr.La Palaloi sebagai Unit Pelaksana Tehnis Daerah yang menerapkan pola pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah berdasarkan Surat Keputusan Bupati Maros Nomor :11/KPTS/445/I/2024.

C. Pelayanan BLUD RS

Peningkatan pelayanan kesehatan di RSUD dr. La Palaloi Kabupaten Maros terus diupayakan sejalan dengan meningkatnya tuntutan masyarakat akan pelayanan yang optimal, bermutu dan profesional. Jenis dan fasilitas pelayanan kesehatan sebagai berikut:

A. JENIS PELAYANAN

Kunjungan pasien ke RSUD dr. La Palaloi Kabupaten Maros, baik pelayanan rawat jalan, rawat inap, IGD serta pelayanan penunjang pada tahun 2025 mengalami kenaikan jika dibandingkan dengan tahun 2024.

1. Pelayanan Rawat Jalan

Pelayanan rawat jalan dilakukan di 14 poliklinik yaitu Poliklinik Umum, Poliklinik Gigi dan Mulut dan Poliklinik Spesialis Penyakit Dalam (Interna), Bedah, Anak, THT, Mata, Kulit & Kelamin, Jiwa, Penyakit Saraf, Jantung, Obgyn, dan Paru.

- *Poliklinik Umum*

Pelayanan kesehatan yang diberikan pada Poliklinik Umum adalah:

- Pemeriksaan Fisik & Jasmani
- Surat Keterangan Berbadan Sehat
- Surat Keterangan Bebas Narkoba

- *Poliklinik Gigi dan Mulut*

Pelayanan kesehatan yang diberikan pada Poliklinik Gigi dan Mulut adalah:

- Pemeriksaan Gigi
- Perawatan Gigi
- Penambalan dan Pencabutan Gigi
- Scalling (Pembersihan Karang Gigi)
- Pemasangan Kawat Gigi

- *Poliklinik Anak*

Pelayanan kesehatan yang diberikan pada Klinik Anak adalah:

- Konsultasi
- Pemeriksaan
- Pengobatan dan tindakan pada anak
- Layanan tumbuh kembang
- Nebulizer

- *Poliklinik Penyakit Dalam (Interna)*

Pelayanan kesehatan yang diberikan pada Poliklinik Penyakit Dalam antara lain: Memberikan pelayanan penanganan masalah kesehatan organ dalam tanpa bedah, seperti diabetes melitus, sakit ginjal, sakit lambung, lever, dll. Ditangani oleh dokter ahli penyakit dalam yang profesional dan berpengalaman dibidangnya serta ditunjang dengan fasilitas yang memadai sesuai dengan kebutuhan pasien, keluhan pasien mengenai penyakit dalam dapat ditangani dengan baik.

- *Poliklinik THT*

Pelayanan yang ditangani oleh Klinik THT antara lain:

- Pemeriksaan Telinga, Hidung dan Tenggorokan
- Tindakan THT (Corpus Alienum, Cerumen Prope, Operasi Amandel,dll).

- *Poliklinik Bedah*

Pelayanan kesehatan yang diberikan pada Klinik Bedah adalah:

- Pemeriksaan pada Klinik Bedah
- Operasi Kecil
- Pengobatan Pasca Operasi
- Konsultasi Seputar Proses Pembedahan

- *Poliklinik Mata*

Pelayanan yang ditangani oleh Klinik Mata antara lain:

- Pemeriksaan Mata (Mata Minus, Mata Plus, dll)
- Pemeriksaan Katarak
- Operasi Kecil Sekitar Mata
- Operasi Mata menggunakan Fakoemulsifikasi

- *Poliklinik Kulit & Kelamin*

Pelayanan kesehatan yang diberikan pada Klinik Kulit dan Kelamin adalah:

Pemeriksaan, penanganan dan pengobatan serta perawatan berbagai macam masalah kulit dan kelamin yang ditangani langsung oleh dokter spesialis kulit dan kelamin.

- *Poliklinik Jiwa*

Pelayanan yang ditangani oleh Klinik Jiwa antara lain:

- Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi kesehatan jiwa
- Pelayanan farmakoterapi
- Pelayanan psikoterapi
- Pelayanan psikiatri anak dan Remaja

- *Poliklinik Saraf*

Poliklinik Saraf RSUD dr. La Palaloi Maros memberikan pelayanan :

Saraf yang prima, efektif dan efisien terhadap pasien dengan keluhan atau masalah seperti nyeri kepala, leher, pinggang, vertigo, cedera kepala, perdarahan otak, stroke dan organ syaraf lainnya.

- *Poliklinik Jantung*

Pelayanan yang ditangani oleh poli jantung antara lain:

- Pemeriksaan rekam jantung Elektrokardiograph dan Echocardiograph

- Melakukan pelayanan pemeriksaan deteksi dini kelinan pada jantung
- Melakukan terapi pada penyakit Jantung

- *Poliklinik Obgyn*

Pelayanan yang ditangani oleh poli Obgyn antara lain:

- Pemeriksaan USG Obstetris
- Pemeriksaan USG Transvaginal
- Pemeriksaan Pap Smear
- Pemeriksaan Biopsi
- Penanganan dan pemeriksaan luka operasi
- Penanganan dan perawatan luka pasca operasi
- Penanganan pasang cabut IUD
- Penanganan pasang cabut Vesarium
- Pemeriksaan Spekulum
- Terapi dan penanganan sesuai diagnosis/penyakit.
- Pelayanan pembuatan surat keterangan Izin terbang dan tidak hamil.

- *Poliklinik Paru*

Pelayanan yang ditangani oleh poli Paru antara lain:

- Pemeriksaan Paru
- Pengobatan TBC Paru
- Konsultasi kesehatan Paru, dll.

2. Pelayanan Rawat Inap

Upaya penanggulangan dan pengembalian layanan rawat inap kepada situasi semula terus dilakukan dengan mengantisipasi kemungkinan pemberlakuan kembali langkah–langkah pembatasan. Pelayanan rawat inap dilakukan pada 23 ruang perawatan yaitu ruang poliklinik, OKB, IGD, dahlia, Ruang Perawatan Kls 3, ICU, Azalea/NICU, PICU, Teratai (Ruang Isolasi), Anggrek, Seruni A dan B, Obgyn, Radiologi, IPRS, Kesehatan Lingkungan, Farmasi, Fisioterapi, Laboratorium, Rekam Medis, BDRS, Gizi, CSSD & Laundry dan Ruang Jenazah & Ambulance. Jumlah tempat tidur yang tersedia untuk pelayanan rawat inap sebanyak 170 buah tempat tidur dan tersebar dalam beberapa kelas perawatan.

A. Untuk perawatan VIP, fasilitas yang tersedia berupa 1 (satu) tempat tidur untuk pasien, 1 (satu) tempat tidur untuk penjaga, AC, televisi, kulkas, 1 (satu) set sofa tamu, lemari pakaian dan kamar mandi/WC.



B. Untuk perawatan Kelas I, dalam setiap kamar terdapat fasilitas 2 buah tempat tidur untuk pasien, AC, lemari pasien, dan kamar mandi/WC.



F. Perawatan Kelas II, dalam setiap kamar terdapat 3-4 tempat tidur Pasien peruangan, dilengkapi dengan lemari pasien, kipas angin, WC.



G. Untuk perawatan Kelas III tersedia 2 – 6 tempat tidur, pada masing-masing Kamar dilengkapi dengan lemari pasien dan kamar mandi/WC.



H. Perawatan perinatologi tersedia 8 tempat tidur yang dilengkapi dengan peralatan seperti fototerapi, inkubator, infant warmer, AC dan ruang menyusui. Perawatan Perinatologi ini terletak di dua instalasi perawatan yaitu perawatan Cempaka (4 tempat tidur) dan di perawatan Azalea (8 tempat tidur).



- I. Perawatan intensif (*Intensive Care Unit/ICU*). Bagi pasien yang memerlukan pelayanan intensif tersedia 1 (satu) gedung khusus dengan kapasitas 7 (tujuh) buah tempat tidur. Ruang perawatan ICU ini juga dilengkapi dengan ruang tunggu untuk keluarga pasien.



- J. Untuk perawatan pasien Isolasi (Teratai A), Pihak RSUD dr. La Palaloi Maros telah menyediakan ruangan isolasi dengan kapasitas 26 tempat tidur yang terbagi di beberapa ruang perawatan. Untuk mendukung penanganan pasien agar lebih optimal, RSUD dr. La Palaloi Maros juga dilengkapi dengan beberapa alat bantu pernafasan atau ventilator.



C. Pelayanan Gawat Darurat

Instalasi Gawat Darurat RSUD dr. La Palaloi Maros adalah merupakan unit yang memberikan penanganan awal bagi pasien yang memerlukan tindakan segera untuk

mengurangi resiko kecacatan/kematian bagi pasien. Instalasi Gawat Darurat juga merupakan bagian dari pelayanan rumah sakit yang memberikan pelayanan kepada masyarakat selama 24 jam setiap hari.

Pelayanan Gawat Darurat dilaksanakan pada Instalasi Rawat Darurat (IRD) dan Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK). Di IRD terdapat ruang observasi untuk pasien Bedah, Non Bedah dan Anak serta ruangan isolasi Covid dengan kapasitas 7 tempat tidur pasien. Sementara di Gedung PONEK terdapat 3 tempat tidur untuk observasi. Instalasi ini dilengkapi dengan ruang tindakan, ruang tunggu pengantar pasien, pos *security*, lahan parkir IGD, dan pelayanan ambulance 24 jam.

Jenis pelayanan di Instalasi Gawat Darurat:

1. Pelayanan Pasien dengan Kegawat Daruratan
2. Pemeriksaan Kesehatan oleh Dokter Umum

Jenis Pelayanan di Instalasi Gawat Darurat Ponek Meliputi:

1. Pelayanan Pasien dengan Kegawat daruratan
2. Pemeriksaan Kesehatan Oleh TIM Ponek
3. Penanganan operatif cepat dan tepat meliputi laparatomi dan seksio cesarea
4. Perawatan intensif ibu dan bayi



D. Pelayanan Bedah Sentral (IBS)

Pelayanan bedah sentral menyelenggarakan kegiatan sebagai berikut :

- 1) Menyelenggarakan persiapan menjelang operasi, yang meliputi:
 - a. Tenaga
 - b. Prasarana dan sarana
 - c. Peralatan
 - d. Bahan operasi
- 2) Penanganan operasi/bedah
- 3) Pelayanan pemulihan kesadaran

4) Pemeliharaan peralatan bedah.

Instalasi Bedah Sentral memiliki 4 Kamar operasi melayani:

- a. Operasi bedah Umum;
- b. Operasi Bedah Obgyn;
- c. Operasi Bedah Mata;
- d. Operasi Bedah Orthopedi;
- e. Operasi Bedah THT



E. Pelayanan Penunjang

Pelayanan penunjang terdiri dari beberapa pelayanan, antara lain :

1. Pelayanan Laboratorium yang tersedia 24 jam untuk pemeriksaan patologi klinik meliputi pemeriksaan hematologi, kimia klinik, serologi, bakteriologi, gula darah, urine dan faeces. Pelayanan ini didukung oleh 2 orang dokter spesialis patologi klinik dan 12 orang tenaga laboran. Di samping itu untuk memenuhi permintaan pemeriksaan laboratorium yang belum tersedia, RSUD Dr. La Palaloi telah mengadakan kerjasama (*MoU*) dengan Laboratorium Kesehatan Daerah Propinsi Sulawesi Selatan.



2. Pelayanan Radiologi yang juga tersedia 24 jam untuk pemeriksaan fototampa bahan kontras, pemeriksaan dengan bahan kontras (BNO/IVP, Colon Inloop, ureterocystografi, OMD, Fistelografi) dan USG. Pelayanan ini didukung oleh 3 orang dokter spesialis radiologi, 1 orang Fisikawan Medik dan 12 orang tenaga radiografer yang terampil dan berpengalaman. Selain itu RSUD dr. La Palalo Kabupaten Maros telah memiliki peralatan Radiologi Canggih yaitu CBCT Panoramic dan MSCT Scan 128 Slice.



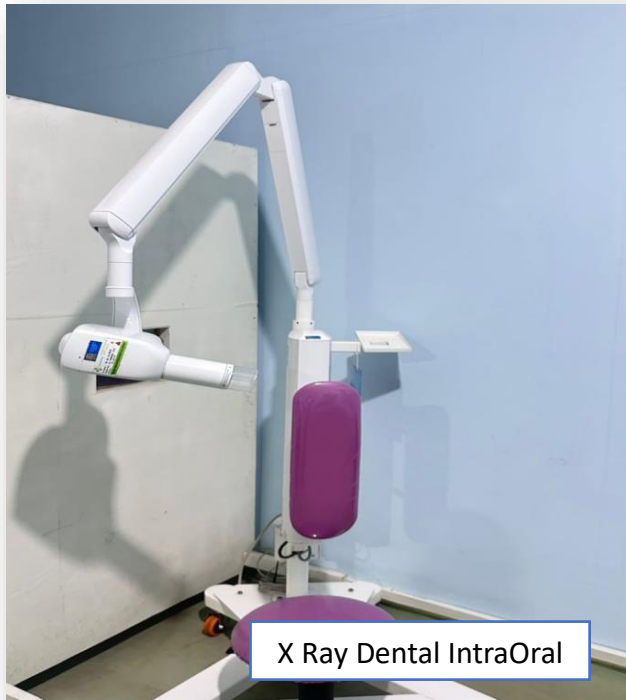
MSCT Scan 128 Slice



CBCT Panoramic



X Ray General



X Ray Dental IntraOral



X Ray Mobile



USG Doppler

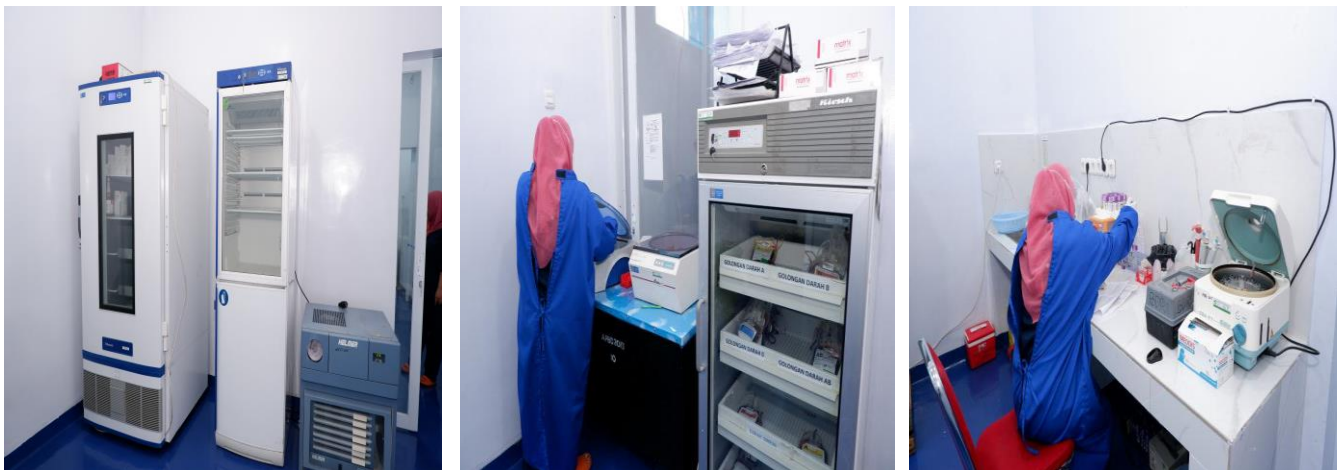
3. Pelayanan Rehabilitasi Medik dengan fasilitas electro therapy (HFC/SWD, MWD, TENS, IRR, Vibrator, laser, Traksi elektrik) dan exercise therapy (static bicycle, shoulder wheels, quadriceps bend, paralel bar, ancle weight) yang didukung oleh 9 orang tenaga fisioterapis.



4. Pelayanan Farmasi didukung oleh 18 orang Apoteker dan 9 asisten apoteker yang berpengalaman untuk melayani resep rawat jalan, rawat inap dan IGD yang tersedia 24 jam setiap hari.



5. Pelayanan Darah di RS Memiliki Unit Tranfusi Darah Rumah Sakit (UTDRS) di dukung oleh satu orang dokterspesialis patologi klinik, 2 orang tenaga analis kesehatan dan 10 orang tenaga pelaksana teknis transfusi Darah. Disamping itu untuk memenuhi kebutuhan darah bagi pasien yang dirawat, RSUD dr. La Palaloi juga telah mengadakan kerjasama (*MoU*) dengan Unit Transfusi Darah Provinsi Sulawesi Selatan.



6. Instalasi Rekam Medis mempunyai tugas mengatur pelaksanaan kegiatan pencatatan medik, Pengelolaan pendaftaran Pasien Rawat Jalan, Rawat Inap serta Instalasi Instalasi Gawat Darurat. Pengelolaan Pelaporan Rekam Medis, Pengumpulan, pengelolaan, penyajian dan pendokumentasian data Rekam Medis. Penyelenggaraan, pengamanan dan penyampaian data Rekam Medis. Penyelenggaraan Audit isi Rekam Medis. Penyelenggaraan administrasi Asuransi Jasa Raharja, kecelakaan dan Visum Et Repertum.



7. Instalasi Gizi, memiliki tugas pokok melaksanakan tugas dibidang pelayanan gizi pasien rawat inap dan rawat jalan berdasarkan kebijakan teknis yang ditetapkan oleh Direktur. Untuk melaksanakan tugas pokok tersebut maka Instalasi Gizi mempunyai fungsi: Melaksanakan Logistik Gizi, Melaksanakan Produksi dan Distribusi makanan, Melaksanakan penyuluhan/konsultasi dan rujukan gizi dan Melaksanakan penelitian dan pengembangan gizi terpadu.



D. Gambaran Umum Sarana dan Prasarana BULD RS

1. Sarana dan Prasarana Pelayanan Kesehatan

Fasilitas pelayanan yang dimiliki untuk mendukung pelayanan yang akan diberikan kepada masyarakat khususnya yang berkunjung ke Rumah Sakit Umum Daerah dr. La Palaloi Kabupaten Maros adalah sarana berupa bangunan fisik serta peralatan medik dan non medik. Bangunan fisik yang dimiliki RSUD dr. La Palaloi Kabupaten Maros dibangun diatas lahan seluas 4 Ha terdiri dari:

1. Instalasi Rawat Jalan (Gedung Poliklinik Spesialis)
2. Instalasi Rawat Darurat
 - a. IGD Umum (Bedah, Non Bedah, dan Anak)
 - b. PONEK
3. Instalasi Rawat Inap terdiri dari :

- a. Ruang perawatan Cempaka (Obgyn)
 - b. Ruang Perawatan Dewasa Kls 3 Non Bedah
 - c. Ruang Perawatan Dewasa Lt. 3
 - d. Gedung Perawatan Azalea/NICU
 - e. Gedung Perawatan Teratai B
 - f. Gedung Perawatan VIP Anggrek A
 - g. Gedung Perawatan VIP Anggrek B
 - h. Gedung Perawatan Seruni A
 - i. Gedung Perawatan Seruni B
 - j. Gedung Perawatan Mawar B
 - k. Gedung Perawatan Tulip
 - l. Gedung Perawatan Flamboyan
4. Intensive Care Unit (ICU)
5. Bedah Sentral
6. Instalasi Penunjang:
- a) Laboratorium
 - b) Radiologi
 - c) Farmasi
 - d) Gizi
 - e) UTDRS
 - f) CSSD & Laundry
 - g) Instalasi Pemeliharaan Sarana Prasarana Rumah Sakit (IPSR)
 - h) Workshop
 - i) Gedung Kantor
 - j) Gedung Rekam Medis
 - k) Rumah Dokter Type 70 (6 unit)
 - l) Gudang
 - m) Kamar Jenazah
 - n) Gedung Laboratorium dan Radiologi (Lantai 1)

Selain gedung dan peralatan medik dan non medik yang dimiliki juga telah tersedia sarana penunjang lain berupa kendaraan. Untuk memperlancar pelayanan yang dilakukan tersedia 5 (lima) buah ambulance 24 jam setiap hari, 1 (Satu) buah mobil jenazah, 5 (lima) buah mobil operasional kantor dan 6 (Enam) buah sepeda motor.

2. Ketersediaan Obat

Berdasarkan hasil monitoring dan evaluasi ketersediaan obat di instalasi farmasi RSUD .dr. La Palaloi selama priode januari sampai desember 2025, secara umum ketersediaan obat berada dalam kondisi cukup dan mampu mendukung pelayanan kefarmasian di rumah sakit

Pengelolaan obat di Instalasi Farmasi mengacu pada Formularium Rumah Sakit, Formularium nasional serta pola penyakit yang dominan di RSUD dr. La Palaloi. Perencanaan ke butuhan obat dilakukan secara priodik berdasarkan data pemakaian obat, kunjungan pasien rawat jalan dan rawat inap, serta evaluasi penggunaan obat tahun sebelumnya.

Hasil pemantau persediaan selama tahun 2025 menunjukkan bahwa sebagian besar item obat memiliki Tingkat ketersediaan sesuai standar , dengan persentase ketersediaan obat esensial mencapai lebih dari 90 %. Sistem pencatatan dan pelaporan stok obat telah dilakukan secara rutin dan berkesinambungan melalui kartu stok, dan system informasi manajemen rumah sakit, sehingga memudahkan proses monitoring dan evaluasi persediaan obat

Tingkat kejadian kekosongan obat (Stock Out) relatif rendah dan bersifat sementara terutama pada beberapa item obat tertentu. Kondisi tersebut umumnya disebabkan oleh keterlambatan pengiriman distributor, keterbatasan stok ditingkat nasional, serta peningkatan kebutuhan obat pada priode tertentu. Untuk mengatasi hal tersebut, Instalasi Farmasi melakukan pengadaan darurat, penyesuaian jumlah pesanan, serta substitusi obat yang setara terapeutik dengan persetujuan dokter penanggung jawab pelayanan.

Pengendalian persediaan obat dilakukan melalui penetapan stok minimum dan maksimum, pemantauan stok harian menggunakan Sistem Informasi manajemen rumah sakit serta pelaksanaan stok opname secara berkala. Koordinasi dengan Tim Farmasi dan Terapi (TFT) juga dilakukan secara rutin untuk mengevaluasi penggunaan obat dan memastikan kesesuaian peresepan dengan formularium rumah sakit.

Secara keseluruhan, ketersediaan obat di RSUD dr. La Palaloi selama tahun 2025 dapat dinilai baik dan terkendali serta tidak menimbulkan gangguan signifikan terhadap pelayanan pasien. Kedepannya instalasi Farmasi akan terus melakukan peningkatan kualitas pengelolaan obat melalaui perbaikan perencanaan, penguatan Kerja sama dengan penyedia obat, meningkatkan koordinasi lintas unit di rumah sakit, serta evaluasi berkala terhadap penggunaan dan ketersediaan obat guna menjamin mutu dan keselamatan pasien.

E. Gambaran Umum Sumber Daya BLUD RS

1. Sumber Daya Manusia

Dalam pembangunan kesehatan, SDM kesehatan merupakan salah satu isu utama yang mendapat perhatian terutama yang terkait dengan jumlah, jenis dan distribusi. Masalah kurangnya tenaga kesehatan, baik jumlah, jenis dan distribusinya berkontribusi mengakibatkan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat menjadi kurang optimal. Distribusi Sumber Daya Manusia di RSUD dr La Palaloi Kab. Maros Tahun 2025 berdasarkan Gender dapat dilihat sebagai berikut:

Data Ketenagaan SDM RSUD dr La Palaloi Kabupaten Maros Berdasarkan Status Kepegawaian Tahun 2021-2025

No	Status Pegawai	Jumlah Pegawai														
		Tahun 2021			Tahun 2022			Tahun 2023			Tahun 2024			Tahun 2025		
		LK	PR	Jumlah	LK	PR	Jumlah	LK	PR	Jumlah	LK	PR	Jumlah	LK	PR	Jumlah
1	PNS	62	270	332	64	278	342	61	287	348	61	287	348	59	281	340
2	CPNS	3	9	12	1	8	9									
3	PPPK	-	-	-	3	7	10	5	25	30	8	72	80	13	89	102
4	PPPK PW	-	-	-												
5	Tenaga Profesional Lainnya	-	-	-												
6	NON ASN	114	224	338	68	211	279	58	188	246	57	153	210	51	150	201

Sumber: Data Primer, 2025

Berdasarkan data kepegawaian tahun 2021–2025, komposisi SDM RSUD menunjukkan pergeseran signifikan dari Non ASN ke ASN/PPPK. Jumlah PNS relatif stabil di kisaran 332–348 pegawai hingga 2024, lalu sedikit menurun pada 2025 menjadi 340 pegawai, dengan dominasi pegawai perempuan. CPNS hanya muncul pada 2021–2022 dan tidak lagi tercatat pada tahun berikutnya, menandakan berakhirnya fase rekrutmen CPNS. Sebaliknya, PPPK meningkat sangat tajam, dari 0 pegawai (2021) menjadi 102 pegawai pada 2025, yang secara langsung diikuti penurunan Non ASN dari 338 pegawai (2021) menjadi 201 pegawai (2025). Tren ini mencerminkan kebijakan nasional penataan tenaga non-ASN serta penguatan kepastian status kepegawaian, yang berdampak positif terhadap keberlanjutan layanan, stabilitas SDM, dan penguatan tata kelola organisasi RSUD.

Berdasarkan data kepegawaian menurut pangkat dan golongan tahun 2021–2025, struktur SDM RSUD didominasi oleh Golongan III dan IV, yang mencerminkan karakter rumah sakit sebagai organisasi pelayanan profesional. Pada Golongan I, jumlah pegawai sangat terbatas dan cenderung stagnan, menandakan hampir tidak adanya tenaga pada jenjang terendah. Golongan II menunjukkan tren meningkat bertahap, terutama pada Golongan II/c dan II/d, yang umumnya merepresentasikan tenaga teknis dan administrasi pendukung layanan. Golongan III merupakan kelompok terbesar, khususnya III/d dan III/b, dengan

kecenderungan peningkatan hingga 2024 – 2025, menunjukkan dominasi tenaga fungsional terampil dan profesional kesehatan yang berada pada fase produktif karier. Sementara itu, Golongan IV (IV/a–IV/c) relatif stabil dengan fluktuasi moderat dan proporsi perempuan lebih besar, mencerminkan keberadaan tenaga senior dan struktural yang menopang fungsi manajerial serta pengambilan keputusan. Secara keseluruhan, komposisi ini menggambarkan struktur SDM yang matang, berorientasi pada pelayanan spesialisistik, serta mendukung pencapaian kinerja RSUD sesuai tuntutan mutu layanan dan indikator kinerja Renstra.

Data Ketenagaan SDM RSUD dr La Palaloi Kabupaten Maros
Berdasarkan Pangkat dan Golongan Tahun 2021-2025

No	Pangkat dan Golongan	Jumlah Pegawai														
		Tahun 2021			Tahun 2022			Tahun 2023			Tahun 2024			Tahun 2025		
		LK	PR	Jumlah	LK	PR	Jumlah	LK	PR	Jumlah	LK	PR	Jumlah	LK	PR	Jumlah
1	Golongan I/a															
	I/b	1		1												
	I/c	3		3	1		1	1		1	1		1	1		1
	I/d	2	1	3	5	1	6	2	1	3	2	1	3	2		2
2	Golongan II/a	2	1	3	1	1	2	3	1	4	3		3	4	1	5
	II/b	2	4	6	3	7	10	1	1	2	1	2	3	2	2	4
	II/c	5	32	37	5	40	45	7	47	54	5	46	51	5	53	58
	II/d	2	19	21	3	21	24	4	14	18	6	24	30	4	21	25
3	Golongan III/a	3	13	16	3	9	12	3	24	27	3	38	41	4	39	43
	III/b	13	45	58	11	32	43	6	22	28	9	46	55	9	55	64
	III/c	6	31	37	6	36	42	9	56	65	7	33	40	6	23	29
	III/d	14	69	83	15	71	86	14	52	66	15	72	87	14	69	83
4	Golongan IV/a	4	25	29	6	33	39	7	53	60	8	37	45	9	33	42
	IV/b	7	29	36	6	24	30	5	21	26	2	33	35	4	45	49
	IV/c	1	10	11	3	18	21	4	20	24	7	27	34	7	30	37
	IV/d															

Sumber : Data Primer, 2025

Berdasarkan data kepegawaian menurut jabatan struktural dan fungsional tahun 2021 – 2025, komposisi SDM RSUD didominasi oleh jabatan Eselon IVB serta Fungsional Umum, yang jumlahnya meningkat signifikan dari 292 pegawai (2021) menjadi 396 pegawai (2025), mencerminkan karakter RSUD sebagai organisasi pelayanan yang padat karya dan berorientasi operasional. Pejabat struktural eselon IIIB dan IIIA relatif stabil dan jumlahnya sangat terbatas, menunjukkan struktur manajerial yang ramping sesuai prinsip efisiensi organisasi perangkat daerah. Eselon IVA mengalami fluktuasi ringan, namun tetap berperan sebagai penghubung manajemen dan unit layanan. Sementara itu, jabatan fungsional tertentu (tenaga kesehatan dan profesi spesifik) cenderung stagnan, mengindikasikan perlunya penguatan formasi fungsional profesional untuk mendukung peningkatan mutu layanan klinis. Secara keseluruhan, pola ini menunjukkan tantangan strategis RSUD dalam menyeimbangkan pertumbuhan tenaga operasional dengan penguatan tenaga fungsional

dan struktural agar selaras dengan kebutuhan pelayanan, standar akreditasi, dan target kinerja Renstra.

Data Ketenagaan SDM RSUD dr La Palaloi Kabupaten Maros
Berdasarkan Jabatan (Struktural & Fungsional) Tahun 2021-2025

No	Pangkat dan Golongan	Jumlah Pegawai														
		Tahun 2021			Tahun 2022			Tahun 2023			Tahun 2024			Tahun 2025		
		LK	PR	Jumlah	LK	PR	Jumlah	LK	PR	Jumlah	LK	PR	Jumlah	LK	PR	Jumlah
Struktural																
1	Eselon IIB															
2	Eselon IIIA		1	1		1	1		1	1		1	1		1	1
3	Eselon IIIB	2	2	4	2	2	4	2	2	4	2	2	4	2	2	4
4	Eselon IVA	4	5	9	3	4	7	3	4	7	3	5	8	3	5	8
5	Eselon IVB	45	247	292	47	254	301	47	286	333	52	330	382	54	342	396
6	Fungsional Tertentu	14	24	38	14	25	39	12	21	33	12	21	33	13	20	33
7	Fungsional Umum	65	279	344	66	286	352	64	314	378	69	35	428	72	370	442
Jumlah Total		45	247	292	47	254	301	47	286	333	52	330	382	54	342	396

Sumber: Data Primer, 2025

Berdasarkan data kepegawaian menurut jenjang pendidikan tahun 2021 – 2025, struktur SDM RSUD menunjukkan peningkatan kualitas pendidikan secara konsisten. Tenaga dengan pendidikan S1 merupakan kelompok terbesar dan mengalami kenaikan signifikan dari 152 orang (2021) menjadi 236 orang (2025), mencerminkan penguatan tenaga profesional klinis dan nonklinis. Pendidikan S2 relatif stabil dengan tren meningkat hingga 2024, meskipun sedikit menurun pada 2025, tetap menunjukkan keberadaan tenaga ahli dan manajerial yang memadai. Tenaga S3 masih sangat terbatas, namun menunjukkan peningkatan pada 2024 – 2025, yang berpotensi mendukung pengembangan layanan rujukan dan akademik. Sementara itu, lulusan D III masih berperan penting sebagai tulang punggung layanan operasional, meski jumlahnya mulai menurun pada 2025, sejalan dengan pergeseran kebutuhan ke kompetensi yang lebih tinggi. Proporsi pegawai dengan pendidikan SMA ke bawah terus menurun, menandakan arah kebijakan SDM RSUD yang berfokus pada peningkatan profesionalisme dan mutu pelayanan sesuai standar rumah sakit dan tuntutan kinerja Renstra.

Data Ketenagaan SDM RSUD dr La Palaloi Kabupaten Maros
Berdasarkan Tingkat Pendidikan Tahun 2021-2025

No	Status Pegawai	Jumlah Pegawai														
		Tahun 2021			Tahun 2022			Tahun 2023			Tahun 2024			Tahun 2025		
		LK	PR	Jumlah	LK	PR	Jumlah	LK	PR	Jumlah	LK	PR	Jumlah	LK	PR	Jumlah
1	S3	2		2	2		2	2		2	2	1	3	2	2	4
2	S2	8	29	37	11	35	46	11	36	47	12	37	49	13	33	46
3	S1	24	128	152	24	123	147	24	136	160	27	171	198	29	207	236
4	D III	18	105	123	18	117	135	18	126	144	18	138	156	15	118	133
5	D I		1	1		1	1		1	1		1	1		1	1
6	SMA Sederajat	6	15	21	6	16	22	5	12	17	4	10	14	7	9	16
7	SMP Sederajat	3		3	3		3	3		3	3		3	2		2
8	SD Sederajat	4	1	5	4	1	5	3	1	4	3	1	4	3	1	4

Sumber: Data Primer 2025

2. Sumber Daya Finansial

Dalam menyelenggarakan layanan utama diatas, RSUD dr. La Palaloi mengalokasikan anggaran belanja dalam mensupport pencapaian layanan tersebut, adapun alokasi anggaran dan realiasi anggaran dituangkan dalam table berikut ini :

Jumlah Anggaran Program/ Kegiatan
Berdasarkan Sumbernya Tahun 2021-2025

No	Sumber Anggaran	Jumlah Tahun Anggaran				
		2021	2022	2023	2024	2025
1	APBD	79.053.500	9.763.156.300			
2	DAK	2.943.299.500	9.950.379.983	6.590.652.246	13.905.050.864	20.243.159.092
3	DAU	8.857.640.300	21.844.889.653	24.748.983.457	26.372.500.000	35.500.713.080
4	BLUD	36.177.773.950	58.016.387.835	124.841.881.753	105.122.597.576	70.899.483.151

Sumber : Bagian Keuangan dan Aset

Berdasarkan data sumber pendanaan tahun 2021–2025, struktur pembiayaan RSUD dr. La Palaloi menunjukkan pergeseran yang semakin kuat ke arah kemandirian fiskal melalui BLUD. Pendapatan BLUD meningkat signifikan dari Rp36.177.773.950 miliar (2021) menjadi puncaknya Rp124.841.881.753 miliar (2023), sebelum mengalami penurunan pada 2024–2025, yang mengindikasikan dinamika volume layanan, kebijakan JKN, serta efisiensi klaim sebagai faktor penentu utama. DAU menunjukkan tren peningkatan konsisten dari Rp8.857.640.300 miliar (2021) menjadi Rp35.500.713.080 miliar (2025), mencerminkan penguatan dukungan fiskal daerah untuk pembiayaan operasional dasar RSUD. DAK bersifat fluktuatif namun strategis, terutama pada 2024–2025 dengan lonjakan hingga Rp20.243.159.092 miliar, yang berperan penting dalam pembangunan dan peningkatan sarana-prasarana layanan.

Sementara itu, APBD murni relatif terbatas dan tidak berkelanjutan, menunjukkan bahwa pembiayaan RSUD semakin diarahkan pada skema BLUD dan transfer pusat. Secara keseluruhan, pola ini menegaskan peran RSUD sebagai BLUD yang berorientasi kinerja dan pelayanan, dengan tantangan utama menjaga stabilitas pendapatan BLUD melalui peningkatan mutu layanan, efisiensi operasional, dan optimalisasi klaim JKN agar mendukung target Renstra dan RPJMD.

Realisasi Pendapatan Tahun 2021-2025

No	Tahun	Pendapatan
1	2021	41,463,213,932
2	2022	67,739,758,608
3	2023	54,944,146,906
4	2024	55,954,410,676
5	2025	71,516,097,007

Sumber : Bagian Keuangan dan Aset

Berdasarkan data pendapatan RSUD dr. La Palaloi tahun 2021– 2025, terlihat tren pertumbuhan pendapatan yang fluktuatif namun cenderung meningkat. Pendapatan mengalami kenaikan signifikan dari Rp 41,463,213,932 miliar pada 2021 menjadi Rp. 67,739,758,608 miliar pada 2022, yang mencerminkan pemulihan dan peningkatan aktivitas pelayanan pascapandemi serta optimalisasi pendapatan BLUD. Pada tahun 2023 pendapatan menurun menjadi Rp. 54,944,146,906 miliar, kemudian relatif stabil pada 2024 sebesar Rp. 55,954,410,676 miliar, yang mengindikasikan fase penyesuaian terhadap kebijakan pembiayaan JKN dan efisiensi layanan.

Selanjutnya, tahun 2025 menunjukkan lonjakan kembali hingga R. 71,516,097,007miliar, menjadi capaian tertinggi selama periode analisis, yang menggambarkan penguatan kinerja layanan dan manajemen pendapatan RSUD. Secara keseluruhan, pola ini menegaskan bahwa pendapatan RSUD sebagai BLUD sangat dipengaruhi oleh volume dan mutu layanan, sehingga peningkatan akses, efisiensi operasional, serta optimalisasi klaim menjadi faktor kunci dalam mendukung keberlanjutan keuangan RSUD dr La Palaloi Maros.

BAB III

RENCANA STRATEGIS DAN PERJANJIAN KINERJA BLUD RS

A. Visi dan Misi BLUD RS

- Visi BLUD RS

Mewujudkan Rumah Sakit dengan Pelayanan Prima, Berkualitas, Berkesinambungan dan Terjangkau

- Misi BLUD RS

1. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang prima, aman, dan inovatif
2. Mewujudkan rumah sakit yang terakreditasi
3. Meningkatkan kualitas sumber daya manusia rumah sakit
4. Mewujudkan sistem manajemen rumah sakit yang efektif, efisien, transparan, akuntabel dan responsive
5. Meningkatkan sarana prasarana dan alat kesehatan berbasis teknologi dan ramah lingkungan
6. Meningkatkan kesejahteraan seluruh pegawai rumah sakit

B. Motto dan Tata Nilai BLUD RS

- Motto BLUD RSUD

“ Dengan Budaya Sipakatau, Kami Melayani dengan Sepenuh Hati ”

- Nilai- Nilai BLUD RS

1. Profesionalisme
2. Ramah
3. Peduli
4. Jujur
5. Tanggung jawab
6. Menghargai

C. Tujuan dan Sasaran BLUD RS

1. Tujuan RSUD dr. La Palaloi Kabupaten Maros

Dalam konteks pelayanan kesehatan rujukan, RSUD dr. La Palaloi Kabupaten Maros memegang peranan strategis dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit. RSUD juga berfungsi sebagai penyangga utama sistem rujukan daerah dalam mendukung peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

Tujuan strategis RSUD dr. La Palaloi dirancang untuk menjawab tantangan dan isu-isu

strategis rumah sakit melalui pendekatan manajerial, profesional, dan berbasis mutu serta keselamatan pasien. Penyusunan tujuan dan sasaran RSUD mengacu pada NSPK perumahsakit, standar akreditasi rumah sakit, serta mempertimbangkan kondisi aktual rumah sakit, termasuk hasil evaluasi kinerja pelayanan dan keuangan periode sebelumnya. Setelah menguraikan sasaran RPJMD yang berkaitan dengan peningkatan kualitas layanan kesehatan, maka Tujuan Strategis RSUD dr. La Palaloi Kabupaten Maros Tahun 2025–2029 dirumuskan sebagai berikut: **“Mewujudkan pelayanan rumah sakit rujukan yang berkualitas, aman, berkeadilan, dan berkelanjutan melalui peningkatan mutu layanan, keselamatan pasien, serta tata kelola rumah sakit yang profesional dan efisien.”** Dengan Indikator Tujuan “meningkatnya Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) yang didukung oleh pencapaian indikator mutu pelayanan rumah sakit dan keselamatan pasien sesuai standar pelayanan rumah sakit, standar akreditasi, serta kebijakan daerah di bidang kesehatan”, tujuan tersebut berkaitan langsung dengan tugas pokok dan fungsi RSUD dr. La Palaloi sebagai unit pelayanan kesehatan daerah berbentuk Badan Layanan Umum Daerah (BLUD), yang dituntut untuk mampu memberikan pelayanan bermutu kepada masyarakat sekaligus mengelola sumber daya secara efektif, efisien, dan akuntabel. Dengan perencanaan yang selaras antara Renstra dan RPJMD, RSUD diharapkan mampu mengimplementasikan hasil perencanaan secara konsisten melalui pengendalian dan evaluasi kinerja yang berkesinambungan.

➤ Keterkaitan Tujuan RSUD dr. La Palaloi dengan Inmendagri Nomor 2 Tahun 2025

Tujuan strategis RSUD dr. La Palaloi Kabupaten Maros memiliki relevansi yang kuat dengan Instruksi Menteri Dalam Negeri Nomor 2 Tahun 2025, khususnya dalam hal:

1. Pemenuhan Urusan Wajib Pelayanan Dasar

Pelayanan kesehatan merupakan urusan wajib yang berkaitan dengan pelayanan dasar. RSUD berperan langsung dalam pemenuhan hak masyarakat atas pelayanan kesehatan rujukan yang aman, bermutu, dan berkeadilan.

2. Sinkronisasi Perencanaan Pembangunan Nasional dan Daerah

Tujuan RSUD mendukung pelaksanaan RPJMD dan RPJPD Kabupaten Maros, sejalan dengan arahan Inmendagri 2/2025 untuk memastikan keterpaduan Renstra perangkat daerah dengan prioritas pembangunan nasional dan daerah.

3. Peningkatan Kualitas Layanan Publik

Peningkatan mutu dan keselamatan pelayanan rumah sakit merupakan bagian dari upaya reformasi birokrasi dan peningkatan kualitas layanan publik, sebagaimana ditekankan dalam kebijakan penguatan tata kelola pemerintahan daerah.

4. Perlindungan dan Pelayanan bagi Kelompok Rentan

RSUD dr. La Palaloi menjadi garda terdepan dalam pelayanan kesehatan bagi kelompok rentan, masyarakat miskin, dan peserta JKN, sehingga berkontribusi langsung terhadap prinsip keadilan sosial dan inklusivitas pelayanan kesehatan.

Dengan demikian, tujuan RSUD dr. La Palaloi Kabupaten Maros tidak hanya strategis dari sisi teknis pelayanan rumah sakit, tetapi juga relevan secara regulatif dan kebijakan, karena mendukung pemenuhan SPM, peningkatan kualitas layanan publik, serta pencapaian pembangunan kesehatan daerah yang berkelanjutan dan inklusif.

2. Sasaran RSUD dr. La Palaloi

Sasaran strategis RSUD dr. La Palaloi merupakan penjabaran operasional dari tujuan strategis rumah sakit sebagai unit pelayanan teknis daerah yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan rujukan. Sasaran ini dirumuskan sebagai rangkaian kinerja terukur yang berfungsi menjembatani visi dan misi Kepala Daerah dengan pelaksanaan pelayanan kesehatan rujukan yang bermutu, aman, dan berorientasi pada kepuasan masyarakat.

Dalam periode perencanaan Tahun 2025–2029, RSUD dr. La Palaloi menetapkan sasaran strategis yang diarahkan untuk memperkuat mutu pelayanan klinis, keselamatan pasien, tata kelola rumah sakit, serta dukungan sistem rujukan daerah. Perumusan sasaran dilakukan melalui pendekatan sistematis dan berbasis bukti dengan memperhatikan Norma, Standar, Prosedur, dan Kriteria (NSPK) bidang rumah sakit, Standar Pelayanan Minimal (SPM), serta kebijakan nasional dan daerah di bidang kesehatan.

Sasaran strategis RSUD dr. La Palaloi juga disusun secara terintegrasi dengan arah kebijakan RPJMD Kabupaten Maros, Renstra Dinas Kesehatan, serta mendukung pencapaian indikator kinerja utama pemerintah daerah, khususnya dalam peningkatan kualitas pelayanan publik dan derajat kesehatan masyarakat.

Dengan sasaran strategis ini, RSUD dr. La Palaloi diharapkan mampu berperan optimal sebagai rumah sakit rujukan daerah yang responsif terhadap kebutuhan masyarakat, adaptif terhadap perkembangan kebijakan nasional, serta berkontribusi nyata dalam mewujudkan sistem pelayanan kesehatan yang berkualitas dan berkelanjutan.

Berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan, sasaran strategis yang harus dicapai selama periode 2025–2029 adalah sebagai berikut:

a) Meningkatnya mutu dan keselamatan pelayanan kesehatan rujukan Indikator:

- 1) Status Akreditasi RSUD dr. La Palaloi (Minimal Paripurna)
- 2) Persentase pemenuhan indikator mutu nasional rumah sakit dan keselamatan pasien.

Sasaran ini mencerminkan komitmen rumah sakit dalam penerapan standar

pelayanan rumah sakit, peningkatan mutu klinis, dan penguatan budaya keselamatan pasien sesuai regulasi Kementerian Kesehatan.

b) Meningkatnya kepuasan masyarakat terhadap pelayanan RSUD dr. La Palaloi Indikator:

Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) RSUD dr. La Palaloi

Sasaran ini menggambarkan kualitas layanan dari perspektif pengguna layanan dan menjadi tolok ukur kinerja pelayanan publik RSUD sebagai BLUD.

c) Meningkatnya ketersediaan dan kompetensi sumber daya manusia rumah sakit

Indikator: Rasio tenaga kesehatan sesuai standar rumah sakit rujukan

Sasaran ini mendukung pemerataan dan peningkatan kapasitas SDM kesehatan di lingkungan RSUD, termasuk tenaga medis, keperawatan, dan tenaga penunjang pelayanan.

d) Meningkatnya efektivitas tata kelola dan kinerja keuangan RSUD dr. La Palaloi Indikator:

Persentase realisasi pendapatan BLUD terhadap target

Sasaran ini mencerminkan penguatan tata kelola BLUD yang akuntabel, efisien, dan berkelanjutan dalam mendukung operasional pelayanan rumah sakit.

e) Meningkatnya integrasi layanan RSUD dengan sistem rujukan dan sistem informasi

kesehatan nasional Indikator: Persentase layanan RSUD yang terintegrasi dengan sistem informasi kesehatan nasional dan sistem rujukan only

Sasaran ini mendukung transformasi digital kesehatan nasional dan memastikan kesinambungan pelayanan rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama ke rumah sakit.

Keterkaitan dengan RPJMD Kabupaten Maros Tahun 2025–2029 adalah sasaran strategis RSUD dr. La Palaloi merupakan implementasi langsung dari isu strategis bidang kesehatan daerah, khususnya dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan rujukan, keselamatan pasien, dan kualitas layanan publik, serta berkontribusi pada pencapaian sasaran RPJMD Kabupaten Maros di bidang kesehatan dan pelayanan dasar.

Sasaran Strategis RSUD dr La Palaloi Tahun 2025 - 2029

NSPK dan Sasaran RPJMD yang Relevan	Tujuan RSUD	Sasaran RSUD	Indikator Kinerja	Target Tahun						Keterangan
				2025	2026	2027	2028	2029	2030	
Sasaran RPJMD:1. Meningkatnya aksesibilitas dan mutu layanan kesehatan masyarakat	Meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan rujukan	Meningkatnya kontribusi RSUD terhadap peningkatan derajat kesehatan masyarakat	Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM)	44,49	46,78	49,74	50,96	52,17	65,84	Nilai
NSPK Nasional: ➤ UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan		Terpenuhinya daya dukung pelayanan rujukan rumah sakit	Rasio Rumah Sakit per Satuan Penduduk	0,007	0,007	0,007	0,007	0,007	0,007	Rasio
NSPK SDM Kesehatan: ➤ Perpres No. 31 Tahun 2019 ➤ Permenkes No. 33 Tahun 2018 ➤ Permenkes No. 83 Tahun 2019 ➤ Permenkes No. 5 Tahun 2024	Meningkatkan ketersediaan dan kompetensi SDM RSUD	Meningkatnya mutu layanan spesialisik dan subspesialisik	Persentase pemenuhan tenaga kesehatan sesuai standar kelas RSUD	80	82	85	87	90	95	Persen
		Meningkatnya dukungan sarana dan prasarana pelayanan RSUD	Persentase pemenuhan sarana dan prasarana RSUD sesuai standar	78	80	83	86	88	92	Persen
GERMAS –	Meningkatkan	Meningkatnya keberhasilan layanan rujukan	Angka keberhasilan pengobatan	90	90	90	90	90	90	Persen

Inpres No. 1 Tahun 2017	peran RSUD dalam upaya promotif dan preventif	penyakit prioritas	TB di RSUD							
		Menurunnya kematian maternal rujukan	Angka Kematian Ibu (AKI) di RSUD	160	130	105	90	75	70	Per 100.000 KH
		Menurunnya kematian balita rujukan	Angka Kematian Balita di RSUD	0,60	0,55	0,40	0,35	0,35	0,35	Per 1.000 KH
		Meningkatnya kualitas layanan gizi rujukan	Proporsi balita stunting rujukan yang tertangani sesuai standar	75	78	82	85	88	90	Persen
Sasaran RPJMD:2. Meningkatnya kinerja pemerintahan dan pelayanan publik	Meningkatkan tata kelola RSUD yang akuntabel	Meningkatnya kualitas reformasi birokrasi RSUD	Nilai Evaluasi Reformasi Birokrasi RSUD dr. La Palaloi	72	73	75	77	79	82	Nilai Skor
		Meningkatnya kepuasan masyarakat terhadap pelayanan RSUD	Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) RSUD	82	83	84	85	86	88	Nilai

D. Permasalahan dan Isu Strategis BLUD RS

Perumusan tujuan dan sasaran dilakukan untuk menjawab isu-isu strategis yang telah diidentifikasi, dengan memperhatikan visi dan misi Kepala Daerah, arah kebijakan pembangunan kesehatan daerah, serta peran RSUD sebagai fasilitas pelayanan kesehatan rujukan. Tujuan menggambarkan arah umum pengembangan RSUD selama periode Renstra, sedangkan sasaran merupakan ukuran keberhasilan yang dinyatakan melalui indikator kinerja rumah sakit yang terukur dan dapat dievaluasi.

Arah kebijakan RSUD dr. La Palaloi dirumuskan dengan mempertimbangkan sasaran dan arah kebijakan RPJMD Kabupaten Maros, Renstra Dinas Kesehatan Kabupaten Maros, serta isu-isu strategis yang berkembang baik di tingkat lokal maupun nasional. Isu strategis tersebut antara lain peningkatan kebutuhan layanan kesehatan rujukan yang bermutu dan terjangkau, tuntutan peningkatan keselamatan dan kepuasan pasien, penguatan sistem rujukan pelayanan kesehatan, pemanfaatan teknologi informasi dalam pelayanan, serta peningkatan profesionalisme dan ketersediaan sumber daya manusia rumah sakit.

E. Strategi dan Kebijakan BLUD RS

- Strategi BLUD RS

Dalam kerangka pencapaian visi pembangunan jangka menengah daerah, RSUD dr. La Palaloi memiliki peran strategis sebagai fasilitas pelayanan kesehatan rujukan yang mendukung peningkatan derajat kesehatan masyarakat Kabupaten Maros melalui penyediaan layanan kesehatan perorangan yang komprehensif, bermutu, dan berkesinambungan. Peran tersebut sejalan dengan arah kebijakan RPJMD Kabupaten Maros serta ketentuan dalam Instruksi Menteri Dalam Negeri Nomor 2 Tahun 2025 yang menekankan penguatan pelayanan publik dasar, peningkatan kualitas layanan, dan tata kelola pemerintahan yang akuntabel.

Tujuan strategis RSUD dr. La Palaloi, yaitu “Mewujudkan pelayanan rumah sakit rujukan yang berkualitas, aman, berkeadilan, dan berkelanjutan melalui peningkatan mutu layanan, keselamatan pasien, serta tata kelola rumah sakit yang profesional dan efisien”, menjadi landasan utama dalam perumusan strategi, arah kebijakan, program, dan kegiatan rumah sakit selama periode perencanaan.

Strategi merupakan rencana tindakan menyeluruh yang menggambarkan pendekatan, tahapan, serta pemanfaatan sumber daya rumah sakit untuk mencapai tujuan dan sasaran Renstra secara efektif dan terukur. Arah kebijakan merupakan penjabaran operasional dari strategi yang berfungsi sebagai pedoman pelaksanaan program dan kegiatan agar selaras dengan Norma, Standar, Prosedur, dan Kriteria (NSPK), RPJMD, serta kebijakan nasional bidang kesehatan dan perumahnyasakit.

Strategi dan arah kebijakan RSUD dr. La Palaloi dirumuskan untuk memastikan bahwa seluruh aktivitas pelayanan, manajemen, dan pengembangan rumah sakit berorientasi pada mutu pelayanan, keselamatan pasien, kepuasan masyarakat, serta keberlanjutan kinerja rumah sakit. Dalam konteks tersebut, strategi RSUD dr. La Palaloi difokuskan pada beberapa arah berikut.

Strategi 1 – Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pelayanan Rumah Sakit Rujukan

Strategi ini bertujuan memastikan terselenggaranya pelayanan kesehatan rujukan yang aman, efektif, dan bermutu sesuai standar akreditasi rumah sakit, melalui penguatan mutu klinis, keselamatan pasien, serta pemenuhan standar pelayanan rumah sakit. Pelaksanaan strategi ini mengacu pada: Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan; Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit; Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien; dan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS).

Arah Kebijakan:

1. Penguatan penerapan standar akreditasi rumah sakit secara berkelanjutan.
2. Peningkatan penerapan program keselamatan pasien dan manajemen risiko klinis.
3. Penguatan audit mutu dan keselamatan pasien berbasis indikator kinerja klinis.
4. Peningkatan budaya mutu dan keselamatan pasien di seluruh unit pelayanan.

Strategi 2 – Pengembangan Kapasitas Layanan Rujukan dan Sarana Prasarana Rumah Sakit

Strategi ini diarahkan untuk meningkatkan daya tampung, kapasitas layanan, serta ketersediaan sarana dan prasarana rumah sakit guna mendukung pelayanan rujukan yang optimal dan merata bagi masyarakat Kabupaten Maros. Dasar pelaksanaan strategi ini berpedoman pada: Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2016 tentang Persyaratan Teknis Bangunan dan Prasarana Rumah Sakit; Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2024 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan.

Arah Kebijakan:

1. Pengembangan dan pemeliharaan sarana dan prasarana pelayanan rumah sakit sesuai standar kelas rumah sakit.
2. Peningkatan ketersediaan dan pemanfaatan alat kesehatan yang mendukung layanan rujukan prioritas.
3. Penguatan peran RSUD sebagai bagian integral dari sistem rujukan regional dan nasional.
4. Penataan alur pelayanan pasien yang efektif, aman, dan berorientasi pada kenyamanan pasien.

Strategi 3 – Peningkatan Kompetensi dan Kinerja Sumber Daya Manusia Rumah Sakit

Strategi ini bertujuan meningkatkan profesionalisme, kompetensi, dan kinerja tenaga medis, tenaga kesehatan, dan tenaga pendukung di RSUD dr. La Palaloi agar mampu memberikan pelayanan rujukan yang berkualitas dan berdaya saing. Pelaksanaannya mengacu pada: Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan; Peraturan Presiden Nomor 31 Tahun 2019 tentang Pendayagunaan Dokter Spesialis; Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 83 Tahun 2019 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan.

Arah Kebijakan:

1. Peningkatan kompetensi SDM rumah sakit melalui pendidikan, pelatihan, dan sertifikasi berkelanjutan.
2. Pemenuhan dan pemerataan tenaga medis dan tenaga kesehatan sesuai kebutuhan layanan rujukan.
3. Penerapan sistem penilaian kinerja SDM berbasis indikator mutu dan keselamatan pasien.
4. Penguatan sistem pembinaan, disiplin, dan etika profesi di lingkungan rumah sakit.

Strategi 4 – Penguatan Transformasi Digital dan Sistem Informasi Rumah Sakit

Strategi ini diarahkan untuk meningkatkan efisiensi, akurasi, dan integrasi pelayanan rumah sakit melalui pemanfaatan teknologi informasi dan sistem digital kesehatan. Pelaksanaan strategi ini didasarkan pada: Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2022 tentang Satu Data Kesehatan; Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis Elektronik; Keputusan Menteri Kesehatan tentang Integrasi Platform SATUSEHAT.

Arah Kebijakan:

1. Implementasi rekam medis elektronik secara menyeluruh di RSUD dr. La Palaloi.
2. Integrasi sistem informasi rumah sakit dengan platform nasional SATUSEHAT dan SISROUTE.
3. Penguatan tata kelola data, keamanan informasi, dan interoperabilitas sistem.
4. Pemanfaatan data digital untuk perencanaan, evaluasi kinerja, dan peningkatan mutu pelayanan.

Strategi 5 – Penguatan Tata Kelola Rumah Sakit yang Profesional, Efisien, dan Akuntabel

Strategi ini bertujuan meningkatkan kualitas tata kelola RSUD dr. La Palaloi sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) yang profesional, transparan, dan berorientasi pada pelayanan publik.

Arah Kebijakan:

1. Penguatan tata kelola BLUD yang akuntabel dan berorientasi pada kinerja.
2. Peningkatan kualitas perencanaan, penganggaran, dan pelaporan kinerja rumah sakit.
3. Optimalisasi Sistem Pemerintahan Berbasis Elektronik (SPBE) dalam manajemen rumah sakit.
4. Peningkatan kualitas pelayanan publik rumah sakit yang cepat, mudah, dan transparan.
5. Penguatan pengawasan internal, manajemen risiko, dan kepatuhan terhadap regulasi.

No	Tujuan	Sasaran	Strategi
1	Meningkatnya aksesibilitas dan mutu layanan pendidikan, kesehatan, inklusifitas, kesempatan kerja, serta perlindungan sosial bagi masyarakat	Meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan rujukan yang aman, berkeadilan, dan inklusif di RSUD dr. La Palaloi melalui penguatan infrastruktur dan SDM rumah sakit	Strategi 1 – Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pelayanan Rumah Sakit Rujukan. Strategi ini bertujuan memastikan masyarakat memperoleh layanan rujukan yang cepat, aman, dan bermutu melalui pemenuhan standar akreditasi rumah sakit, penguatan keselamatan pasien, peningkatan kompetensi tenaga medis dan tenaga kesehatan, serta pengembangan sarana dan prasarana pelayanan. Dasar Pelaksanaan: UU Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan; Permenkes Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit; Permenkes Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien; Permenkes Nomor 16 Tahun 2024 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan.
		Meningkatnya dukungan RSUD terhadap pengendalian penyakit berbasis lingkungan melalui pelayanan kesehatan rujukan yang responsif dan kolaboratif	Strategi 2 – Penguatan Peran RSUD dalam Mendukung Pengendalian Penyakit Berbasis Lingkungan dan Sanitasi Layak. Strategi ini diarahkan untuk mendukung upaya promotif dan preventif melalui pelayanan rujukan, edukasi pasien dan keluarga, serta koordinasi lintas sektor dalam pengendalian penyakit berbasis lingkungan. Dasar Pelaksanaan: Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2017 tentang Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS); Permenkes Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan SPM Bidang Kesehatan.
		Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat melalui pelayanan rujukan yang efektif dalam percepatan penurunan angka kesakitan, kematian, dan masalah gizi	Strategi 3 – Penguatan Pelayanan Rujukan dalam Penurunan Angka Kesakitan, Kematian, dan Masalah Gizi. Strategi ini bertujuan meningkatkan kontribusi RSUD dalam penanganan kasus ibu, bayi, balita, dan gizi melalui pelayanan klinis yang komprehensif, rujukan tepat waktu, serta dukungan pelayanan gizi klinik. Dasar Pelaksanaan: UU Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan; Peraturan Presiden Nomor 31 Tahun 2019 tentang Pendayagunaan Dokter Spesialis; Permenkes Nomor 33 Tahun 2018 tentang Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan;

			Permenkes Nomor 83 Tahun 2019 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan.
		Meningkatnya pembudayaan gaya hidup sehat pada pasien dan masyarakat melalui pelayanan promotif dan preventif di rumah sakit	Strategi 4 – Peningkatan Promosi Kesehatan dan Pencegahan Penyakit Berbasis Pelayanan Rumah Sakit. Strategi ini bertujuan meningkatkan kesadaran dan perilaku hidup sehat melalui edukasi pasien, keluarga, dan pengunjung rumah sakit terkait aktivitas fisik, gizi seimbang, tidak merokok, serta deteksi dini penyakit. Dasar Pelaksanaan: Permenkes Nomor 18 Tahun 2022 tentang Satu Data Kesehatan; Permenkes Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis Elektronik; Permenkes Nomor 16 Tahun 2024 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan; KMK Nomor HK.01.07/MENKES/2015/2023 tentang Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer.
		Meningkatnya kualitas tata kelola dan kinerja RSUD dr. La Palaloi yang profesional, efisien, dan akuntabel	Strategi 5 – Penguatan Tata Kelola RSUD melalui Peningkatan Kinerja SDM dan Pemanfaatan Sistem Digital. Strategi ini bertujuan meningkatkan kualitas pelayanan publik dan kinerja BLUD melalui reformasi tata kelola rumah sakit, peningkatan kompetensi aparatur, penerapan SPBE, serta penguatan perencanaan, penganggaran, dan pengawasan internal. Dasar Pelaksanaan: Permendagri Nomor 79 Tahun 2018 tentang BLUD; kebijakan SPBE; serta ketentuan reformasi birokrasi

Dengan strategi yang menyeluruh dan terintegrasi, RSUD dr. La Palaloi berkomitmen untuk menjadi fasilitas pelayanan kesehatan rujukan yang andal dalam mendukung peningkatan derajat kesehatan masyarakat Kabupaten Maros, serta berperan aktif dalam mewujudkan pelayanan publik yang berkualitas, aman, berkeadilan, dan berkelanjutan sebagai bagian dari fondasi daya saing daerah menuju Kabupaten Maros yang lebih maju dan inklusif.

Strategi Rencana Strategis RSUD dr. La Palaloi Tahun 2025–2029 merupakan kerangka kerja terpadu yang disusun secara komprehensif sebagai pedoman pelaksanaan tugas dan fungsi rumah sakit selama periode lima tahun. Strategi ini dirumuskan dengan mengacu pada Renstra Dinas Kesehatan Kabupaten Maros dan RPJMD Kabupaten Maros, serta diselaraskan dengan kebijakan nasional bidang kesehatan, khususnya transformasi sistem kesehatan dan penguatan layanan rujukan. Strategi tersebut mencerminkan upaya sistematis RSUD dr. La Palaloi dalam menghadapi dinamika lingkungan internal dan eksternal secara adaptif dan responsif, termasuk peningkatan tuntutan mutu pelayanan, keselamatan pasien, perubahan kebijakan pembiayaan kesehatan, serta perkembangan teknologi informasi di bidang pelayanan kesehatan. Seluruh strategi diarahkan untuk memastikan bahwa program dan kegiatan rumah sakit berjalan konsisten dengan arah pembangunan daerah dan mendukung pencapaian sasaran pembangunan kesehatan Kabupaten Maros.

Dalam kerangka tersebut, strategi RSUD dr. La Palaloi memuat langkah-langkah operasional untuk menjawab isu-isu strategis rumah sakit, antara lain peningkatan mutu dan keselamatan pelayanan klinis, penguatan kapasitas sumber daya manusia kesehatan, optimalisasi sarana dan prasarana rumah sakit, peningkatan efisiensi dan akuntabilitas pengelolaan BLUD, serta pemanfaatan sistem informasi dan digitalisasi pelayanan kesehatan. Optimalisasi ini dilakukan dengan memperhatikan prinsip efektivitas, efisiensi, dan keberlanjutan pelayanan. Pendekatan strategi RSUD dr. La Palaloi mencakup beberapa dimensi utama, yaitu:

- a) Optimalisasi sumber daya, melalui penguatan tata kelola rumah sakit, peningkatan kompetensi tenaga medis dan tenaga kesehatan, efisiensi pengelolaan keuangan BLUD, serta sinergi dengan Dinas Kesehatan dan jejaring rujukan;
- b) Penetapan tahapan pelaksanaan, dengan membagi intervensi strategis ke dalam rencana tahunan guna menjamin kesinambungan dan ketercapaian target kinerja;
- c) Fokus intervensi, melalui penajaman prioritas pelayanan berdasarkan beban penyakit, kebutuhan masyarakat, serta tingkat urgensi dan dampaknya terhadap peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- d) Penjabaran program, kegiatan, dan subkegiatan, sebagai bentuk konkret implementasi strategi yang dilaksanakan oleh unit-unit pelayanan dan manajemen di lingkungan RSUD dr. La Palaloi.

Seluruh strategi tersebut dirancang untuk secara langsung mendukung pencapaian tujuan dan sasaran Renstra RSUD dr. La Palaloi, serta memastikan keterkaitan yang kuat antara perencanaan strategis rumah sakit dengan arah kebijakan Dinas Kesehatan dan RPJMD Kabupaten Maros. Penahapan pembangunan dalam konteks Renstra RSUD dr. La Palaloi dimaknai sebagai pembagian prioritas pengembangan rumah sakit ke dalam periode tahunan yang disusun secara bertahap dan berkesinambungan.

No	TAHAP I (2026) Transisi dan Penataan Dasar	TAHAP II (2027) Implementasi Tahap Awal	TAHAP III (2028) Implementasi Tahap Lanjutan	TAHAP IV (2029) Implementasi Tahap Pemantapan	TAHAP V (2030) Evaluasi Capaian
1	Penyelarasan Renstra RSUD dr. La Palaloi dengan Renstra Dinas Kesehatan dan RPJMD Kabupaten Maros	Pelaksanaan program prioritas pelayanan rumah sakit sesuai Renstra RSUD	Perluasan akses dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan rujukan	Pemantapan mutu pelayanan rumah sakit sesuai Standar Pelayanan Minimal (SPM) dan standar akreditasi	Evaluasi menyeluruh pelaksanaan Renstra RSUD dr. La Palaloi
2	Penataan kelembagaan rumah sakit, uraian tugas, dan fungsi unit pelayanan serta manajemen	Peningkatan cakupan dan kualitas layanan rawat jalan, rawat inap, dan penunjang	Penguatan integrasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS)	Penguatan keberlanjutan pelayanan unggulan dan layanan prioritas RSUD	Pengukuran capaian indikator kinerja utama (IKU) RSUD
3	Pemetaan kondisi awal indikator kinerja rumah sakit (baseline pelayanan dan mutu)	Penguatan pelayanan promotif dan preventif berbasis rumah sakit (PKRS)	Peningkatan mutu pelayanan KIA, gizi klinik, dan pengendalian infeksi	Peningkatan kepuasan dan keselamatan pasien	Penyusunan laporan akhir kinerja RSUD dr. La Palaloi
4	Penguatan sistem perencanaan, penganggaran BLUD, dan pelaporan kinerja RSUD	Optimalisasi pemanfaatan sarana, prasarana, dan alat kesehatan rumah sakit	Optimalisasi jejaring rujukan dan kolaborasi lintas sektor	Pemantapan sistem pembiayaan pelayanan rumah sakit yang efektif dan efisien	Identifikasi keberhasilan, hambatan, dan pembelajaran pelaksanaan Renstra
5	Penyiapan dan pemetaan kebutuhan SDM rumah sakit sesuai standar pelayanan	Penguatan sistem rujukan internal dan eksternal RSUD	Pengembangan inovasi pelayanan rumah sakit berbasis teknologi informasi	Penguatan pengawasan mutu dan keselamatan pasien	Perumusan rekomendasi kebijakan pengembangan RSUD pasca-Renstra
6	Penataan dan pemenuhan sarana prasarana dasar pelayanan RSUD	Peningkatan kapasitas SDM rumah sakit melalui pendidikan dan pelatihan teknis	Peningkatan peran serta masyarakat dan pemangku kepentingan dalam peningkatan mutu layanan	Pemantapan integrasi data pelayanan RSUD dengan sistem kesehatan daerah	Penyiapan bahan perencanaan Renstra RSUD periode berikutnya

- **Arah Kebijakan BLUD RS**

Untuk mendukung pencapaian sasaran RPJMD Kabupaten Maros yang dijabarkan dalam tujuan dan sasaran Dinas Kesehatan Kabupaten Maros Tahun 2025–2029, RSUD dr. La Palaloi sebagai Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD) yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan rujukan memiliki peran strategis dalam pelaksanaan arah kebijakan pembangunan kesehatan daerah. Oleh karena itu, diperlukan perumusan arah kebijakan RSUD dr. La Palaloi yang selaras dan terintegrasi dengan arah kebijakan Dinas Kesehatan serta kebijakan pembangunan daerah sebagaimana tertuang dalam RPJMD.

Perumusan arah kebijakan RSUD dr. La Palaloi dalam Rencana Strategis Tahun 2025–2029 disusun dengan mengacu pada berbagai instrumen kebijakan nasional dan daerah di bidang kesehatan, khususnya operasionalisasi Norma, Standar, Prosedur, dan Kriteria (NSPK) penyelenggaraan pelayanan kesehatan rujukan dan pengelolaan rumah sakit. NSPK tersebut menjadi landasan utama dalam menjamin mutu pelayanan, keselamatan pasien, tata kelola rumah sakit, serta keberlanjutan pembiayaan dan pengelolaan sumber daya rumah sakit.

Arah kebijakan RSUD dr. La Palaloi dirumuskan dengan mempertimbangkan sasaran dan arah kebijakan RPJMD Kabupaten Maros, Renstra Dinas Kesehatan Kabupaten Maros, serta isu-isu strategis yang berkembang baik di tingkat lokal maupun nasional. Isu strategis tersebut antara lain peningkatan kebutuhan layanan kesehatan rujukan yang bermutu dan terjangkau, tuntutan peningkatan keselamatan dan kepuasan pasien, penguatan sistem rujukan pelayanan kesehatan, pemanfaatan teknologi informasi dalam pelayanan, serta peningkatan profesionalisme dan ketersediaan sumber daya manusia rumah sakit.

Penyusunan arah kebijakan dilakukan secara sistematis melalui pendekatan tematik, holistik, integratif, dan spasial, serta berbasis pada data dan bukti empiris kinerja pelayanan rumah sakit. Pendekatan ini dimaksudkan agar kebijakan yang dirumuskan mampu menjawab kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat secara efektif, adaptif terhadap dinamika kebijakan nasional, serta berkelanjutan dalam jangka menengah. Melalui pendekatan tersebut, RSUD dr. La Palaloi menetapkan arah kebijakan yang difokuskan pada peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan rujukan, penguatan keselamatan dan kepuasan pasien, peningkatan efisiensi dan akuntabilitas pengelolaan rumah sakit berbasis BLUD, serta pengembangan SDM rumah sakit yang profesional dan berdaya saing.

Tabel berikut menyajikan keterkaitan antara operasionalisasi NSPK pelayanan rumah sakit, arah kebijakan RPJMD Kabupaten Maros, serta arah kebijakan RSUD dr. La Palaloi yang akan dilaksanakan dalam periode Rencana Strategis Tahun 2025–2029.

NO	OPERASIONALISASI NSPK	ARAH KEBIJAKAN RPJMD	ARAH KEBIJAKAN RENSTRA RSUD dr. La Palaloi	KET.
1	Peningkatan mutu dan pemerataan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan sesuai Permenkes Nomor 19 Tahun 2024 tentang Penyelenggaraan Puskesmas dan Permenkes Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit.	Perluasan dan peningkatan kualitas layanan kesehatan serta penurunan prevalensi stunting di seluruh wilayah.	Peningkatan mutu dan kapasitas pelayanan kesehatan rujukan melalui pemenuhan standar akreditasi rumah sakit, penguatan layanan spesialisistik dan subspesialisistik, serta pengembangan sarana, prasarana, dan alat kesehatan RSUD dr. La Palaloi sesuai standar pelayanan.	Mendukung Sasaran Strategis 1 (Pelayanan Kesehatan Rujukan).
2	Penguatan upaya promotif dan preventif sesuai Permenkes Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan SPM Bidang Kesehatan dan Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2017 tentang Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS).	Penguatan sistem mitigasi, deteksi dini, dan penanggulangan masalah kesehatan secara cepat, terpadu, dan berkelanjutan.	Penguatan peran RSUD dr. La Palaloi dalam pelayanan promotif dan preventif melalui edukasi kesehatan pasien dan keluarga, skrining penyakit, pelayanan kesehatan ibu dan anak, serta dukungan pelaksanaan GERMAS di lingkungan rumah sakit dan jejaring rujukan.	Mendukung Sasaran Strategis 2 (Promotif dan Preventif Berbasis Rujukan).
3	Peningkatan kapasitas dan pemerataan SDM kesehatan sesuai Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, Peraturan Presiden Nomor 31 Tahun 2019, dan Permenkes Nomor 83 Tahun 2019.	Peningkatan kapasitas aparatur dan kelembagaan pemerintahan untuk mewujudkan tata kelola yang efektif, efisien, dan profesional.	Peningkatan kompetensi, profesionalisme, dan ketersediaan SDM rumah sakit melalui pemenuhan kebutuhan tenaga medis dan keperawatan, pengembangan pendidikan dan pelatihan berkelanjutan, serta penguatan manajemen SDM RSUD dr. La Palaloi.	Mendukung Sasaran Strategis 3 (SDM Rumah Sakit).
4	Penguatan sistem informasi kesehatan dan digitalisasi layanan sesuai Permenkes Nomor 18 Tahun 2022, Permenkes Nomor 24 Tahun 2022, dan Permenkes Nomor 16 Tahun 2024.	Pemanfaatan teknologi informasi dan komunikasi dalam penyelenggaraan pemerintahan berbasis digital (smart government).	Pengembangan dan pemanfaatan sistem informasi rumah sakit yang terintegrasi melalui penerapan Rekam Medis Elektronik (RME), SATUSEHAT, dan Sistem Informasi Rujukan Terintegrasi (SISRUTE) guna meningkatkan mutu layanan, keselamatan pasien, dan efisiensi operasional RSUD dr. La Palaloi.	Mendukung Sasaran Strategis 4 (Digitalisasi Pelayanan RSUD).
5	Penguatan tata kelola dan pembiayaan kesehatan berbasis kinerja sesuai Permendagri Nomor 77 Tahun 2020 dan PP Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah.	Peningkatan kualitas dan inovasi pelayanan publik yang responsif, inklusif, dan berorientasi pada kepuasan masyarakat.	Penguatan tata kelola dan kinerja keuangan RSUD dr. La Palaloi melalui penerapan Pola Pengelolaan Keuangan BLUD, peningkatan akuntabilitas perencanaan dan penganggaran berbasis kinerja, serta inovasi pelayanan rumah sakit yang berorientasi pada mutu dan kepuasan pasien.	Kebijakan lintas sasaran (enabler) pendukung seluruh sasaran strategis RSUD.

Untuk menjamin ketercapaian tujuan dan sasaran RSUD dr. La Palaloi secara efektif dan terarah, strategi yang telah ditetapkan dijabarkan lebih lanjut ke dalam kebijakan-kebijakan operasional. Kebijakan tersebut disusun dengan prinsip linearitas antara tujuan, sasaran, strategi, dan kebijakan sebagai dasar pelaksanaan program dan kegiatan rumah sakit selama periode lima tahunan. Kebijakan RSUD dr. La Palaloi dirumuskan selaras dengan RPJMD Kabupaten Maros, Renstra Dinas Kesehatan, NSPK, standar akreditasi rumah sakit, serta ketentuan pengelolaan BLUD. Penjabaran strategi ke dalam kebijakan dimaksudkan untuk memastikan bahwa setiap intervensi rumah sakit secara langsung mendukung

peningkatan mutu layanan, keselamatan pasien, dan penguatan tata kelola rumah sakit yang profesional, efisien, dan berkelanjutan.

Kebijakan ini menjadi acuan dalam penyusunan Renja RSUD, penganggaran berbasis kinerja, serta pelaksanaan monitoring dan evaluasi kinerja secara periodik, sehingga pelaksanaan Renstra RSUD dr. La Palaloi dapat berjalan konsisten, terukur, dan akuntabel dalam mendukung pencapaian pembangunan kesehatan daerah.

BAB IV
PELAPORAN KINERJA BLUD RS

A. Pelaporan Kinerja Umum Operasional Non Keuangan dan Keuangan

Pada dasarnya pelaporan kinerja menjelaskan realisasi pencapaian target indicator kienrja yang kemudian diterjemahkan kedalam skor pada level-level realisasi pencapaian target indicator kinerja yang sudah ditentukan. Berikut adalah daftar indicator kinerja berdasarkan Perspektif, Aspek dan S ubAspek beserta skor maksimumnya.

No	Perspektif/ Aspek/ SubAspek/Program/Kegiatan/Subkegiatan/Aktivitas Lain	Skor Maks RSD Non Pendidikan
1.	Kinerja dari Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran	
1.1	Kinerja Aspek Pelayanan	
1.1.1	SubAspek Pertumbuhan Pembelajaran	20
	Kecukupan Sumber Daya Manusia	2
	Rata-rata Jam Pelatihan SDM BLUD	3
	Pelatihan 20 jam per Pegawai	2,5
	Petugas Layanan Gawat Darurat Bersertifikat (PGD)	1
	Program Reward and Punishment	1,5
	Persentase Dokter Pendidikan Klinis yang Mendapat TOT	0
	Kecukupan Sarana Medis	2
	Pelayanan Pemeliharaan Sarana RS	2
	Pengembangan SIM RS	1
	Pelayanan Administrasi Manajemen	3,5
	Kenaikan Pendapatan RSD per Pegawai	1,5
2.	Kinerja dari Perspektif Proses Layanan Internal	
2.1	Kinerja Aspek Pelayanan	
2.1.1	SubAspek Pertumbuhan Produktivitas	12
	Pertumbuhan Kunjungan Rawat Jalan	3
	Pertumbuhan Rata-rata Kunjungan Gawat Darurat	2

No	Perspektif/ Aspek/ SubAspek/Program/Kegiatan/Subkegiatan/Aktivitas Lain	Skor Maks RSD Non Pendidikan
	Pertumbuhan Kunjungan Rawat Inap	2
	Pertumbuhan Pemeriksaan Radiologi	1
	Pertumbuhan Pemeriksaan Laboratorium	2
	Pertumbuhan Operasi	1
	Pertumbuhan Rehab Medik	1
	Pertumbuhan Peserta Didik Pendidikan Kedokteran	0
	Pertumbuhan Penelitian yang dipublikasikan	0
2.1.2	SubAspek Efektivitas Pelayanan	18
	Kelengkapan Rekam Medik 24 jam Selesai Pelayanan	2
	Pengembalian Rekam Medik	2
	Angka Pembatalan Operasi	2
	Angka Kegagalan Hasil Radiologi	2
	Penulisan Resep Sesuai Formularium/Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	2
	Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium	2
	Bed Occupancy Rate (BOR)	2
	Waktu Tunggu Hasil Laboratorium Kritis/Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	1
	Waktu Tunggu Rawat Jalan	1
	Waktu Tanggap Darurat di IGD	1
	Net Death Rate	1
3.	Kinerja dari Perspektif Pelanggan	
3.1	Kinerja Mutu dan Manfaat Bagi Masyarakat	
3.1.1	SubAspek Mutu Layanan	16
	Emergency Response Time Rate	1
	Waktu Tunggu Rawat Jalan	1
	Length of Stay	1
	Kecepatan Pelayanan Resep Obat Jadi	1

No	Perspektif/ Aspek/ SubAspek/Program/Kegiatan/Subkegiatan/Aktivitas Lain	Skor Maks RSD Non Pendidikan
	Waktu Tunggu Sebelum Operasi/Penundaan Operasi Elektif	1
	Waktu Tunggu Hasil Laboratorium	1
	Waktu Tunggu Hasil Radiologi	1
	Rujukan Keluar Rawat Inap	1
	Retensi Pelanggan Rawat Jalan	1
	Pasien Pulang Paksa (Pulang atas Permintaan Sendiri)	1
	Kepatuhan Kebersihan Tangan	1
	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri	1
	Kepatuhan Identifikasi Pasien	1
	Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergency	1
	Kepatuhan Waktu Visite Dokter	1
	Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (<i>Clinical Pathway</i>)	1
3.1.2	SubAspek Mutu Klinik	6
	Angka Kematian di Gawat Darurat	1
	Angka Kematian/Kebutaan >48 jam	1
	Post Operative Death Rate	1
	Angka Infeksi Nosokomial Dekubitus	0,5
	Angka Infeksi Nosokomial Phlebitis	0,5
	Angka Infeksi Nosokomial Saluran Kemih (ISK)	0,5
	Angka Infeksi Nosokomial Luka Operasi (ILO)	0,5
	Angka Kematian Ibu di RS	1
3.1.3	SubAspek Kepedulian pada Masyarakat dan Pelanggan	6
	Rasio Tempat Tidur Kelas III (RTT)	1
	Kecepatan Waktu Tanggap Komplain	1
	Kepuasan Pasien	1
	Pembinaan kepada Pusat Kesehatan Masyarakat dan Sarana Kesehatan Lain	1
	Penyuluhan Kesehatan	1

No	Perspektif/ Aspek/ SubAspek/Program/Kegiatan/Subkegiatan/Aktivitas Lain	Skor Maks RSD Non Pendidikan
	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	1
3.1.4	SubAspek Kepedulian pada Masyarakat dan Pelanggan	1
	Pengelolaan Baku Mutu Limbah Cair	1
3.1.5	SubAspek Akreditasi	1
	SKOR KINERJA NON-KEUANGAN	80
4.	Kinerja dari Perspektif Keuangan	
4.1.1	Kinerja Memperoleh Hasil Usaha atau Hasil Kerja dari Layanan yang Diberikan	8
	Periode Penagihan Piutang (<i>Collection Period</i>)	2
	Perputaran Aset Tetap (<i>Fixed Asset Turnover</i>)	2
	Perputaran Persediaan (<i>Inventory Turnover</i>)	2
	Imbalan atas Aset Tetap (<i>Return on Fixed Asset</i>)	1
	Imbalan atas Ekuitas (<i>Return on Equity</i>)	1
4.1.2	Kinerja Memenuhi Seluruh Kewajiban Jangka Pendeknya	4
	Rasio Kas (<i>Cash Ratio</i>)	2
	Rasio Lancar (<i>Current Ratio</i>)	2
4.1.3	Kinerja Memenuhi Seluruh Kewajiban	4
	Rasio Kewajiban terhadap Aset	2
	Rasio Kewajiban terhadap Ekuitas	2
4.1.4	Kinerja Kemampuan Penerimaan dari Jasa Layanan untuk Membiayai Pengeluaran	4
	Rasio Pendapatan BLUD non APBD LO terhadap Biaya Operasional/ Cost Recovery Rate	2
	Porsi Pendapatan APBD-LO dibandingkan Pendapatan non APBD-LO	2
	SKOR KINERJA KEUANGAN	20
	TOTAL SKOR	100

Klasifikasi kinerja capaian BLUD berdasarkan Surat Edaran Nomor 900.1.13.3/18686/Keuda tentang Modul Penyusunan dan Penilaian Laporan Kinerja Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Bidang Kesehatan terbagi menjadi dua kategori, yaitu untuk Rumah Sakit Daerah (RSUD) dan Puskesmas.

Klasifikasi capaian kinerja BLUD RSUD dikelompokkan menjadi 5 kategori, yaitu:

Kategori	Deskripsi	Rentang Risiko
AA	Memuaskan	≥ 90
A	Sangat Baik	$80 \leq \text{SKOR} < 90$
BB	Baik	$70 \leq \text{SKOR} < 80$
B	Cukup	$60 \leq \text{SKOR} < 70$
C	Kurang	< 60

Secara rinci penjelasan cara penghitungan realisasi indikator kinerja adalah sebagai berikut :

1. Kinerja Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan

Kinerja perspektif pembelajaran dan pertumbuhan adalah kinerja organisasi yang merupakan pondasi strategi organisasi yang seringkali disebut sebagai strategi investasi masa depan. Pada perspektif ini organisasi melakukan investasi infrastruktur, sumber daya manusia, riset untuk pengembangan produk dan/atau baru, serta sistem dan prosedur untuk mencapai tujuan jangka Panjang organisasi. Kinerja dari perspektif dan pertumbuhan Ini diberi bobot perspektif 20%

a. Kinerja Aspek Pelayanan

Kinerja perspektif pembelajaran dan pertumbuhan dibentuk oleh sebagian dari kinerja aspek pelayanan, khususnya Subaspek Pembelajaran dan pertumbuhan. Sebaliknya Kinerja Aspek Pelayanan secara utuh dibentuk dari kinerja perspektif pembelajaran dan pertumbuhan serta kinerja perspektif proses layanan internal.

1) Kinerja SubAspek Pembelajaran dan Pertumbuhan

Kinerja subaspek pembelajaran dan pertumbuhan memiliki pengertian yang sama dengan kinerja perspektif pembelajaran dan pertumbuhan.

Kinerja ini sekurangnya terdiri dari beberapa indikator kinerja berikut dengan pengukuran dan bobotnya sebagai berikut:

A. Kecukupan Sumber Daya Manusia

Rumus :

$$\frac{\text{Jenis dan Jumlah SDM yang ada sesuai ketentuan PP 47 th 2021}}{\text{Jenis dan jumlah SDM sesuai ketentuan PP 47 th 2021 yang memenuhi ABK}}$$

Penjelasan :

Kecukupan Sumber Daya Manusia (SDM) adalah jenis dan jumlah professional yang harus dipenuhi Rumah Sakit Daerah antara lain dokter, perawat, bidan, tenaga kefarmasian, tenaga gizi, psikologi klinik, laboratorium, radiologi, rekam medik dan sebagainya sesuai ketentuan Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit (PP 47/2021) yang ada di BLUD Rumah Sakit Daerah dibandingkan jumlah SDM sesuai PP 47/2021 yang memenuhi analisa beban kerja (ABK).

Skor kecukupan sumber daya manusia adalah sebagai berikut :

Kecukupan Sumber Daya Manusia (KSDM)	RSUD Non Pendidikan
$0 < \text{KSDM} \leq 0,2$	0
$0,2 < \text{KSDM} \leq 0,4$	0,4
$0,4 < \text{KSDM} \leq 0,6$	0,8
$0,6 < \text{KSDM} \leq 0,8$	1,2
$0,8 < \text{KSDM} \leq 1$	1,6
$\text{KSDM} \geq 1$	2

B. Rata-rata jam pelatihan Sumber Daya Manusia (SDM) BLUD RSD

Rumus:

$$\frac{\text{Total Realisasi Jam Pelatihan SDM}}{\text{Jumlah SDM} \times 20 \text{ jam}}$$

Penjelasan :

Rata-rata jam pelatihan per SDM BLUD RSD adalah total realisasi jam pelatihan RSD dibagi jumlah SDM BLUD RSD dikali 20 jam. Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi SDM yang dilakukan baik di rurnah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidIdkan formal. SDM BLUD RSD yang dimaksud disini

adalah Sumber Daya Manusia sesuai ketentuan Pasal 3 ayat (1) PerMendagri 79/2018 yaitu pejabat pengelola dan pegawai.

Skor rata-rata jam pelatihan per SDM BLUD RSD adalah sebagai berikut:

Rata-rata Jam Pelatihan SDM (JPS)	RSUD Non Pendidikan
JPS ≥ 0,80	3
0,60 ≤ JPS < 0,80	2
0,40 ≤ JPS < 0,60	1
JPS < 0,40	0,5

C. Pelatihan 20 Jam per Sumber Daya Manusia (SDM) BLUD RSD

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah SDM yang mendapat pelatihan minimal 20 jam}}{\text{Jumlah seluruh SDM di BLUD RSD}}$$

Penjelasan:

Pelatihan 20 Jam per SDM BLUD Rumah Sakit Daerah (RSD) adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi SDM BLUD RSD yang dilakukan baik di RSD ataupun di luar RSD yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal pelatihan per SDM BLUD RSD 20 jam. SDM BLUD RSD yang dimaksud djsini adalah Sumber Daya Manusia sesuai ketentuan Pasal 3 ayat (1) PerMendagri 7912018 yatu pejabat pengelola dan pegawai.

Skor pelatihan 20 jam per SDM BLUD RSD adalah sebagai berikut :

Pelatihan 20 Jam Per SDM (PJS)	RSUD Non Pendidikan
0 ≤ PJS ≤ 0,20	2,5
0,20 ≤ PJS ≤ 0,40	2
0,40 ≤ PJS ≤ 0,60	0,75
PJS > 0,60	0,5

D. Petugas Layanan Gawat Darurat Bersertifikat (PGD)

Rumus:

$$\frac{\text{Total petugas layanan gawat darurat yang bersertifikat}}{\text{Total petugas layanan gawat darurat}}$$

Penjelasan:

Standar tenaga pelayanan kegawatdaruratan menurut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 856/Menkes/SK/IX/2009 mensyaratkan petugas pemberi pelayanan gawat darurat dengan kualifikasi:

- 1) Dokter Urnum: Pelatihan Kegawatdaruratan (GELTS, ATLS, ACLS, dll)
- 2) Perawat Kepala SI/DIII: Pelatihan Kegawadaruratan (*Emergency Nursing*, BTLS, BCLS, dll)
- 3) Perawat : Pelatihan *Emergency Nursing*

Skor petugas layanan gawat darurat bersertifikat (PGD) BLUD RSD adalah sebagai berikut :

Petugas Layanan Gawat Darurat Bersertifikat (PGD)	RSUD Non Pendidikan
PGD > 0,90	1
0,70 < PGD ≤ 0,90	0,75
0,50 < PGD ≤ 0,70	0,5
0,30 < PGD ≤ 0,50	0,25
PGD < 0,30	0

E. Program *Reward and Punishment*

Penjelasan:

Program *reward and punishment* merupakan salah satu bentuk metode untuk memotivasi dan meningkatkan kinerja pegawai. *Reward* (penghargaan) merupakan bentuk apresiasi dari rumah sakit kepada Sumber Daya Manusia (SDM) yang berprestasi. Sedangkan *punishment* (sanksi) dihitung berdasarkan bentuk hukuman yang diberikan Oleh rumah sakit kepada SDM yang melanggar peraturan disiplin kepegawaian.

Adanya pengaturan program *reward and punishment* ditunjukan dalam peraturan kepala daerah/kepala SKPD/pemimpin BLUD yang terkait pengaturan SDM BLUD. Sedangkan adanya pelaksanaan program ditunjukan dalam laporan pelaksanaan program reward and punishment, yang dapat dikaitkan dalam subkegiatan tertentu pada RBA/DBA BLUD

Skor program *reward and punishment* adalah sebagai berikut :

Program <i>Reward and Punishment</i>	RSUD Non Pendidikan
Tidak ada program <i>reward and punishment</i>	0
Ada program tidak dilaksanakan	0,5
Ada Program Sebagian dilaksanakan	1
Ada program dilaksanakan sepenuhnya	1,5

F. Persentase Dokter Pendidik Klinis yang Mendapat TOT

Rumus:

$$\frac{Jumlah\ dokter\ pendidik\ yang\ mendapat\ TOT}{Jumlah\ seluruh\ dokter\ pendidik\ klinis}$$

Penjelasan :

Adalah jumiah dokter pendidik klinis yang mendapatkan TOT (*Training of Trainer*) dibandingkan dengan jumlah seluruh dokter pendidik klinis. TOT dapat dibuktikan dari sertifikat keikutsertaan TOT.

Skor persentase dokter pendidik klinis yang mendapat *training of trainer* (TOT) adalah sebagai berikut:

Persentase Dokter Pendidik Klinis yang Mendapat TOT	RSUD Non Pendidikan
TOT > 0,75	0
0,50 < TOT ≤ 0,75	0
0,25 < TOT ≤ 0,50	0
0 ≤ TOT ≤ 0,25	0

G. Kecukupan Sarana Medis RSD

Rumus:

$$\frac{Jenis\ dan\ jumlah\ sarana\ medis\ yang\ disediakan\ RSD}{Jenis\ dan\ jumlah\ sarana\ medis\ sesuai\ standar\ yang\ ditetapkan\ oleh\ Permenkes\ 40\ th\ 2022}$$

Penjelasan :

Kecukupan Sarana Medis adalah jenis dan jumlah sarana medis yang seharusnya disediakan Oleh RSD sesuai jenis pelayanan yang diberikan. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 40 Tahun 2022 tentang Persyaratan Teknis Bangunan, Prasarana dan Peralatan Kesehatan Rumah Sakit (Permenkes 40/2022) menjadi acuan standar yang harus dipenuhi Rumah Sakit Daerah dalam menyediakan sarana

medisnya. Sarana sendiri Adalah aset berwujud yang bergerak sehingga dapat diartikan sebagai peralatan kesehatan pada Permenkes tersebut.

Skor kecukupan sarana medis adalah sebagai berikut:

Kecukupan Sarana Medis (KSM)	RSUD Non Pendidikan
0 < KSM ≤ 0,25	0
0,25 < KSM ≤ 0,5	0,5
0,5 < KSM ≤ 0,7	1
0,75 < KSM < 1	1,5
KSM ≥ 1	2

F. Pelayanan Pemeliharaan Sarana RSD

Kinerja pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit dilihat dari indicator kinerja sebagai berikut :

1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

Rumus:

$$\frac{Jumlah\ laporan\ kerusakan\ alat\ yang\ ditangani \leq 15\ menit}{Jumlah\ seluruh\ laporan\ kerusakan\ alat}$$

Penjelasan :

Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 ment harus sudah ditanggapi.

Skor kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat adalah sebagai berikut:

Pelayanan Pemeliharaan Sarana RS (PPSR1)	RSUD Non Pendidikan
0 < PPSR1 ≤ 0,2	0
0,2 < PPSR1 ≤ 0,4	0,25
0,4 < PPSR1 ≤ 0,6	0,5
0,6 < PPSR1 < 0,8	0,75
PPSR1 ≥ 0,8	1

2. Kecepatan waktu pemeliharaan alat

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan tepat waktu}}{\text{Seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan}}$$

Penjelasan :

Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku berdasarkan register pemeliharaan alat.

Skor ketepatan waktu pemeliharaan alat adalah sebagai berikut :

Pelayanan Pemeliharaan Sarana RS (PPSR2)	RSUD Non Pendidikan
0 < PPSR2 ≤ 0,2	0
0,2 < PPSR2 ≤ 0,4	0,2
0,4 < PPSR2 ≤ 0,6	0,3
0,6 < PPSR2 < 0,8	0,4
PPSR2 ≥ 0,8	0,5

3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah seluruh alat kesehatan fasilitas kesehatan yang terkalibrasi tepat waktu}}{\text{Jumlah alat kesehatan fasilitas kesehatan yang perlu dikalibrasi}}$$

Penjelasan :

Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan Laboratorium Oleh Institusi Penyelenggara Kalibrasi yang Memiliki Izin Kemenkes.

Skor peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi berdasarkan data dari buku register adalah sebagai berikut :

Pelayanan Pemeliharaan Sarana RS (PPSR3)	RSUD Non Pendidikan
$0 < \text{PPSR3} \leq 0,2$	0,1
$0,2 < \text{PPSR3} \leq 0,4$	0,2
$0,4 < \text{PPSR3} \leq 0,6$	0,3
$0,6 < \text{PPSR3} < 0,8$	0,4
$\text{PPSR3} \geq 0,8$	0,5

G. Pengembangan SIM RSD

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah modul yang disediakan RS}}{22 \text{ Modul}}$$

Penjelasan :

Pengembangan SIM RS adalah penerapan Sistem Informasi manajemen RSD yang terdiri dari 22 modul yang menghasilkan output, dengan prioritas modul pelayanan sesuai dengan jenis pelayanan yang dlberikan. Buku Pedoman Penyusunan Laporan Dewan Pengawas RSD yang melaksanakan PK BLUD RSD dari ARSADA memberikan daftar modul SIM RS *Generic Open Source* ebagai berikut:

1. Modul Pendaftaran (Registrasi);
2. Modul Poli (sesuai dengan Pelayanan yang ada);
3. Modul Pembayaran/ Billing system
4. Modul Apotlk;
5. Modul Rawat Inap;
6. Modul Admisi:
7. Modul Laboratorium;
8. Modul Radiologi;
9. Modul Rawat Jalan;
10. Modul IGD:
11. Modul Rekam Medik:
12. Modul ICD;
13. Modul Kamar Operasi;
14. Modul Gizi:
15. Modul Pantri:

- 16. Modul Keperawatan;
- 17. Modul Eksekutif;
- 18. Modul Keuangan,
- 19. Modul Jasa Pelayanan;
- 20. Modul Gudang
- 21. Modul Logistik dan
- 22. Modul Bridging SEP, INA CBG & SIRS/SP2RS.

Skor pengembangan SIM RS adalah sebagai berikut:

Pengembangan SIM RS (SIM RS)	RSUD Non Pendidikan
$0 < \text{SIM RS} \leq 0,25$	0
$0,25 < \text{SIM RS} \leq 0,5$	0,25
$0,5 < \text{SIM RS} \leq 0,7$	0,5
$0,75 < \text{SIM RS} < 1$	0,75
$\text{SIM RS} \geq 1$	1

H. Pelayanan Administrasi Manajemen

Kinerja pelayanan administrasi manajemen dilihat dari indikator kinerja sebagai berikut:

- 1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi

Rumus:

$$\frac{\text{Hasil Keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti}}{\text{Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti}}$$

Penjelasan :

Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi Adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing.

Skor tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi berdasarkan data notulen rapat adalah sebagai berikut :

Pelayanan Administrasi Manajemen (PAM1)	RSUD Non Pendidikan
$0 < \text{PAM1} \leq 0,5$	0,1
$0,5 < \text{PAM1} < 1$	0,25
$\text{PAM1} \geq 1$	0,5

2. Kelengkapan Laporan Kinerja BLUD

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah laporan kinerja lengkap}}{\text{Jumlah laporan kinerja yang seharusnya disusun}}$$

Penjelasan :

Laporan kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang pada SPM (Standar Pelayanan Minimal), indikator-indikator kinerja pada rencana strategik RSD dan indicator indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah.

Skor kelengkapan laporan kinerja Adalah sebagai berikut :

Pelayanan Administrasi Manajemen (PAM2)	RSUD Non Pendidikan
0 < PAM2 ≤ 0,5	0,1
0,5 < PAM1 <1	0,25
PAM1 ≥ 1	0,5

3. Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat}}{\text{Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat}}$$

Penjelasan :

Usulan kenaikan pangkat pegawai BLUD RSD untuk PNS, sesuai Pasal 2 Peraturan Badan Kepegawaian Negara Nomor 4 Tahun 2023 tentang Periodisasi Kenaikan Pangkat Pegawai Negeri Sipil ditetapkan dalam 6 (enam) periode dalam satu tahun yaitu pada tanggal 1 Februari, 1 April, 1 Juni, 1 Agustus, 1 Oktober, dan 1 Desember setiap tahun, kecuali Kenaikan Pangkat anumerta dan Kenaikan Pangkat Pengabdian.

Usulan kenaikan pangkat pegawai BLUD RSD untuk Pegawai BLUD non PNS diatur sesuai Peraturan Kepala Daerah dan/atau Peraturan Pemimpin BLUD yang menjelaskan pengaturan pegawai BLUD pada RSD.

Skor ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat adalah sebagai berikut :

Pelayanan Administrasi Manajemen (PAM3)	RSUD Non Pendidikan
0 < PAM3 ≤ 0,5	0,1
0,5 < PAM3 <1	0,25
PAM1 ≥ 1	0,5

4. Ketepatan Waktu Pengurusan Gaji Berkala

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah pegawai yang pengurusan kenaikan gaji berkalanya tepat waktu}}{\text{Jumlah seluruh pegawai yang harus dilakukan pengurusan kenaikan gaji berkalanya}}$$

Penjelasan :

Usulan kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai Peraturan Kepala Daerah dan/atau Peraturan Pemimpin BLUD yang menjelaskan pengaturan pegawai BLUD pada RSD.

Skor ketepatan waktu pengurusan gaji berkala adalah sebagai berikut :

Pelayanan Administrasi Manajemen (PAM4)	RSUD Non Pendidikan
0 < PAM4 ≤ 0,5	0,1
0,5 < PAM4 <1	0,25
PAM4 ≥ 1	0,5

5. Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan}}{\text{Jumlah laporan keuangan yang seharusnya diselesaikan}}$$

Penjelasan :

Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan merupakan jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sesuai ketentuan dibandingkan

dengan jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan sesuai ketentuan:

- Laporan Bulanan : Laporan pendapatan, belanja dan pembiayaan BLUD, SPTJ serta SP3BP (jika dilaksanakan bulanan)
- Laporan Triwulan : Laporan pendapatan, belanja dan pembiayaan BLUD, SPTJ serta SP3BP (jika dilaksanakan triwulan)
- Laporan Semester : Laporan Realisasi Anggaran Semester 1 dan Laporan Prognosis
- Laporan Tahunan : 7 (tujuh) Laporan Keuangan sesuai PSAP 13

Skor ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan Adalah sebagai berikut :

Pelayanan Administrasi Manajemen (PAM5)	RSUD Non Pendidikan
$0 < PAM5 \leq 0,5$	0,1
$0,5 < PAM5 < 1$	0,25
$PAM5 \geq 1$	0,5

6. Ketepatan Waktu Pemberian Informasi tentang Tagihan Pasien Rawat Inap

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap}}{\text{Jumlah pasien rawat inap}}$$

Penjelasan :

Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien.

Ketepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap merupakan jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap dibandingkan dengan total jumlah rawat inap.

Skor ketepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap adalah sebagai berikut:

Pelayanan Administrasi Manajemen (PAM6)	RSUD Non Pendidikan
$0 < \text{PAM6} \leq 2 \text{ Jam}$	0,5
$2 < \text{PAM6} \leq 3$	0,4
$3 < \text{PAM6} \leq 4$	0,3
$4 < \text{PAM6} \leq 5$	0,2
$\text{PAM6} \geq 5$	0,1

7. Ketepatan Waktu Pemberian Imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah bulan kelambatan pemberian insentif}}{\text{Jumlah bulan pemberian insentif dalam 1 tahun}}$$

Penjelasan :

Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan. Insentif dalam Pasal 23 ayat (2) huruf c Permendagri 79/2018 adalah imbalan kerja berupa uang yang bersifat tambahan pendapatan di luar gaji.

Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) dihitung dari Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif dibandingkan jumlah bulan pemberian insentif dalam 1 (satu) tahun.

Skor ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu adalah sebagai berikut.

Pelayanan Administrasi Manajemen (PAM7)	RSUD Non Pendidikan
$0,75 \leq \text{PAM7}$	0
$0,5 \leq \text{PAM7} < 0,75$	0,1
$0,25 \leq \text{PAM7} < 0,5$	0,25
$\text{PAM7} < 0,25$	0,5

I. Kenaikan Pendapatan RSD per SDM

Rumus:

$$\frac{PRS\ th\ 20x1 - PRS\ th\ 20x0}{PRS\ th\ 20x0}$$

Penjelasan :

Peningkatan pendapatan RSD per SDM adalah rata-rata peningkatan pendapatan jasa layanan — LO yang dihasilkan oleh seorang SDM dalam satu periode tertentu (PRS) dimana PRS dihitung dengan rumus:

$$\frac{Pendapatan\ jasa\ layanan\ BLUD\ (non\ APBD) - LO}{Jumlah\ SDM\ RSD}$$

Skor kenaikan pendapatan RSD per SDM adalah sebagai berikut :

Kenaikan Pendapatan RSD per SDM (KPRS)	RSUD Non Pendidikan
0 < KPRS ≤ 0,02	0,5
0,02 < KPRS < 0,05	1
KPRS ≥ 0,05	1,5

2. Kinerja Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan

Kinerja perspektif proses layanan internal adalah kinerja organisasi dari sudut pandang proses kerja yang menjadi tugas dan fungsi (kompetensi ini). Apabila proses layanan internal ini berjalan dengan baik maka organisasi berpeluang besar mencapai visi dan misinya sehingga menciptakan nilai bagi pelanggan dan berpengaruh terhadap ketersediaan dana untuk operasional. Kinerja dari proses layanan internal ini diberi bobot kinerja perspektif 30%. Berikut adalah penjelasan pengukuran kinerja proses layanan internal.

a. Kinerja Aspek Pelayanan

Kinerja perspektif proses layanan internal dibentuk oleh sebagian dari kinerja aspek pelayanan. Khususnya subaspek pertumbuhan produktivitas dan subaspek efektivitas pelayanan. Sebaliknya Kinerja Aspek Pelayanan secara utuh dibentuk dari kinerja perspektif pembelajaran dan pertumbuhan serta kinerja perspektif proses layanan internal.

1. Kinerja SubAspek Pertumbuhan Produktivitas

Kinerja subaspek pertumbuhan produktivitas menggambarkan pertumbuhan tingkat efisiensi BLUD Rumah Sakit Umum Daerah dalam

menggunakan seluruh sumberdayanya untuk menghasilkan pelayanan yang optimal. Kinerja ini terdiri dari beberapa indikator kinerja, pengukuran dan bobotnya sebagai berikut:

A. Pertumbuhan Rata-rata Kunjungan Rawat Jalan

Rumus :

$$\frac{\text{Rata – rata kunjungan rawat jalan per hari pada satu periode}}{\text{Rata – rata kunjungan rawat jalan per hari pada satu periode yang sama di tahun lalu}}$$

Penjelasan :

Rata-rata kunjungan rawat jalan per hari dihitung berdasarkan jumlah kunjungan pasien rawat jalan pada satu periode dibagi dengan jumlah hari kerja sesuai dengan hari kerja dalam satu periode yang sama di masing-masing rumah sakit daerah dengan rumus :

$$\frac{\text{Jumlah kunjungan rawat jalan pada satu periode}}{\text{Jumlah hari kerja dalam satu periode yang sama}}$$

Skor pertumbuhan rata-rata kunjungan rawat jalan adalah sebagai berikut :

Pertumbuhan Rata-rata Kunjungan Rawat Jalan (RJ)	RSUD Non Pendidikan
RJ ≥ 1,10	3
1,00 ≤ RJ < 1,10	2,5
0,95 ≤ RJ < 1,00	2
0,90 ≤ RJ < 0,95	1,5
0,85 ≤ RJ < 0,90	1
RJ < 0,85	0,5

B. Pertumbuhan Rata-rata Kunjungan Gawat Darurat

Rumus :

$$\frac{\text{Rata – rata kunjungan gawat darurat per hari pada satu periode}}{\text{Rata – rata kunjungan gawat darurat per hari pada satu periode yang sama di tahun lalu}}$$

Penjelasan :

Rata-rata kunjungan rawat darurat per hari dihitung berdasarkan jumlah kunjungan pasien rawat darurat selama satu periode dibagi dengan jumlah hari kerja satu periode yang sama di rumah sakit dengan rumus :

$$\frac{\text{Jumlah kunjungan gawat darurat pada satu periode}}{\text{Jumlah hari kerja dalam satu periode yang sama}}$$

Skor pertumbuhan rata-rata kunjungan gawat darurat adalah sebagai berikut :

Pertumbuhan Rata-rata Kunjungan Gawat Darurat (RD)	RSUD Non Pendidikan
$RD \geq 1,10$	2
$1,00 \leq RD < 1,10$	1,6
$0,95 \leq RD < 1,00$	1,2
$0,90 \leq RD < 0,95$	0,8
$0,85 \leq RD < 0,90$	0,4
$RD < 0,85$	0,2

C. Pertumbuhan Hari Perawatan Rawat Inap

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah hari perawatan rawat inap pada satu periode}}{\text{Jumlah hari perawatan rawat inap pada periode yang sama di tahun lalu}}$$

Penjelasan :

Hari perawatan dihitung berdasarkan jumlah pasien dalam perawatan di ruangan selama satu hari (24 jam) dalam satu periode dibagi dengan jumlah hari dalam periode yang sama, dengan rumus:

$$\frac{\text{Jumlah pasien dalam perawatan di ruangan selama satu hari selama satu periode}}{\text{Jumlah hari kerja dalam satu periode yang sama}}$$

Skor pertumbuhan hari perawatan rawat inap adalah sebagai berikut:

Pertumbuhan Hari Perawatan Rawat Inap (RI)	RSUD Non Pendidikan
$RI \geq 1,10$	2
$1,00 \leq RI < 1,10$	1,6
$0,95 \leq RI < 1,00$	1,2
$0,90 \leq RI < 0,95$	0,8
$0,85 \leq RI < 0,90$	0,4
$RI < 0,85$	0,2

D. Pertumbuhan Pemeriksaan Radiologi

Rumus :

$$\frac{\text{Rata – rata pemeriksaan radiologi per hari pada satu periode}}{\text{Rata – rata pemeriksaan radiologi per hari pada periode yang sama di tahun lalu}}$$

Penjelasan :

Rata-rata pemeriksaan radiologi per hari dihitung berdasarkan jumlah pemeriksaan radiologi selama satu periode dibagi dengan jumlah hari kerja di unit layanan radiologi pada periode yang sama, dengan rumus:

$$\frac{\text{Jumlah pemeriksaan radiologi selama satu periode}}{\text{Jumlah hari kerja unit layanan radiologi dalam satu periode yang sama}}$$

Pemeriksaan radiologi pada unit layanan radiologi dapat berupa:

- Pemeriksaan radiologi;
- Pemeriksaan radiodiagnostik dan imaging;
- Pemeriksaan psikometri; dan atau
- Pemeriksaan elektrodiagnostik,

Skor pertumbuhan pemeriksaan radiologi adalah sebagai berikut:

Pertumbuhan Pemeriksaan Radiologi (PR)	RSUD Non Pendidikan
$PR \geq 1,10$	1
$1,00 \leq PR < 1,10$	0,8
$0,95 \leq PR < 1,00$	0,6
$0,90 \leq PR < 0,95$	0,4
$0,85 \leq PR < 0,90$	0,2
$PR < 0,85$	0

E. Pertumbuhan Pemeriksaan Laboratorium

Rumus :

$$\frac{\text{Rata – rata pemeriksaan laboratorium per hari pada satu periode}}{\text{Rata – rata pemeriksaan laboratorium per hari pada periode yang sama di tahun lalu}}$$

Penjelasan :

Rata-rata pemeriksaan laboratorium per hari dihitung berdasarkan jumlah pemeriksaan laboratorium selama satu periode dibagi dengan jumlah hari kerja di unit layanan laboratorium dalam periode yang sama, dengan rumus:

$$\frac{\text{Jumlah pemeriksaan laboratorium selama satu periode}}{\text{Jumlah hari kerja unit layanan laboratorium dalam satu periode yang sama}}$$

Pemeriksaan laboratorium pada unit layanan laboratorium dapat berupa:

- Pemeriksaan laboratorium patologi klinik
- Pemeriksaan laboratorium patologi anatomi; dan
- Pemeriksaan laboratorium mikrobiologi; dan/atau
- Kegiatan Kesehatan jiwa masyarakat, untuk RSJ dan RSKO

Skor pertumbuhan pemeriksaan laboratorium adalah sebagai berikut:

Pertumbuhan Pemeriksaan Laboratorium (PL)	RSUD Non Pendidikan
$PL \geq 1,10$	2
$1,00 \leq PL < 1,10$	1,6
$0,95 \leq PL < 1,00$	1,2
$0,90 \leq PL < 0,95$	0,8
$0,85 \leq PL < 0,90$	0,4
$PL < 0,85$	0

F. Pertumbuhan Operasi

Rumus :

$$\frac{\text{Rata – rata operasi per hari pada satu periode}}{\text{Rata – rata operasi per hari pada periode yang sama di tahun lalu}}$$

Penjelasan :

Operasi meliputi tindakan bedah mayor dan bedah minor. Rata-rata Tindakan operasi per hari dihitung berdasarkan jumlah tindakan operasi selama satu periode dibagi dengan jumlah hari kerja dalam satu periode yang sama di unit layanan tindakan operasi dengan rumus :

$$\frac{\text{Jumlah tindakan operasi selama satu periode}}{\text{Jumlah hari kerja unit layanan operasi dalam satu periode yang sama}}$$

Skor pertumbuhan operasi adalah sebagai berikut :

Pertumbuhan Operasi (PO)	RSUD Non Pendidikan
$PO \geq 1,10$	1
$1,00 \leq PO < 1,10$	0,8
$0,95 \leq PO < 1,00$	0,6
$0,90 \leq PO < 0,95$	0,4
$0,85 \leq PO < 0,90$	0,2
$PO < 0,85$	0

G. Pertumbuhan Rehab Medik

Rumus :

$$\frac{\text{Rata – rata rehab medis per hari pada satu periode}}{\text{Rata – rata rehab medis per hari pada periode yang sama di tahun lalu}}$$

Penjelasan :

Rata-rata rehab medik per hari dihitung berdasarkan jumlah perneriksaan rehab medik selama satu periode dibagi dengan jumlah hari kerja di unit layanan rehab medik, dengan rumus :

$$\frac{\text{Jumlah tindakan rehab medik selama satu periode}}{\text{Jumlah hari kerja unit layanan rehab medik dalam satu periode yang sama}}$$

Skor pertumbuhan rehab medik adalah sebagai berikut :

Pertumbuhan Rehab Medik (PRM)	RSUD Non Pendidikan
PRM ≥ 1,10	1
1,00 ≤ PRM < 1,10	0,8
0,95 ≤ PRM < 1,00	0,6
0,90 ≤ PRM < 0,95	0,4
0,85 ≤ PRM < 0,90	0,2
PRM < 0,85	0

2. Kinerja SubAspek Efektivitas Pelayanan

Kinerja subaspek efektivitas pelayanan memiliki pengertian kuantitas, waktu, dan kualitas yang dapat dicapai dalam memberikan pelayanan yang diinginkan masyarakat pengguna jasa BLUD RSD. Kinerja ini terdiri dari beberapa indikator kinerja, pengukuran dan bobotnya sebagai berikut :

A. Kelengkapan Rekam Medik 24 Jam Selesai Pelayanan

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah rekam medik lengkap yang disurvey}}{\text{Jumlah semua rekam medik yang disurvey}}$$

Penjelasan :

Rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien,

anamnesis, rencana pelayanan, pelaksanaan pelayanan, tindak lanjut dan resume.

Skor kelengkapan rekam medik 24 jam selesai pelayanan adalah sebagai berikut :

Kelengkapan Rekam Medik 24 Jam Selesai Pelayanan (KRM)	RSUD Non Pendidikan
KRM > 0,8	2
0,6 < KRM ≤ 0,8	1,6
0,4 < KRM ≤ 0,6	1,2
0,3 < KRM ≤ 0,4	0,8
0,2 < KRM ≤ 0,3	0,4
0,0 ≤ KRM ≤ 0,2	0

B. Pengembalian Rekam Medik

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah rekam medik yang dikembalikan} \leq 24 \text{ jam setelah pasien pulang}}{\text{Jumlah semua rekam medik}}$$

Penjelasan :

Pengembalian rekam medik adalah rata-rata jumlah rekam medik yang dikembalikan dari rawat inap ke pengelola rekam medik dalam waktu ≤ 24 jam setelah pasien pulang selama satu periode tertentu.

Skor pengembalian rekam medik adalah sebagai berikut :

Pengembalian Rekam Medik (PRM)	RSUD Non Pendidikan
PRM > 0,8	2
0,6 < PRM ≤ 0,8	1,6
0,4 < PRM ≤ 0,6	1,2
0,3 < PRM ≤ 0,4	0,8
0,2 < PRM ≤ 0,3	0,4
0,0 ≤ PRM ≤ 0,2	0

C. Angka Pembatalan Operasi

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah pembatalan operasi elektif}}{\text{Jumlah tindakan operasi yang telah dijadwalkan}}$$

Penjelasan :

Angka pembatalan operasi dihitung berdasarkan jumlah pembatalan operasi elektif yang sudah dijadwalkan di kamar operasi selama satu periode tertentu dibandingkan dengan jumlah pasien telah dijadwalkan di kamar operasi dalam satu periode.

Skor angka pembatalan operasi adalah sebagai berikut :

Angka Pembatalan Operasi (APO)	RSUD Non Pendidikan
$APO > 0,03$	0,5
$0,02 < APO \leq 0,03$	1
$0,01 < APO \leq 0,02$	1,5
$0 \leq APO \leq 0,01$	2

D. Angka Kegagalan Hasil Radiologi

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah kegagalan hasil radiologi}}{\text{Jumlah pemeriksaan radiologi}}$$

Penjelasan :

Angka kegagalan hasil radiologi dihitung berdasarkan jumlah kegagalan radiologi berupa kerusakan foto rontgen yang tidak dapat dibaca selama satu periode tertentu terhadap jumlah keseluruhan pemeriksaan radiologi (rontgen) dalam periode yang sama.

Skor angka kegagalan hasil radiologi :

Angka Kegagalan Hasil Radiologi (AKR)	RSUD Non Pendidikan
$AKR > 0,03$	0,5
$0,02 < AKR \leq 0,03$	1
$0,01 < AKR \leq 0,02$	1,5
$0 \leq AKR \leq 0,01$	2

E. Penulisan Resep Sesuai Formularium/Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah R recipe dalam lembar resep yang sesuai dengan formularium nasional}}{\text{Jumlah R recipe dalam lembar resep yang diobservasi}}$$

Penjelasan :

Formularium Nasional merupakan daftar Obat terpiih yang dibutuhkan dan digunakan sebagai acuan penulisan resep pada pelaksanaan pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan Kesehatan. Sedangkan kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional adalah peresepan Obat (R/: recipe dalam lembar resep) oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) kepada pasien sesuai daftar Obat di Formularium Nasional dalam penyelenggaraan program jaminan Kesehatan. Penulisan resep sesuai formularium/kepatuhan penggunaan formularium nasional dapat dinilai dari jumlah R/recipe dalam lembar resep yang sesuai dengan formularium nasional dibandingkan dengan jumlah R/recipe dalam lembar resep yang di observasi.

Skor penulisan resep sesuai formularium adalah sebagai berikut:

Penulisan Resep Sesuai Formularium (PRF)	RSUD Non Pendidikan
$PRF \geq 0,8$	2
$0,7 \leq PRF < 0,8$	1,5
$0,5 \leq PRF < 0,7$	1
$0 \leq PRF < 0,5$	0,5

F. Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah pemeriksaan ulang di laboratorium patologi klinik}}{\text{Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium}}$$

Penjelasan :

Angka pemeriksaan ulang di laboratorium (kegagalan hasil laboratorium) dihitung berdasarkan jumlah perneriksaan ulang di laboratorium patologi klinik selama satu periode tertentu dbandingkan dengan jurnlah seluruh pemeriksaan laboratorium selama satu periode yang sama.

Skor angka pemeriksaan laboratorium adalah sebagai berikut :

Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium (PPL)	RSUD Non Pendidikan
PPL > 0,03	0,5
0,02 < PPL ≤ 0,03	1
0,01 < PPL ≤ 0,02	1,5
0 ≤ PPL ≤ 0,01	2

G. Bed Occupancy Rate (BOR)

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah hari perawatan}}{\text{Jumlah hari} \times \text{jumlah tempat tidur}}$$

Penjelasan :

BOR menggambarkan tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit berdasarkan pernakaian tempat tidur per hari selama satu periode tertentu. BOR dihitung dari total hari perawatan selama satu periode dibagi dengan jumlah hari dalam periode yang sama dikalikan dengan jumlah tempat tidur.

Skor *bed occupation rate* (BOR) adalah sebagai berikut:

Bed Occupancy Rate (BOR)	RSUD Non Pendidikan
BOR ≥ 100	0,5
90 ≤ BOR < 100	1
80 ≤ BOR < 90	1,5
70 ≤ BOR < 80	2
60 ≤ BOR < 70	1,5
50 ≤ BOR < 60	1
BOR < 50	0,5

H. Waktu Tunggu Hasil Laboratorium Kritis/ Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan} \leq 30 \text{ menit}}{\text{Jumlah seluruh hasil kritis laboratorium yang diobservasi}}$$

Penjelasan :

Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium adaiah waktu yang diperlukan untuk memberikan jawaban kepada dokter yang

mengirim setelah keluar basil pemeriksaan dan mulai dibaca oleh Dokter/ Analis Laboratoriun sampai hasilnya diterima oleh dokter yang mengirim.

Skor waktu tunggu hasil laboratorium kritis adalah sebagai berikut :

Waktu Tunggu Hasil Laboratorium Kritis (WTHL)	RSUD Non Pendidikan
WTHL > 0,03	0,25
0,02 < WTHL ≤ 0,03	0,5
0,01 < WTHL ≤ 0,02	0,75
0 ≤ WTHL ≤ 0,01	1

I. Waktu Tunggu Rawat Jalan

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tunggu} \leq 60 \text{ menit}}{\text{Jumlah pasien rawat jalan yang diobservasi}}$$

Penjelasan :

Waktu tunggu rawat jalan adalah jumlah pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai dilayani oleh dokter/dokter speealis dibawah 60 menit dibandingkan jumlah pasien rawat jalan yang diobservasi.

Kontak dengan petugas pendataran adalah proses saat petugas pendataran menanyakan dan mencatat/menginput data sebagai pasien atau pada saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran untuk pendaftaran online.

- Pasien datang langsung, maka dihitung sejak pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.
- Pasien mendaftar online, maka dihitung sejak pasien melakukan konfirmasi kehadiran kepada petugas pendaftaran sesuai jam pelayanan pada pendataran online sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.
- Pasien anjungan mandiri, maka dihitung sejak bukti pendaftaran tercetak pada anjungan mandiri sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.

Skor waktu tunggu rawat jalan adalah sebagai berikut :

Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTR)	RSUD Non Pendidikan
$WTR \leq 0,03$	0,2
$0,3 < WTR \leq 0,5$	0,5
$0,5 < WTR \leq 0,8$	0,8
$WTR \geq 0,8$	1

J. Waktu Tanggap Darurat di IGD

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah pasien IGD yang mendapat pelayanan} \leq 5 \text{ menit}}{\text{Jumlah seluruh pasien IGD yang mendapat pelayanan}}$$

Penjelasan :

Waktu Tanggap Darurat di IGD adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dilakukan Triage di IGD sampai mendapat pelayanan dokter Triage adalah usaha pemilahan pasien sebelum ditangani berdasarkan tingkat kegawatdaruratan/trauma/penyakit dengan mempertimbangkan prioritas penanganan dan sumber daya yang ada.

Waktu tanggap darurat adalah jumlah pasien gawat, darurat dan gawat darurat yang mendapatkan pelayanan kegawatdaruratan dalam waktu ≤ 5 menit dibandingkan dengan jumlah seluruh pasien gawat, darurat dan gawat darurat yang mendapatkan pelayanan kegawatdaruratan di rumah sakit.

Skor waktu tanggap darurat di IGD adalah sebagai berikut :

Waktu Tanggap Darurat di IGD (WTD)	RSUD Non Pendidikan
$0,9 < WTD \leq 1$	1
$0,8 < WTD \leq 0,9$	0,8
$0,7 < WTD \leq 0,8$	0,5
$WTD > 0,7$	0,25

K. Net Death Rate

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah kematian pasien} > 48 \text{ jam perawatan}}{\text{Jumlah pasien keluar RS (hidup atau mati)}}$$

Penjelasan :

Net Death Rate adalah jumlah kematian pasien rawat inap setelah dirawat > 48 jam dibandingkan dengan jumlah pasien keluar rumah sakit baik hidup maupun mati dalam satu periode tertentu.

Skor *net death rate* adalah sebagai berikut :

<i>Net Death Rate (NDR)</i>	RSUD Non Pendidikan
NDR ≤ 25 permil	1
25 permil < NDR ≤ 50 permil	0,75
50 permil < NDR ≤ 75 permil	0,5
NDR > 75 permil	0,25

3. Kinerja Perspektif Pelanggan

Kinerja perspektif pelanggan adalah kinerja organisasi dari sudut pandang kepuasan pelanggan. Pada perspektif ini, organisasi dimulai dari identifikasi target pelanggan dan menentukan segmen pasar yang akan dilayani. Selanjutnya organisasi akan focus untuk memberikan perhatian dan pelayanan kepada pelanggan yang dituju dan bahkan lingkungan sekitar untuk mencapai visi dan misi organisasi. Kinerja dari perspektif pelanggan ini diberi bobot kinerja perspektif 30%.

a. Kinerja Aspek Mutu dan Manfaat bagi Masyarakat

Kinerja aspek mutu dan manfaat adalah persyaratan atau standar yang dapat dicapai dari pelayanan BLUD RSD sehingga dapat dianggap bermanfaat dan berguna bagi masyarakat pengguna jasa layanan. Kinerja perspektif pelanggan dibentuk oleh kinerja aspek mutu dan manfaat bagi masyarakat yang terdiri dari 4 kinerja subaspek beserta indikatornya sebagai berikut:

1) Kinerja SubAspek Mutu Layanan

Kinerja subaspek mutu layanan adalah persyaratan atau standar yang dapat dicapai dari pelayanan umum BLUD RSD sehingga dapat dianggap bermanfaat dan berguna bagi masyarakat pengguna jasa layanan. Kinerja ini terdiri dari beberapa indicator kinerja, pengukuran dan bobot subaspek sebagai berikut :

A. *Emergency Response Time Rate*

Rumus :

*Rata – rata lama waktu tunggu sampai mendapatkan pelayanan
(dalam menit) di instasi gawat darurat*

Penjelasan :

Emergency response time rate adalah jangka waktu penanganan pasien gawat darurat dari awal pasien masuk sampai dengan pasien bisa ditangani (*ABC treatment*, dari awal resultasi sampai dengan stabilisasi).

Skor *emergency response time rate* adalah sebagai berikut :

<i>Emergency Response Time Rate (ERT)</i>	<i>RSUD Non Pendidikan</i>
ERT ≤ 8 menit	1
8 menit < ERT ≤ 15 menit	0,8
15 menit < ERT ≤ 30 menit	0,6
ERT > 30 menit	0,4

B. Waktu Tunggu di Rawat Jalan

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei}}{\text{Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei}}$$

Penjelasan :

Waktu tunggu di rawat jalan adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien mendaftar atau mulai kontak dengan petugas pendaftaran sampai dilayani oleh dokter spesialis.

Kontak dengan petugas pendaftaran adalah proses saat petugas pendaftaran menanyakan dan mencatat/ menginput data sebagai pasien atau pada saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran untuk pendaftaran online.

- Pasien datang langsung, maka dihitung sejak pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.
- Pasien mendaftar online, maka dihitung sejak pasien melakukan konfirmasi kehadiran kepada petugas pendaftaran sesuai jam

pelayanan pada pendaftaran online sampai rnendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.

- Pasien anjungan mandiri, maka dihitung sejak bukti pendaftaran tercetak pada anjungan mandiri sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.

Skor waktu tunggu di rawat jalan adalah sebagai berikut :

Waktu Tunggu di Rawat Jalan (WTdR)	RSUD Non Pendidikan
WTdR ≤ 60 menit	1
60 < WTdR ≤ 90 menit	0,75
120 < WTdR ≤ 90 menit	0,5
WTdR > 120 menit	0,25

C. *Length of Stay (LOS)*

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah lama pasien dirawat}}{\text{Jumlah pasien keluar}}$$

Penjelasan :

Rata-rata *Length of Stay* (LOS) merupakan rata-rata harian lama rawatan pasien, yang memberikan gambaran tingkat efsiensi juga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan apabila diterapkan pada diagnosis tertentu.

Skor *length of stay* adalah sebagai berikut :

<i>Length of Stay (LOS)/hari</i>	RSUD Non Pendidikan
LOS < 6	1
6 ≤ LOS ≤ 9	0,8
9 ≤ LOS ≤ 12	0,6
12 ≤ LOS ≤ 15	0,4
LOS > 15	0,2

D. Kecepatan Pelayanan Resep Obat Jadi

Rumus :

$$\text{Rata – rata lama waktu penyelesaian pelayanan resep obat jadi (dalam menit)}$$

Penjelasan :

Kecepatan pelayanan resep obat jadi dihitung berdasarkan jumlah waktu yang diperlukan untuk menyediakan obat sejak resep

diserahkan oleh pasien ke petugas farmasi rumah sakit sampai dengan pasien menerima obat jadi.

Skor kecepatan pelayanan resep obat jadi adalah sebagai berikut :

Kecepatan Pelayanan Resep Obat Jadi (KRO)	RSUD Non Pendidikan
$0 \leq \text{KRO} < 15 \text{ menit}$	1
$15 \text{ menit} \leq \text{KRO} < 20 \text{ menit}$	0,8
$20 \text{ menit} \leq \text{KRO} < 30 \text{ menit}$	0,6
$\text{KRO} \geq 30 \text{ menit}$	0,4

E. Waktu Tunggu Operasi/Penundaan Operasi Elektif

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda} > 1 \text{ jam}}{\text{Jumlah pasien operasi elektif}}$$

Penjelasan :

Operasi elektif adalah operasi yang waktu pelaksanaannya terencana atau dapat dijadwalkan. Penundaan operasi elektif adalah Tindakan operasi yang tertunda lebih dari 1 (satu) jam dari jadwal operasi yang ditentukan.

Waktu tunggu sebelum operasi/penundaan operasi elektif dihitung berdasarkan jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 (satu) jam dibandingkan dengan jumlah pasien operasi elektif.

Skor waktu tunggu operasi/penundaan operasi elektif adalah sebagai berikut :

Waktu Tunggu Sebelum Operasi (WTO)	RSUD Non Pendidikan
$\text{WTO} \leq 0,05$	1
$0,1 \geq \text{WTO} > 0,05$	0,8
$0,2 \geq \text{WTO} > 0,1$	0,6
$\text{WTO} > 0,2$	0,4

F. Waktu Tunggu Hasil Laboratorium

Rumus :

*Rata – rata lama waktu menunggu hasil laboratorium
(dalam jam)*

Penjelasan :

Waktu tunggu hasil laboratorium adalah tenggang waktu sejak pasien diambil sampel sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertise.

Skor waktu tunggu hasil laboratorium adalah sebagai berikut :

Waktu Tunggu Hasil Laboratorium (WTL)/Jam	RSUD Non Pendidikan
$WTL \leq 3$	1
$3 < WTL \leq 4$	0,8
$4 < WTL \leq 5$	0,6
$WTL > 5$	0,4

G. Waktu Tunggu Hasil Radiologi

Rumus :

Rata – rata lama waktu menunggu hasil radiologi (dalam jam)

Penjelasan :

Waktu tunggu hasil radiologi adalah tenggang waktu mulai pasien difoto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertise.

Skor waktu tunggu hasil radiologi adalah sebagai berikut :

Waktu Tunggu Hasil Radiologi (WTR)	RSUD Non Pendidikan
$WTR \leq 3 \text{ jam}$	1
$3 \text{ jam} < WTR \leq 4 \text{ jam}$	0,8
$4 \text{ jam} < WTR \leq 5 \text{ jam}$	0,6
$WTR > 5 \text{ jam}$	0,4

H. Rujukan Keluar Rawat Inap

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah pasien rawat inap yang dirujuk sesuai standar}}{\text{Jumlah pasien rawat inap rumah sakit yang dirujuk}}$$

Penjelasan :

Indikator kinerja rujukan keluar rawat inap adalah jumlah pasien rawat inap yang dirujuk ke luar rumah sakit (alih rawat) dalam satu periode tertentu sesuai dengan standar rujukan dibandingkan dengan jumlah keseluruhan pasien rawat inap rumah sakit yang dirujuk.

Skor rujukan keluar rawat inap adalah sebagai berikut :

Rujukan Keluar Rawat Inap (RKRI)	RSUD Non Pendidikan
$RKRI \leq 0,5$	1
$0,5 < RKRI \leq 0,75$	0,8
$0,75 < RKRI \leq 1$	0,6
$RKRI > 1$	0,4

I. Rujukan Keluar Rawat Jalan

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah pasien lama rawat jalan}}{\text{Jumlah pasien rawat jalan}}$$

Penjelasan :

Jumlah pelanggan lama pasien rawat jalan dalam setiap 100 orang pasien pada satu periode tertentu. Retensi pelanggan rawat jalan menunjukkan jumlah pasien lama rawat jalan dibandingkan dengan jumlah seluruh pasien rawat jalan.

Skor retensi pelanggan rawat Jalan adalah sebagai berikut :

Retensi Pelanggan Rawat Jalan (RPRI)	RSUD Non Pendidikan
$RPRI \leq 0,25$	0,4
$0,25 < RPRI \leq 0,5$	0,6
$0,5 < RPRI \leq 0,75$	0,8
$RPRI > 0,75$	1

J. Pasien Pulang Paksa

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah pasien rawat inap yang melakukan pulang paksa}}{\text{Jumlah pasien keluar RS}}$$

Penjelasan :

Pasien pulang paksa adalah jumlah pasien rawat inap yang pulang atas permintaan sendiri dibandingkan dengan jumlah pasien yang keluar rumah sakit dalam periode tertentu.

Skor pasien pulang paksa atau pulang atas permintaan sendiri Adalah sebagai berikut :

Pasien Pulang Paksa (Pulang atas Permintaan Sendiri) (PPP)	RSUD Non Pendidikan
PPP > 0,15	1
0,1 < PPP ≤ 0,15	0,8
0,05 ≤ PPP < 0,1	0,6
PPP < 0,05	0,4

K. Kepatuhan Kebersihan Tangan

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah tindakan kebersihan yang dilakukan}}{\text{Jumlah peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan}}$$

Penjelasan :

- a. Kebersihan tangan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (*alcohol based handrubs*) dengan kandungan alkohol 60-80% bila tangan tidak tampak kotor.
- b. Kebersihan tangan yang dilakukan dengan benar adalah kebersihan tangan sesuai indikasi dan langkah kebersihan tangan sesuai rekomendasi WHO.
- c. Indikasi adalah alasan mengapa kebersihan tangan dilakukan pada saat tertentu sebagai upaya untuk menghentlkan penularan mikroba selama perawatan.
- d. Lima indikasi (*five moment*) kebersihan tangan terdiri dari:
 - 1) Sebelum kontak dengan pasien yaitu sebelum menyentuh tubuh/ perrmukaan tubuh pasien/specimen sampel.
 - 2) Sesudah kontak dengan pasien yaitu setelah menyentuh tubuh/ permukaan tubuh pasien/specimen sampel.
 - 3) Sebelum melakukan prosedur aseptik yaitu kebersihan tangan yang dilakukan sebelum melakukan tindakan steril atau aseptik, seperti: pemasangan intra vena kateter (infus), perawatan luka, pemasangan kateter urin, pemberian suntikan dan lain-lain.

- 4) Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien seperti muntah, darah, nanah, urin, feses, produksi drain, setelah melepas sarung tangan steril dan setelah melepas APO.
- 5) Setelah bersentuhan dengan lingkungan pasien yaitu melakukan kebersihan tangan setelah tangan petugas menyentuh permukaan, sarana prasarana, dan alat kesehatan yang ada di lingkungan pasien, seperti : menyentuh tempat tidur pasien, linen yang terpasang di tempat tidur, alat-alat di sekitar pasien/ specimen/ sampel atau peralatan lain yang digunakan dalam pengelolaan specimen/sampel.
- 6) Peluang adalah periode di antara indikasi di mana tangan terpapar kuman setelah menyentuh permukaan (lingkungan atau pasien) atau tangan menyentuh zat yang terdapat pada permukaan.
- 7) Tindakan kebersihan tangan yang dilakukan adalah kebersihan tangan yang dilakukan sesuai peluang yang diindikasikan.
- 8) Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan.
- 9) Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar,
- 10) Observer adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan tool yang telah ditentukan.
- 11) Periode observasi adalah kurun waktu yang digunakan untuk mendapatkan minimal 200 peluang kebersihan tangan di unit atau Laboratorium Kesehatan sesuai dengan waktu yang ditentukan untuk melakukan observasi dalam satu bulan.
- 12) Sesi adalah waktu yang dibutuhkan untuk melakukan observasi maksimal 20 menit (rerata 10 menit).

- 13) Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi adalah jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam satu periode observasi.
- 14) Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi pada waktu observasi tidak boleh lebih dari 3 orang agar dapat mencatat semua indikasi kegiatan yang dilakukan.

Kepatuhan kebersihan tangan menunjukkan jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan dibandingkan jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi.

Skor kepatuhan kebersihan tangan adalah sebagai berikut:

Kepatuhan Kebersihan Tangan (KKT)	RSUD Non Pendidikan
$KKT \geq 0,85$	1
$0,75 \leq KKT < 0,85$	0,8
$0,65 \leq KKT < 0,75$	0,6
$KKT < 0,65$	0,4

L. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)

Rumus :

$$\frac{Jumlah\ petugas\ yang\ menggunakan\ APD}{Jumlah\ seluruh\ petugas\ yang\ terindikasi\ menggunakan\ APD}$$

Penjelasan :

- 1) Alat pelindung diri (APD) adalah perangkat alat yang dirancang sebagai penghalang terhadap penetrasi zat, partikel padat, cair, atau udara untuk melindungi pemakainya dari cedera atau transmisi infeksi atau penyakit;
- 2) Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas dalam menggunakan APD dengan tepat sesuai dengan indikasi Ketika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau cairan infeksius lainnya berdasarkan jenis risiko transmisi (kontak, droplet dan *airborne*);

- 3) Penilaian kepatuhan penggunaan APD adalah penilaian terhadap petugas dalam menggunakan APD sesuai indikasi dengan tepat saat memberikan pelayanan kesehatan pada periode observasi;
- 4) Petugas adalah seluruh tenaga yang terindikasi menggunakan APD, contoh dokter, dokter gigi, bidan, perawat, petugas laboratorium;
- 5) Observer adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan tool yang telah ditentukan; dan
- 6) Periode observasi adalah waktu yang ditentukan sebagai periode yang ditetapkan dalam proses observasi penilaian kepatuhan.

Kepatuhan penggunaan alat pelindung diri (APD) menunjukkan jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi dibandingkan dengan jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi yang sama.

Skor kepatuhan penggunaan alat pelindung diri (APD) adalah sebagai berikut :

Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (KAPD)	RSUD Non Pendidikan
KAPD $\geq$ 1	1
$0,9 \leq$ KAPD $<$ 1	0,8
$0,8 \leq$ KAPD $<$ 0,9	0,6
KAPD $<$ 0,8	0,4

M.Kepatuhan Identifikasi Pasien

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah pemberi layanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar}}{\text{Jumlah pemberi layanan}}$$

Penjelasan :

- 1) Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga Kesehatan;
- 2) Identifikasi pasien secara benar adalah proses identifikasi yang dilakukan pemberi pelayanan dengan menggunakan minimal dua penanda identitas seperti: nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medik, NIK sesuai dengan yang ditetapkan di Rumah Sakit;

- 3) Identifikasi dilakukan dengan cara visual (melihat) dan atau verbal (lisan);
- 4) Pemberi pelayanan melakukan identifikasi pasien secara benar pada setiap keadaan terkait tindakan intervensi pasien seperti:
 - a) Pemberian pengobatan : pemberian obat, pemberian cairan intravena, pemberian darah dan produk darah, radioterapi, dan nutrisi.
 - b) Prosedur tindakan : tindakan operasi atau tindakan invasif lainnya sesuai kebijakan yang ditetapkan rumah sakit.
 - c) Prosedur diagnostic : pengambilan sampel, fungsi lumbal, endoskopi, kateterisasi jantung, pemeriksaan radiologi, dan lain-lain.
 - d) Kondisi tertentu : pasien tidak dapat berkomunikasi (dengan ventilator), pasien bayi, pasien tidak sadar, bayi kembar.
- 5) Identifikasi pasien dianggap benar jika pemberi pelayanan melakukan identifikasi seluruh tindakan intervensi yang dilakukan dengan benar.

Kepatuhan identifikasi pasien rnenunjukkan jumlah pemberi layanan yang melakukan identikasi pasien secara benar selama periode observasi dibandingkan dengan jumlah keseluruhan pemberi layanan yang diobservasi selama periode observasi yang sama. Identifikasi pasien secara benar adalah proses identifikasi yang dilakukan pemberi layanan dengan menggunakan minimal dua penanda identitas seperti: nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medik, NIK sesuai dengan yang ditetapkan di rumah sakit.

Skor kepatuhan identifikasi pasien adalah sebagai berikut :

Kepatuhan Identifikasi Pasien (KIP)	RSUD Non Pendidikan
KIP ≥ 1	1
0,9 ≤ KIP < 1	0,8
0,8 ≤ KIP < 0,9	0,6
KIP < 0,8	0,4

N. Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah pasien tindakan seksio sesarea emergensi} \leq 30 \text{ menit}}{\text{Jumlah pasien tindakan seksio sesarea emergensi}}$$

Penjelasan :

- 1) Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi sejak diputuskan operasi sampai dimulainya insisi operasi di kamar operasi yaitu ≤ 30 menit
- 2) Seksio sesarea emergensi adalah tindakan sesarea yang bertujuan untuk menyelamatkan ibu dan/atau bayi dan tidak dapat ditunda pelaksanaannya.
- 3) Seksio sesarea emergensi kategori I adalah tindakan seksio sesarea pada keadaan di mana terdapat ancaman langsung bagi kelangsungan hidup ibu atau janin; dan
- 4) Pengukuran indikator waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi dilakukan oleh rumah sakit yang memberikan pelayanan seksio sesaria.

Waktu tanggap operasi seksio sesario emergensi menunjukkan jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesano emergensi kategori I yang mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi sama atau kurang dari 30 menit dibandingkan dengan jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi tingkat I.

Skor waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi adalah sebagai berikut :

Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi (WTOSS)	RSUD Non Pendidikan
$WTOSS \geq 1$	1
$0,7 \leq WTOSS < 0,8$	0,8
$0,6 \leq WTOSS < 0,7$	0,6
$WTOSS < 0,6$	0,4

O. Kepatuhan Waktu Visite Dokter

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah pasien yang divisite dokter pukul 06.00 – 14.00}}{\text{Jumlah pasien yang diobservasi}}$$

Penjelasan :

Waktu visite dokter adalah waktu kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya. Kepatuhan waktu visite dokter menunjukkan jumlah pasien yang divisite dokter pada pukul 06.00 sampai dengan 14.00 dibandingkan dengan jumlah pasien yang di observasi, jumlah pasien yang divisite dokter diluar waktu tersebut tidak masuk dalam perhitungan skor.

Skor kepatuhan waktu visite dokter adalah sebagai berikut :

Kepatuhan Waktu Visite Dokter (KWVD)	RSUD Non Pendidikan
KWVD ≥ 0,8	1
0,7 ≤ KWVD < 0,8	0,8
0,6 ≤ KWVD < 0,7	0,6
WTOS < 0,6	0,4

P. Kepatuhan terhadap Alur Klinis (*Clinical Pathway*)

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah pelayanan oleh PPA sesuai clinical pathway}}{\text{Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA}} \times 100\%$$

Penjelasan :

- 1) *Clinical Pathway* adalah suatu perencanaan pelayanan terpadu/terintegrasi yang merangkum setiap langkah yang diberikan pada pasien, berdasarkan standar pelayanan medis, standar pelayanan keperawatan dan standar pelayanan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya yang berbasis bukti dengan hasil terukur, pada jangka waktu tertentu selama pasien dirawat di Rumah Sakit; dan
- 2) Kepatuhan terhadap *clinical pathway* adalah proses pelayanan secara terintegrasi yang diberikan Profesional Pemberi Asuhan

(PPA) kepada pasien yang sesuai dengan *clinical pathway* yang ditetapkan Rumah Sakit.

Kepatuhan terhadap alur klinik menunjukan jumlah pelayanan yang diberikan oleh PPA yang sesuai dengan alur klinik dibandingkan dengan jumlah seluruh pelayanan yang diberikan oleh PPA pada alur klinik yang diobservasi.

Skor kepatuhan terhadap alur klinis adalah sebagai berikut:

Kepatuhan terhadap Alur Klinis (<i>Clinical Pathway</i>) (KTAL)	RSUD Non Pendidikan
$KTAL \geq 0,8$	1
$0,7 \leq KTAL < 0,8$	0,8
$0,6 \leq KTAL < 0,7$	0,6
$KTAL < 0,6$	0,4

2) Kinerja SubAspek Mutu Klinik

Kinerja subaspek mutu klinik adalah persyaratan atau standar yang dapat dicapai dari pelayanan klinis BLUD RSD untuk menjaga keselamatan, keamanan dan kesehatan masyarakat pengguna jasa layanan. Kinerja ini terdiri dari beberapa indikator kinerja, pengukuran dan bobot subaspek sebagai berikut :

A. Angka Kematian di Gawat Darurat

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah kematian pasien yang telah dilayani di UGD}}{\text{Jumlah pasien yang dilayani di UGD}}$$

Penjelasan :

Angka kematian di gawat darurat pada RSD menunjukan perbandingan antara jumlah kematian pasien yang telah dilayani di Unit Gawat Darurat (UGD) pada RSD dengan jumlah seluruh pasien yang dilayani oleh UGD.

Skor angka kematian di gawat darurat adalah sebagai berikut :

Angka Kematian di Gawat Darurat (AKG)	RSUD Non Pendidikan
$AKG \leq 0,025$	1
$0,025 < AKG \leq 0,03$	0,75
$0,03 < AKG \leq 0,05$	0,5
$AKG > 0,05$	0,25

B. Angka Kematian/Kebutaan ≥ 48 jam

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah pasien meninggal atau buta setelah dirawat} \geq 48 \text{ jam}}{\text{Jumlah pasien yang keluar (hidup atau mati)}}$$

Penjelasan :

Angka kematian/kebutaan ≥48 jam adalah jumlah pasien yang meninggal atau mengalami kebutaan (untuk rumah sakit khusus mata), setelah dirawat selama atau lebih dari 48 jam, yang dihitung dalam suatu periode dibandingkan dengan jumlah pasien keluar (hidup/ mati) pada periode yang sama.

Skor angka kematian/ kebutaan ≥ 48 jam adalah sebagai berikut :

Angka Kematian/ Kebutaan ≥ 48 Jam (AKL)	RSUD Non Pendidikan
AKL < 0,25	1
0,25 < AKL ≤ 0,40	0,75
0,40 < AKL ≤ 0,65	0,5
AKG > 0,65	0,25

C. Post Operation Death Rate

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah pasien operasi yang meninggal}}{\text{Jumlah pasien yang dioperasi}}$$

Penjelasan :

Post Operative Death Rate dihitung berdasarkan angka kematian yang terjadi setelah dilakukan operasi dalam jangka waktu 2 (dua) jam termasuk kasus DOT (*Death On The Table*) dibandingkan dengan jumlah seluruh pasien yang dioperasi.

Skor post operation death rate adalah sebagai berikut :

Post Operative Death Rate (POD)	RSUD Non Pendidikan
POD < 0,2	1
0,2 < POD ≤ 0,5	0,75
0,5 < POD ≤ 0,1	0,5
POD > 0,1	0,25

D. Angka Infeksi *Nosokomial Dekubitus*

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah pasien dirawat yang terkena infeksi nosokomial dekubitus}}{\text{Jumlah pasien yang dirawat}}$$

Penjelasan :

Angka Infeksi *nosocomial decubitus* (kerusakan pada area tubuh tertentu karena gangguan aliran darah akibat tekanan dalam jangka waktu lama) dihitung berdasarkan jumlah pasien kejadian infeksi *decubitus* yang dirawat dibandingkan dengan jumlah pasien yang dirawat dalam periode yang sama.

Skor angka infeksi *nosokomial decubitus* adalah sebagai berikut:

Angka Infeksi Nosokomial Dekubitus (AIND)	RSUD Non Pendidikan
$AIND < 0,015$	0,5
$0,015 < AIND \leq 0,05$	0,4
$0,05 < AIND \leq 0,1$	0,3
$AIND > 0,1$	0,2

E. Angka Infeksi *Nosokomial Phlebitis*

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah pasien dirawat yang terkena infeksi nosokomial phlebitis}}{\text{Jumlah pasien yang dirawat}}$$

Penjelasan :

Angka infeksi *nosokomial phlebitis* peradangan pada dinding pembuluh darah balik (vena) akibat pemasangan intra vena cateter, dihitung berdasarkan jumlah pasien infeksi *nosokomial phlebitis* yang dirawat dibandingkan dengan jumlah pasien yang dirawat pada periode yang sama.

Skor angka nosokomial *phlebitis* adalah sebagai berikut :

Angka Infeksi Nosokomial Phlebitis (AINP)	RSUD Non Pendidikan
$AINP < 0,015$	0,5
$0,015 < AINP \leq 0,05$	0,4
$0,05 < AINP \leq 0,1$	0,3
$AINP > 0,1$	0,2

F. Angka Infeksi Nosokomial Saluran Kemih (ISK)

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah pasien dirawat yang terkena infeksi nosokomial saluran kemih}}{\text{Jumlah pasien yang dirawat}}$$

Penjelasan :

Angka infeksi nosokomial saluran kemih dihitung berdasarkan jumlah pasien yang terkena infeksi nosokomial kandungan kemih dibandingkan

dengan jumlah pasien yang dirawat dalam periode yang sama.

Skor angka infeksi nosokomial kandungan kemih sebagai berikut :

Angka Infeksi Nosokomial Saluran Kemih (ISK)	RSUD Non Pendidikan
ISK < 0,015	0,5
0,015 < ISK ≤ 0,05	0,25
0,05 < ISK ≤ 0,1	0,1

G. Angka Infeksi Nosokomial Luka Operasi

$$\frac{\text{Jumlah pasien dirawat yang terkena infeksi nosokomial luka operasi}}{\text{Jumlah pasien yang dirawat}}$$

Penjelasan :

Angka infeksi nosokomial luka operasi dihitung berdasarkan jumlah pasien yang mengalami infeksi nosokomial luka operasi (infeksi yang terjadi pada luka operasi atau organ/ruang yang terpdli dalam waktu 30 sampai dengan 90 hari pasca tindakan operasi), dibandingkan dengan jumlah seluruh pasien yang dirawat pada periode yang sama.

Skor angka infeksi nosocomial luka operasi adalah sebagai berikut :

Angka Infeksi Nosokomial Luka Operasi (ILO)	RSUD Non Pendidikan
ILO < 0,015	0,5
0,015 < ILO ≤ 0,05	0,4
0,05 < ILO ≤ 0,1	0,3
ILO > 0,1	0,2

H. Angka Kematian Ibu di RS

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah kematian ibu dalam proses kehamilan,persalinan dan nifas}}{\text{Jumlah ibu yang dilayani dalam proses kehamilan,persalinan dan nifas}}$$

Penjelasan :

Angka kematian ibu di rumah sakit adalah jumlah kematian ibu terkait proses kehamilan, persalinan dan nifas yang dilayani di rumah sakit selama periode tertentu. dibandingkan dengan jumlah ibu yang dilayani dalam proses kehamilan, persalinan dan nifas dalam periode yang sama.

Skor angka kematian ibu di rumah sakit adalah sebagai berikut :

Angka Kematian Ibu (AKI)	RSUD Non Pendidikan
AKI < 0,01	1
0,01 < AKI ≤ 0,02	0,75
0,02 < AKI ≤ 0,03	0,5
AKI > 0,03	0,25

3) Kinerja SubAspek Kepedulian pada Masyarakat dan Pelanggan

Kinerja subaspek kepedulian pada masyarakat dan pelanggan adalah gambaran derajat kepedulian BLUD RSD terhadap masyarakat serta gambaran respon pengguna jasa layanan terhadap pelayanan. Kinerja ini terdiri dari beberapa indikator kinerja, pengukuran dan bobot subaspek sebagai berikut :

A. Rasio Tempat Tidur Kelas III (RTT)

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah tempat tidur perawatan kelas III}}{\text{Jumlah seluruh tempat tidur perawatan}}$$

Penjelasan :

Dalam Pasal 20 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit dinyatakan bahwa pelayanan rawat inap harus dilengkapi dengan fasilitas jumlah tempat tidur perawatan Kelas III paling sedikit 30% (tiga puluh persen) dari seluruh tempat tidur untuk Rumah Sakit milik Pemerintah.

Skor rasio tempat tidur kelas III (RTT) adalah sebagai berikut :

Rasio Tempat Tidur Kelas III (RTT)	RSUD Non Pendidikan
RTT ≥ 3	1
0,2 < RTT ≤ 0,3	0,8
0,3 < RTT ≤ 0,2	0,6
RTT < 0,1	0,4

B. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti}}{\text{Jumlah komplain yang disurvei}}$$

Penjelasan :

1. Kecepatan waktu tanggap komplain adalah rentang waktu Rumah sakit dalam menanggapi keluhan tertulis, lisan atau melalui media massa melalui identifikasi, penetapan grading risiko, analisis hingga tindak lanjutnya.
2. Grading risiko dan standar waktu tanggap complain :
 - a) Grading Merah (ekstrim) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1 x 24 jam sejak keluhan disampaikan oleh pasien/ keluarga/pengunjung. Kriteria: cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam system/ kelangsungan organisasi, potensi kerugian material, dan lain-lain.
 - b) Grading Kuning (tinggi) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari sejak keluhan disampaikan oleh pasien/ keluarga/pengunjung. Kriteria: cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian immaterial, dan lain-lain.
 - c) Grading Hijau (rendah) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari sejak keluhan disampaikan oleh pasien/keluarga/ pengunjung. Kriteria: tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial.

Kecepatan waktu tanggap komplain adalah jumlah pengaduan/komplain tertulis yang dilaporkan ke unit pengelola

pelayanan pelanggan dan telah direspon/ditindaklanjuti oleh manajemen rumah sakit sesuai waktu yang ditetapkan berdasarkan grading, dibandingkan dengan jumlah semua pengaduan/komplain tertulis yang di survei.

Skor kecepatan waktu tanggap komplain adalah sebagai berikut:

Kecepatan Waktu Tanggap Komplain (KWTk)	RSUD Non Pendidikan
KWTk > 0,7	1
0,6 < KWTk ≤ 0,7	0,8
0,7 < KWTk ≤ 0,6	0,6
KWTk ≤ 0,5	0,4

C. Kepuasan Pasien

1) Kepuasan pasien dihitung dengan rumus :

Rumus :

$$\frac{\text{Total nilai persepsi seluruh responden}}{\text{Total unsur yang terisi dari seluruh responden}} \times 25$$

Penjelasan :

1. Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan.
2. Responden adalah pasien yang pada saat survei sedang berada di lokasi unit pelayanan, atau yang pernah menerima pelayanan.
3. Besaran sampel ditentukan dengan menggunakan sampel dari Krejcie dan Morgan.
4. Survei Kepuasan Pasien adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan pasien terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan kepada pasien.
5. Unsur pelayanan adalah faktor atau aspek yang terdapat dalam penyelenggaraan pelayanan sebagai variabel penyusunan survei kepuasan untuk mengetahui kinerja unit pelayanan.
6. Unsur survei kepuasan pasien dalam peraturan ini meliputi :
 - a) Persyaratan

- b) Sistem, Mekanisme, dan Prosedur
- c) Waktu Penyelesaian.
- d) Biaya/Tarif
- e) Produk Spesifikasi Jenis Pelayanan
- f) Kompetensi pelaksana
- g) Perilaku Pelaksana
- h) Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan
- i) Sarana dan prasarana.

7. Indeks Kepuasan adalah hasil pengukuran dari kegiatan Survei Kepuasan berupa angka.

Skor kepuasan pasien adalah sebagai berikut :

Kepuasan Pasien (KP)	RSUD Non Pendidikan
KP ≥ 76,61	0,5
70 < KP ≤ 76,61	0,4
60 < KP ≤ 70	0,3
KP ≤ 60	0,2

2) Kepuasan pasien diukur dengan menggunakan Indeks Kepuasan Masyarakat

Rumus :

$$\frac{Hasil\ penilaian\ IKM \times Bobot}{Skala\ Maksimal\ Nilai\ IKM} \times 0,5$$

Penjelasan:

Angka yang diperoleh dari hasil survei kepuasan pelanggan (pasien) dengan menggunakan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) yang dilaksanakan di lokasi layanan sesuai dengan metode dan ketentuan sebagaimana diatur dalam pedoman umum penyusunan IKM unit layanan instalasi pemerintah dengan maksimal skor 1 dJkali 0,5.

D. Pembinaan kepada Pusat Kesehatan Masyarakat dan Sarana Kesehatan Lain

Penjelasan :

Pembinaan kepada Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) dan sarana kesehatan lain merupakan program pada rumah sakit untuk membina Puskesmas, sarana kesehatan, dan sarana pelayanan sosial.

Pembinaan tersebut juga dilaksanakan dalam rangka implementasi Pasal 49 Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Rumah Sakit, bahwa kewajiban Rumah Sakit untuk melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan baik secara regional maupun nasional dilaksanakan melalui:

1. Penurunan angka kematian ibu dan angka kematian bayi;
2. Penurunan angka stunting pada balita;
3. Perbaikan pengelolaan jaminan kesehatan nasional;
4. Peningkatan promosi kesehatan dan penyehatan masyarakat;
5. Peningkatan pengelolaan pengendalian penyakit serta kedaruratan kesehatan masyarakat;
6. Peningkatan akses dan mutu pelayanan Kesehatan;
7. Peningkatan akses pemandirian dan mutu kefarmasian dan alat Kesehatan;
8. Peningkatan pemenuhan sumber daya manusia kesehatan sesuai standar; dan
9. Pelaksanaan program pemerintah bldang kesehatan lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pelaksanaan program pemerintah di bidang kesehatan tersebut dicatat dan dilaporkan oleh Ruman Sakit Daerah melalui sistem informasi Rumah Sakit.

Skor pembinaan kepada pusat kesehatan masyarakat dan Sarana kesehatan lain adalah sebagai berikut :

Deskripsi	RSUD Non Pendidikan
Tidak ada program	0,25
Ada program tidak dilaksanakan	0,5
Ada program sebagian dilaksanakan	0,75
Ada program yang dilaksanakan semua	1

E. Penyuluhan Kesehatan

Penjelasan :

Penyuluhan kesehatan meliputi kegiatan presentasi dan konseling tentang Kesehatan, tata-terbit dan peraturan-peraturan di rumah

sakit baik kepada individu maupun kelompok masyarakat di rumah sakit.

Skor penyuluhan kesehatan adalah sebagai berikut :

Deskripsi	RSUD Non Pendidikan
Tidak ada program	0,25
Ada program tidak dilaksanakan	0,5
Ada program sebagian dilaksanakan	0,75
Ada program yang dilaksanakan semua	1

F. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan 3 (tiga) upaya pencegahan}}{\text{Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang diobservasi}}$$

Penjelasan :

- 1) Upaya pencegahan risiko jatuh meliputi;
 - a. Asesment awal jatuh
 - b. Assesment ulang risiko jatuh
 - c. Intervensi pencegahan risiko jatuh
- 2) Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah pelaksanaan ketiga upaya pencegahan jatuh pada pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh sesuai dengan yang ditetapkan rumah sakit.

Kepatuhan Upaya pencegahan risiko pasien jatuh menunjukkan angka jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh dibandingkan dengan jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang diobservasi

Skor kepatuhan upaya risiko pasien jatuh adalah sebagai berikut :

Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Jatuh (KUPRP)	RSUD Non Pendidikan
KUPRP ≥ 1	1
0,9 ≤ KUPRP < 1	0,8
0,8 ≤ KUPRP < 0,9	0,6
KUPRP < 0,8	0,4

4) Kinerja SubAspek Kepedulian terhadap Lingkungan

Kinerja subaspek kepedulian terhadap lingkungan gambaran derajat kepedulian BLUD RSD terhadap lingkungan tempat pelayanan. Kinerja ini terdiri dari beberapa indikator kinerja, pengukuran dan bobot subaspek sebagai berikut :

A. Pengolahan Baku Mutu Limbah Cair

Penilaian atas indikator kepedulian terhadap lingkungan didasarkan pengolahan baku mutu limbah cair yang terdiri dari *Biochemical Oxygen Demand (BOD)*, *Chemical Oxygen Demand (COD)*, *Total Suspended Solids (TSS)*, dan *Potential Hidrogen (PH)*.

Skor pengolahan baku mutu limbah cair adalah sebagai berikut :

Pengolahan Baku Mutu Limbah Cair (PBMLC)	RSUD Non Pendidikan
<i>Biochemical Oxygen Demand (BOD)</i> < 30 mg/l = ya (0,25), tidak (0)	
<i>Chemical Oxygen Demand (COD)</i> < 80 mg/l = ya (0,25), tidak (0)	
<i>Total Suspended Solids (TSS)</i> < 30 mg/l = ya (0,25), tidak (0)	
<i>Potential Hidrogen (PH)</i> 6 – 9 = ya (0,25), tidak (0)	

5) Kinerja SubAspek Akreditasi

Kinerja subaspek akreditasi terhadap lingkungan gambaran derajat kepedulian BLUD RSD terhadap lingkungan tempat pelayanan. Kinerja ini terdiri dari beberapa indikator kinerja, pengukuran dan bobot subaspek sebagai berikut :

A. Akreditasi Rumah Sakit

Sesuai Permenkes No. 34 Tahun 2015 setiap Rumah Sakit wajib melakukan akreditasi paling lama setelah beroperasi 2 (dua) tahun sejak memperoleh izin operasional untuk pertama kali. Akreditasi diselenggarakan secara berkala paling sedikit setiap 3 (tiga) tahun sekali.

Skor penilaian akreditasi rumah sakit adalah sebagai berikut :

Akreditasi Rumah Sakit	RSUD Non Pendidikan
Kategori Paripurna	1
Kategori Utama	0,75
Kategori Madya	0,5
Kategori Perdana	0,25

4. Kinerja Perspektif Keuangan

Kinerja perspektif keuangan adalah kinerja organisasi dari sudut pandang keuangan sebagai hasil kerja sekaligus sebagai input untuk modal kerja pembiayaan pelaksanaan pelayanan BLUD RSD. Kinerja dari perspektif keuangan ini diberi bobot kinerja perspektif 20%.

- a. Kinerja Aspek Perolehan hasil usaha atau hasil kerja dari layanan yang diberikan.

Kinerja aspek perolehan hasil usaha atau hasil kerja dari layanan yang diberikan adalah gambaran keuangan atas usaha BLUD RSD dalam memperoleh pendapatan operasional. Kinerja ini terdiri dari beberapa indikator kinerja, pengukuran dan bobot subaspek sebagai berikut:

1) Periode Penagihan Piutang (*Collection Period*)

Rumus:

$$\frac{\text{Piutang operasional} \times 365}{\text{Pendapatan operasional}} \times 1 \text{ hari}$$

Penjelasan :

- a) Piutang operasional adalah hak yang timbul dari penyerahan barang atau jasa dalam rangka kegiatan operasional RSD BLUD.
- b) Pendapatan operasional merupakan pendapatan RSD BLUD yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat pada Laporan Operasional.

Skor penagihan piutang adalah sebagai berikut :

Periode Penagihan Piutang (Collection Period) (PPP)	RSUD Non Pendidikan
PPP < 30 hari	2
30 hari ≤ PPP < 40 hari	1,6
40 hari ≤ PPP < 60 hari	1,2
60 hari ≤ PPP < 80 hari	0,8
80 hari ≤ PPP < 100 hari	0,4
PPP > 100 hari	0

2) Perputaran Aset Tetap (*Fixed Asser Turnover*)

Rumus:

$$\frac{\text{Pendapatan Operasional} - LO}{\text{Aset Tetap}}$$

Penjelasan :

- a) Pendapatan operasional — LO merupakan penerimaan RSIJD BLUD yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan, dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan RSUD BLUD, tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBD dan hibah.
- b) Aset tetap dihitung berdasarkan nilai perolehan aset tetap dikurangi konstruksi dalam pengerjaan.

Skor Perputaran Aset Tetap adalah sebagai berikut :

Perputaran Aset Tetap (PAT)	RSUD Non Pendidikan
PAT > 20	2
15 < PAT < 20	1,5
10 < PAT < 15	1
5 < PAT < 10	0,5
0 < PAT < 5	0,25
PAT = 0	0

3) Perputaran Persediaan (*Inventory Turnover*)

Rumus:

$$\frac{\text{Total persediaan} \times 365}{\text{Pendapatan BLUD (Non APBD) dan APBD} - LO} \times 1 \text{hari}$$

Penjelasan :

- a) Total persediaan adalah seluruh barang persediaan yang dimiliki oleh rumah sakit sesuai PSAP No. 05 Paragraf 05.
- b) Pendapatan RSUD BLUD — LO merupakan pendapatan RSUD BLUD yang terdiri atas pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan, dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan RSLJO BLUD., termasuk pendapatan yang berasal dari APBD.

Skor Perputaran Persediaan adalah sebagai berikut :

Perputaran Persediaan (PP)	RSUD Non Pendidikan
PP > 60	0
55 < PP < 60	0,5
45 < PP < 55	1
35 < PP < 45	1,5
30 < PP < 35	2
25 < PP < 30	1,5
15 < PP < 25	1
5 < PP < 15	0,5
0 < PP < 5	0

4) Imbalan atas Aset Tetap (*Return on Fixed Asset*)

Rumus:

$$\frac{\text{Surplus atau defisit operasional}}{\text{Aset Tetap}}$$

Penjelasan :

- a) Surplus/defisit operasional adalah surplus/defisit sebelum Surplus/defisit operasional non operasional dan surplus/defisit pos Luar Biasa tanpa memperhitungkan pendapatan investasi yang bersumber dari APBD dan biaya penyusutan._ Apabila terdapat perolehan aset dari Dinas/Badan yang menaungi BLUD yang dicatat sebagai koreksi atau mutasi aset dengan menggunakan akun RK, untuk keperluan penghitungan rumus Imbalan atas Aset Tetap dianggap sebagai pendapatan layanan dari entitas akuntansi lain.

b) Asset tetap adalah nilai perolehan aset tetap tanpa memperhitungkan konstruksi dalam pengerjaan.

Skor imbalan atas aset tetap adalah sebagai berikut :

Imbalan atas Aset Tetap (Return of Fixed Asset) (ROFA)	RSUD Non Pendidikan
ROFA > 0,06	1
0,05 < ROFA ≤ 0,06	0,8
0,04 < ROFA ≤ 0,05	0,6
0,03 < ROFA ≤ 0,04	0,4
0,02 < ROFA ≤ 0,03	0,2
0,01 < ROFA ≤ 0,02	0,1
ROFA ≤ 0,01	0

5) Imbalan atas Ekuitas (*Return on Equity*)

Rumus:

$$\frac{\text{Surplus atau defisit operasional}}{\text{Ekuitas} - \text{surplus atau defisit operasional}}$$

Penjelasan :

- a) Surplus/defisit operasional adalah surplus/defisit sebelum surplus/defisit operasional non operasional dan surplus/defisit pos Luar Biasa tanpa memperhitungkan pendapatan Investasi yang bersumber dari APBD dan biaya penyusutan. Apabila terdapat perolehan aset dari Dinas/Badan yang menaungi BLUD yang dicatat sebagai koreksi atau mutasi aset dengan menggunakan akun RK, untuk keperluan penghitungan rumus Imbalan atas Aæt Tetap dianggap sebagai pendapatan layanan dari entitas akuntansi lain.
- b) Ekuitas adalah selisih antara hak residual RSUD BLUD atas aset dengan seluruh kewajiban yang dimiliki.

Skor imbalan atas ekuitas adalah sbagai berikut :

Imbalan Ekuitas (Return on Equity) (ROE)	RSUD Non Pendidikan
ROE > 0,08	1
0,07 < ROE ≤ 0,08	0,9
0,06 < ROE ≤ 0,07	0,8
0,05 < ROE ≤ 0,06	0,7
0,04 < ROE ≤ 0,05	0,6
0,03 < ROE ≤ 0,04	0,5
0,02 < ROE ≤ 0,03	0,4
0,01 < ROE ≤ 0,02	0,3
0 < ROE ≤ 0,01	0,2
ROE = 0	0

b. Kinerja Aspek Pemenuhan Kewajiban Jangka Pendeknya

Kinerja aspek Pemenuhan kewajiban jangka pendeknya adalah Gambaran keuangan atas usaha BLUD RSD dalam menjaga kas dan asetnya untuk menutup kewajiban jangka pendeknya. Kinerja ini terdiri dari beberapa indikator kinerja dan bobot subaspek sebagai berikut :

1) Rasio Kas (*Cash Ratio*)

Rumus :

$$\frac{\text{Kas dan setara kas}}{\text{Kewajiban jangka pendek}}$$

Penjelasan :

Rasio kas menggambarkan kemampuan atau ketersediaan kas dan setara

kas dalam memenuhi pembayaran kewajiban jangka pendek pada akhir periode tertentu (akhir tahun).

a) Kas adatah uang tunai dan saldo bank yang setiap saat dapat digunakan untuk membiayai kegiatan RSD BLUD, tidak termasuk saldo bank pada rekening dana kelolaan (Jamkesda/BPJS) yang belum menjadi hak RSD BLUD.

b) Setara kas (*cash equivalent*) merupakan bagian dari aset lancar yang sangat likuid, yang dapat dikonversi menjadi kas dalam jangka waktu 1 sampai dengan 3 bulan tanpa menghadapi risiko perubahan nilai

yang signifikan, tidak termasuk piutang dan persediaan. Contoh setara kas adalah deposito berjangka sampai dengan 3 bulan dan cek yang jatuh tempo kurang dari 3 bulan.

- c) Kewajiban jangka pendek merupakan yang diharapkan akan dibayar/diselesaikan atau jatuh tempo dalam waktu 12 bulan setelah tanggal neraca.

Skor rasio kas adalah sebagai berikut :

Rasio Kas (Cash Ratio) (RK)	RSUD Non Pendidikan
$0 \leq RK < 0,4$	0
$0,4 \leq RK < 0,5$	0,5
$0,5 \leq RK < 0,6$	1
$0,6 \leq RK < 0,8$	1,5
$RK \geq 0,8$	2

2) Rasio Lancar (*Current Ratio*)

Rumus :

$$\frac{\text{Aset Lancar}}{\text{Kewajiban jangka pendek}}$$

Penjelasan :

Rasio lancar menggambarkan kemampuan atau ketersediaan aset lancar dalam memenuhi pembayaran kewajiban jangka pendek pada akhir periode tertentu (akhir tahun).

- a) Asset diklasifikasikan kedalam asset lancar dan asset non lancar.

Suatu asset diklasiflikasikan sebagai asset lancar jika aset tersebut:

- Diperkirakan akan direalisasi atau dimiliki untuk dijual atau digunakan dalam jangka waktu 12 bulan setelah tanggal neraca;
- Dimiliki untuk diperdagangkan atau untuk tujuan jangka pendek dan diharapkan akan direalisasi dalam jangka waktu 12 bulan dari tanggal neraca;
- Berupa kas atau setara kas yang penggunaannya tidak dibatasi.

- b) Aset lancar antara lain meliputi kas dan setara kas, investasi jangka pendek, piutang usaha, piutang lain-lain, persediaan, uang muka, dan biaya dibayar di muka, tidak termasuk saldo bank pada rekening dana kelolaan (Jamkesda/BPJS) yang belum menjadi hak RSD BLUD.

c) Kewajiban jangka pendek merupakan kewajiban yang diharapkan akan dibayar/ diselesaikan atau jatuh tempo dalam waktu 12 bulan setelah tanggal neraca.

Skor rasio lancer adalah sebagai berikut :

Rasio Lancar (Current Ratio) (RL)	RSUD Non Pendidikan
RL > 6	2
4,8 < RL ≤ 6	1,75
3,6 < RL ≤ 4,8	1,5
2,4 < RL ≤ 3,6	1
1,2 < RL ≤ 2,4	0.5
0 < RL ≤ 1,2	0,25
RL = 0	0

c. Kinerja Aspek Pemenuhan Seluruh Kewajibannya

Kinerja aspek Pemenuhan seluruh kewajibannya adalah gambaran keuangan seberapa aman nilai aset dan ekuitas BLUD RSD untuk menutup kewajibannya. Kinerja ini terdiri dari beberapa indikator kinerja dan bobot subaspek sebagai berikut :

1) Rasio Kewajiban terhadap Aset

Rumus :

$$\frac{Jumlah\ kewajiban}{Jumlah\ Aset}$$

Penjelasan :

Rasio kewajiban terhadap aset menggambarkan kemampuan atau ketersediaan total asset yang dimiliki dalam memenuhi pembayaran kewajiban pada akhir periode tertentu (akhir tahun).

Skor rasio kewajiban terhadap asset adalah sebagai berikut:

Rasio Kewajiban terhadap Aset (RKTA)	RSUD Non Pendidikan
RKTA > 0,05	0
0,04 < RKTA ≤ 0,03	0,5
0,03 < RKTA ≤ 0,02	1
0,02 < RKTA ≤ 0,01	1,5
RKTA < 0,01	2

2) Rasio Kewajiban terhadap Ekuitas

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah kewajiban}}{\text{Jumlah Ekuitas}}$$

Penjelasan :

Rasio kewajiban terhadap ekuitas menggambarkan kemampuan atau ketersediaan nilai ekuitas yang dimiliki dalam memenuhi pembayaran seluruh kewajiban pada akhir periode tertentu (akhir tahun).

Skor rasio kewajiban terhadap ekuitas adalah sebagai berikut :

Rasio Kewajiban terhadap Ekuitas (RKTE)	RSUD Non Pendidikan
RKTE > 1	0
0,75 < RKTE ≤ 1	0,5
0,5 < RKTE ≤ 0,75	1
0,25 < RKTE ≤ 0,5	1,5
RKTE < 0,25	2

d. Kinerja Aspek Kemampuan Penerimaan dari Jasa Layanan untuk Membiayai Pengeluaran

Kinerja aspek kemampuan penerimaan dari jasa layanan untuk membiayai pengeluaran adalah gambaran keuangan atas kemandirian BLUD RSD dalam memperoleh pendapatan yang bisa menutup biaya operasional. Kinerja ini terdiri dari beberapa indikator kinerja dan bobot subaspek sebagai berikut:

1) Rasio Pendapatan BLUD non APBD-LO terhadap Biaya Operasional (*Cost Recovery Rate*)

Rumus :

$$\frac{\text{Pendapatan BLUD non APBD – LO}}{\text{Biaya Operasional}}$$

Penjelasan :

Rasio pendapatan BLUD non APBD-LO terhadap biaya operasional menggambarkan kemampuan RSD dalam memenuhi pembayaran beban operasional (diluar beban pegawai ASN) dalam satu periode tertentu, tanpa alokasi APBD.

Skor rasio pendapatan BLUD non APBD-LO terhadap biaya operasional adalah sebagai berikut :

Rasio Pendapatan BLUD non APBD-LO terhadap Biaya Operasional/ Cost Recovery Rate (PB)	RSUD Non Pendidikan
PB ≥ 0,4	2
0,35 < PB ≤ 0,4	1,75
0,3 < PB ≤ 0,35	1,5
0,25 < PB ≤ 0,3	1,25
0,2 < PB ≤ 0,25	1
0,15 < PB ≤ 0,2	0,75
0,1 < PB ≤ 0,15	0,5
0,05 < PB ≤ 0,1	0,25
0,025 < PB ≤ 0,05	0,1
0 < PB ≤ 0,025	0

2) Kemampuan RSD dalam memperoleh pendapatan secara mandiri

Rumus :

$$\frac{\text{Pendapatan BLUD non APBD} - \text{LO}}{\text{Pendapatan APBD} - \text{LO}}$$

Penjelasan :

Kemampuan RSD dalam memperoleh pendapatan secara mandiri menggambarkan jumlah pendapatan BLUD non APBD-LO rumah sakit dibandingkan dengan pendapatan yang berasal dari pendapatan APBD-LO.

Skor Kemampuan RSD dalam memperoleh pendapatan secara mandiri adalah sebagai berikut:

Kemampuan RSD dalam Memperoleh Pendapatan Secara Mandiri (PPNP)	RSUD Non Pendidikan
PPNP > 1	2
0,8 < PPNP ≤ 1	1,5
0,6 < PPNP ≤ 0,8	1
0,4 < PPNP ≤ 0,6	0,5
PPNP ≤ 0,4	0

BAB V
ANALISA KINERJA BLUD RSD

A. Identifikasi Masalah

No	Perspektif/Aspek/Subaspek/Program/ Kegiatan/ Subkegiatan/Aktivitas Lain	Indikator Kinerja	Hasil	Targ et	Realisa si	Keterangan
1	2	3	4	5	6	7
1.	Kinerja dari Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran			20%	14,5%	
1.1	Kinerja Aspek Pelayanan					
1.1.1	SubAspek Pertumbuhan Pembelajaran			20	14,5 72,5%	
	Kecukupan Sumber Daya Manusia	<i>Jenis dan jumlah SDM yang ada sesuai ketentuan PP 47 th 2021</i> <i>Jenis dan jumlah SDM sesuai ketentuan PP 47 th 2021 yang memenuhi ABK</i>	$\frac{442}{442} = 1$	2	2	Memuaskan
	Rata-rata Jam Pelatihan SDM BLUD	<i>Total Realisasi Jam Pelatihan SDM</i> <i>Jumlah SDM x 20 jam</i>	$\frac{725,65}{12.860} = 0,056$	3	0,5	Kurang
	Pelatihan 20 jam per Pegawai	<i>Jumlah SDM yang mendapat pelatihan minimal 20 jam</i> <i>Jumlah seluruh SDM di BLUD RSD</i>	$\frac{21}{643} = 0,03$	2,5	2,5	Memuaskan
	Petugas Layanan Gawat Darurat Bersertifikat (PGD)	<i>Total petugas layanan gawat darurat yang bersertifikat</i> <i>Total petugas layanan gawat darurat</i>	$\frac{7}{37} = 0,19$	1	0	Kurang

	Program Reward and Punishment	Tidak ada program reward and punishment = 0 Ada program tidak dilaksanakan = 0,5 Ada Program Sebagian dilaksanakan = 1 Ada program dilaksanakan sepenuhnya = 1,5	Program dilaksanakan sepenuhnya	1,5	1,5	Memuaskan
	Kecukupan Sarana Medis			2	0,5	Baik
	Pelayanan Pemeliharaan Sarana RS					
	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	$\frac{\text{Jumlah laporan kerusakan alat yang ditangani} \leq 15 \text{ menit}}{\text{Jumlah seluruh laporan kerusakan alat}}$	$\frac{159}{159} = 1$	1	1	Memuaskan
	2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat	$\frac{\text{Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan tepat waktu}}{\text{Seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan}}$	$\frac{222}{222} = 1$	0,5	0,5	Memuaskan
	3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	$\frac{\text{Jumlah seluruh alat kesehatan fasilitas kesehatan yang terkalibrasi tepat waktu}}{\text{Jumlah alat kesehatan fasilitas kesehatan yang perlu dikalibrasi}}$	$\frac{14}{14} = 1$	0,5	0,5	Memuaskan
	Pengembangan SIM RS	$\frac{\text{Jumlah modul yang disediakan RS}}{22 \text{ Modul}}$	$\frac{22}{22} = 1$	1	1	Memuaskan
	Pelayanan Administrasi Manajemen					
	1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	$\frac{\text{Hasil Keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti}}{\text{Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti}}$	$\frac{136}{136} = 1$	0,5	0,5	Memuaskan
	2. Kelengkapan laporan kinerja BLUD	$\frac{\text{Jumlah laporan kinerja lengkap}}{\text{Jumlah laporan kinerja yang seharusnya disusun}}$	$\frac{1}{1} = 1$	0,5	0,5	Memuaskan

	3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	$\frac{\text{Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat}}{\text{Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat}}$	$\frac{87}{91} = 0,95$	0,5	0,25	Baik
	4. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	$\frac{\text{Jumlah pegawai yang pengurusan kenaikan gaji berkalkanya tepat waktu}}{\text{Jumlah seluruh pegawai yang harus dilakukan pengurusan kenaikan gaji berkalkanya}}$	$\frac{162}{176} = 0,92$	0,5	0,25	Baik
	5. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	$\frac{\text{Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan}}{\text{Jumlah laporan keuangan yang seharusnya diselesaikan}}$	$\frac{7}{7} = 1$	0,5	0,5	Memuaskan
	6. Ketepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	$\frac{\text{Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap}}{\text{Jumlah pasien rawat inap}}$	$\frac{16.318 \text{ menit (271 jam, 58)}}{238 \text{ pasien}} = 68 \text{ menit (1 jam, 8 menit)}$	0,5	0,5	Memuaskan
	7. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	$\frac{\text{Jumlah bulan kelambatan pemberian insentif}}{\text{Jumlah bulan pemberian insentif dalam 1 tahun}}$	$\frac{0}{12} = 0$	0,5	0,5	Memuaskan
	Kenaikan Pendapatan RSD per Pegawai	$\frac{PRS \text{ th } 20x1 - PRS \text{ th } 20x0}{PRS \text{ th } 20x0}$	PRS 2025 = $25.148.664.244/634$ = 39.666.663 PRS 2024 = $23.268.657.515/622$ = 37.409.417 Jadi, $\frac{39.666.663 - 37.409.417}{37.409.417}$ = 0,06	1,5	1,5	Memuaskan
2.	Kinerja dari Perspektif Proses Layanan Internal			30%	27,7%	
2.1	Kinerja Aspek Pelayanan					
2.1.1	SubAspek Pertumbuhan Produktivitas			12	10,2 85%	

	Pertumbuhan Kunjungan Rawat Jalan	$\frac{\text{Rata - rata kunjungan rawat jalan per hari pada satu periode}}{\text{Rata - rata kunjungan rawat jalan per hari pada satu periode yang sama di tahun lalu}}$	- Hari kerja rajal 2024 : 294 hari, pasien : 74.849 pasien - Hari kerja rajal 2025 ; 296 hari, pasien : 92.07 Jadi, $\frac{311,07}{254,95} = 1,22$	3	3	Memuaskan
	Pertumbuhan Rata-rata Kunjungan Gawat Darurat	$\frac{\text{Rata - rata kunjungan gawat darurat per hari pada satu periode}}{\text{Rata - rata kunjungan gawat darurat per hari pada satu periode yang sama di tahun lalu}}$	- Hari kerja UGD 2024 : 366 hari, Jumlah Kunjungan : 9.778 - Hari kerja rajal 2025 ; 365 hari, Jumlah kunjungan : 9.576 Jadi, $\frac{26,2}{26,7} = 0,98$	2	1,2	Baik
	Pertumbuhan Kunjungan Rawat Inap	$\frac{\text{Jumlah hari perawatan rawat inap pada satu periode}}{\text{Jumlah hari perawatan rawat inap pada periode yang sama di tahun lalu}}$	- Hari kerja 2024 : 366 hari, jumlah pasien : 9.278 - Hari kerja 2025 : 365 hari, jumlah pasien : 9.576	2	1,6	Sangat Baik

			Jadi, $\frac{26,23}{25,35} = 1,03$			
	Pertumbuhan Pemeriksaan Radiologi	$\frac{\text{Rata - rata pemeriksaan radiologi per hari pada satu periode}}{\text{Rata - rata pemeriksaan radiologi per hari pada periode yang sama di tahun lalu}}$	$\frac{35}{33} = 1,06$	1	0,8	Sangat Baik
	Pertumbuhan Pemeriksaan Laboratorium	$\frac{\text{Rata - rata pemeriksaan laboratorium per hari pada satu periode}}{\text{Rata - rata pemeriksaan laboratorium per hari pada periode yang sama di tahun lalu}}$	$\frac{370}{292} = 1,26$	2	2	Memuaskan
	Pertumbuhan Operasi	$\frac{\text{Rata - rata operasi per hari pada satu periode}}{\text{Rata - rata operasi per hari pada periode yang sama di tahun lalu}}$	$\frac{6.413}{6.221} = 1,03$	1	0,8	Sangat Baik
	Pertumbuhan Rehab Medik	$\frac{\text{Rata - rata rehab medis per hari pada satu periode}}{\text{Rata - rata rehab medis per hari pada periode yang sama di tahun lalu}}$	$\frac{47,13}{45,43} = 1,04$	1	0,8	Sangat Baik
2.1.2	SubAspek Efektivitas Pelayanan			18	18 100%	
	Kelengkapan Rekam Medik 24 jam Selesai Pelayanan	$\frac{\text{Jumlah rekam medik lengkap yang disurvei}}{\text{Jumlah semua rekam medik yang disurvei}}$	$\frac{1.450}{1.753} = 0,82$	2	2	Memuaskan
	Pengembalian Rekam Medik	$\frac{\text{Jumlah rekam medik yang dikembalikan } \leq 24 \text{ jam setelah pasien pulang}}{\text{Jumlah semua rekam medik}}$	$\frac{91.649}{101.12} = 0,9$	2	2	Memuaskan
	Angka Pembatalan Operasi	$\frac{\text{Jumlah pembatalan operasi elektif}}{\text{Jumlah tindakan operasi yang telah dijadwalkan}}$	$\frac{4}{1.673} = 0,002$	2	2	Memuaskan
	Angka Kegagalan Hasil Radiologi	$\frac{\text{Jumlah kegagalan hasil radiologi}}{\text{Jumlah pemeriksaan radiologi}}$	$\frac{0}{11.439} = 0$	2	2	Memuaskan
	Penulisan Resep Sesuai Formularium/Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	$\frac{\text{Jumlah R recipe dalam lembar resep yang sesuai dengan formularium nasional}}{\text{Jumlah R recipe dalam lembar resep yang diobservasi}}$	$\frac{146.675}{146.675} = 1$	2	2	Memuaskan
	Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium	$\frac{\text{Jumlah pemeriksaan ulang di laboratorium patologi klinik}}{\text{Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium}}$	$\frac{1.024}{78.250} = 0,01$	2	2	Memuaskan

	Bed Occupancy Rate (BOR)	$\frac{\text{Jumlah hari perawatan}}{\text{Jumlah hari} \times \text{jumlah tempat tidur}}$	$\frac{51.740}{365 \times 191} = 0,74 \times 100 = 74\%$	2	2	Memuaskan
	Waktu Tunggu Hasil Laboratorium Kritis/Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	$\frac{\text{Jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan} \leq 30 \text{ menit}}{\text{Jumlah seluruh hasil kritis laboratorium yang diobservasi}}$	$\frac{886}{886} = 1$	1	1	Memuaskan
	Waktu Tunggu Rawat Jalan	$\frac{\text{Jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tunggu} \leq 60 \text{ menit}}{\text{Jumlah pasien rawat jalan yang diobservasi}}$	$\frac{20.253}{23.282} = 0,87$	1	1	Memuaskan
	Waktu Tanggap Darurat di IGD	$\frac{\text{Jumlah pasien IGD yang mendapat pelayanan} \leq 5 \text{ menit}}{\text{Jumlah seluruh pasien IGD yang mendapat pelayanan}}$	$\frac{8.405}{8.405} = 1$	1	1	Memuaskan
	Net Death Rate	$\frac{\text{Jumlah kematian pasien} > 48 \text{ jam perawatan}}{\text{Jumlah pasien keluar RS (hidup atau mati)}}$	$\frac{72}{8.8887} \times 1.000 = 8,1 \text{ per mil}$	1	1	Memuaskan
3.	Kinerja dari Perspektif Pelanggan			30%	25,5%	
3.1	Kinerja Mutu dan Manfaat Bagi Masyarakat					
3.1.1	SubAspek Mutu Layanan			16	12,4 77,5%	
	Emergency Response Time Rate	Rata – rata lama waktu tunggu sampai mendapatkan pelayanan (dalam menit) di instasi gawat darurat	4 menit, 16 detik	1	1	Memuaskan
	Waktu Tunggu Rawat Jalan	$\frac{\text{Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei}}{\text{Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei}}$	$\frac{56.969}{2.059} = 27,6 \text{ menit}$	1	1	Memuaskan
	Length of Stay	$\frac{\text{Jumlah lama pasien dirawat}}{\text{Jumlah pasien keluar}}$	$\frac{41.030}{10.948} = 3,7$	1	1	Memuaskan

	Kecepatan Pelayanan Resep Obat Jadi	<i>Rata – rata lama waktu penyelesaian pelayanan resep obat jadi (dalam menit)</i>	21,32 menit	1	0,6	Baik
	Waktu Tunggu Sebelum Operasi/Penundaan Operasi Elektif	$\frac{\text{Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda} > 1 \text{ jam}}{\text{Jumlah pasien operasi elektif}}$	$\frac{139}{1.323} = 0,10$	1	0,6	Baik
	Waktu Tunggu Hasil Laboratorium	<i>Rata – rata lama waktu menunggu hasil laboratorium (dalam jam)</i>	1 jam, 57 menit	1	1	Memuaskan
	Waktu Tunggu Hasil Radiologi	<i>Rata – rata lama waktu menunggu hasil radiologi (dalam jam)</i>	- CT scan kepala = 11,12 jam - CT scan thorax = 3,2 jam	1	0,8	Sangat Baik
	Rujukan Keluar Rawat Inap	$\frac{\text{Jumlah pasien rawat inap yang dirujuk sesuai standar}}{\text{Jumlah pasien rawat inap rumah sakit yang dirujuk}}$	$\frac{256}{256} = 1$	1	1	Memuaskan
	Retensi Pelanggan Rawat Jalan	$\frac{\text{Jumlah pasien lama rawat jalan}}{\text{Jumlah pasien rawat jalan}}$	$\frac{10.713}{19.793} = 0,54$	1	0,8	Sangat Baik
	Pasien Pulang Paksa (Pulang atas Permintaan Sendiri)	$\frac{\text{Jumlah pasien rawat inap yang melakukan pulang paksa}}{\text{Jumlah pasien keluar RS}}$	$\frac{108}{9.251} = 0,01$	1	0,4	Kurang
	Kepatuhan Kebersihan Tangan	$\frac{\text{Jumlah tindakan kebersihan yang dilakukan}}{\text{Jumlah peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan}}$	$\frac{61.276}{62.247} = 0,98$	1	1	Memuaskan
	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri	$\frac{\text{Jumlah petugas yang menggunakan APD}}{\text{Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD}}$	$\frac{5.204}{5.226} = 0,99$	1	1	Memuaskan
	Kepatuhan Identifikasi Pasien	$\frac{\text{Jumlah pemberi layanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar}}{\text{Jumlah pemberi layanan}}$	$\frac{428}{429} = 0,997$	1	1	Memuaskan
	Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergency	$\frac{\text{Jumlah pasien tindakan seksio sesarea emergensi} \leq 30 \text{ menit}}{\text{Jumlah pasien tindakan seksio sesarea emergensi}}$	$\frac{3}{90} = 0,03$	1	0,4	Kurang

	Kepatuhan Waktu Visite Dokter	$\frac{\text{Jumlah pasien yang divisite dokter pukul 06.00 – 14.00}}{\text{Jumlah pasien yang diobservasi}}$	$\frac{7.014}{9.515} = 0,74$	1	0,8	Sangat Baik
	Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (Clinical Pathway)	$\frac{\text{Jumlah pelayanan oleh PPA sesuai clinical pathway}}{\text{Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA}} \times 100\%$	0	1	0	Kurang
3.1.2	SubAspek Mutu Klinik			6	6 100%	
	Angka Kematian di Gawat Darurat	$\frac{\text{Jumlah kematian pasien yang telah dilayani di UGD}}{\text{Jumlah pasien yang dilayani di UGD}}$	$\frac{84}{8.245} = 0,01$	1	1	Memuaskan
	Angka Kematian/Kebutaan >48 jam	$\frac{\text{Jumlah pasien meninggal atau buta setelah dirawat} \geq 48 \text{ jam}}{\text{Jumlah pasien yang keluar (hidup atau mati)}}$	$\frac{72}{9.576} = 0,007$	1	1	Memuaskan
	Post Operative Death Rate	$\frac{\text{Jumlah pasien operasi yang meninggal}}{\text{Jumlah pasien yang dioperasi}}$	$\frac{0}{2.333} = 0$	1	1	Memuaskan
	Angka Infeksi Nosokomial Dekubitus	$\frac{\text{Jumlah pasien dirawat yang terkena infeksi nosokomial dekubitus}}{\text{Jumlah pasien yang dirawat}}$	$\frac{0}{9.576} = 0$	0,5	0,5	Memuaskan
	Angka Infeksi Nosokomial Phlebitis	$\frac{\text{Jumlah pasien dirawat yang terkena infeksi nosokomial phlebitis}}{\text{Jumlah pasien yang dirawat}}$	$\frac{48}{9.576} = 0,005$	0,5	0,5	Memuaskan
	Angka Infeksi Nosokomial Saluran Kemih (ISK)	$\frac{\text{Jumlah pasien dirawat yang terkena infeksi nosokomial saluran kemih}}{\text{Jumlah pasien yang dirawat}}$	$\frac{0}{9.576} = 0$	0,5	0,5	Memuaskan
	Angka Infeksi Nosokomial Luka Operasi (ILO)	$\frac{\text{Jumlah pasien dirawat yang terkena infeksi nosokomial luka operasi}}{\text{Jumlah pasien yang dirawat}}$	$\frac{11}{9.576} = 0,001$	0,5	0,5	Memuaskan
	Angka Kematian Ibu di RS	$\frac{\text{Jumlah kematian ibu dalam proses kehamilan, persalinan dan nifas}}{\text{Jumlah ibu yang dilayani dalam proses kehamilan, persalinan dan nifas}}$	$\frac{0}{3.388} = 0,001$	1	1	Memuaskan
3.1.3	SubAspek Kepedulian pada Masyarakat dan Pelanggan			6	5,05 84,2%	
	Rasio Tempat Tidur Kelas III (RTT)	$\frac{\text{Jumlah tempat tidur perawatan kelas III}}{\text{Jumlah seluruh tempat tidur perawatan}}$	$\frac{61}{170} = 0,3$	1	0,8	Sangat Baik

	Kecepatan Waktu Tanggap Komplain	$\frac{\text{Jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti}}{\text{Jumlah komplain yang disurvei}}$	$\frac{95}{95} = 1$	1	1	Memuaskan
	Kepuasan Pasien	$\frac{\text{Total nilai persepsi seluruh responden}}{\text{Total unsur yang terisi dari seluruh responden}} \times 25$	$\frac{11815 \times 25}{295.375 / 3.411} = 86,6$	1	1	Memuaskan
	Pembinaan kepada Pusat Kesehatan Masyarakat dan Sarana Kesehatan Lain	Tidak ada program = 0,25 Ada program tidak dilaksanakan = 0,5 Ada program sebagian dilaksanakan = 0,75 Ada program yang dilaksanakan semua = 1	Tidak ada program = 0,25	1	0,25	Kurang
	Penyuluhan Kesehatan	Tidak ada program = 0,25 Ada program tidak dilaksanakan = 0,5 Ada program sebagian dilaksanakan = 0,75 Ada program yang dilaksanakan semua = 1	Ada program yang dilaksanakan semua = 1	1	1	Memuaskan
	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	$\frac{\text{Jumlah pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan 3 (tiga) upaya pencegahan}}{\text{Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang diobservasi}}$	$\frac{91}{91} = 1$	1	1	Memuaskan
3.1.4	SubAspek Kepedulian terhadap Lingkungan			1	1 100%	

	Pengelolaan Baku Mutu Limbah Cair	Biochemical Oxygen Demand (BOD) < 30 mg/l = ya (0,25), tidak (0) Chemical Oxygen Demand (COD) < 80 mg/l = ya (0,25), tidak (0) Total Suspended Solids (TSS) < 30 mg/l = ya (0,25), tidak (0) Potential Hydrogen (PH) 6 – 9 = ya (0,25), tidak (0)	Biochemical Oxygen Demand (BOD) = 7,18, nilai 0,25 Chemical Oxygen Demand (COD) = 27,7, nilai 0,25 Total Suspended Solids (TSS) = 9,2, nilai 0,25 Potential Hydrogen (PH) = 7,3, nilai 0,25	1	1	Memuaskan
3.1.5	SubAspek Akreditasi			1	1 100%	
	Akreditasi RS	Kategori Paripurna		1	1	Memuaskan
	SKOR KINERJA NON-KEUANGAN			80	67,15 (83,9%)	
4.	Kinerja dari Perspektif Keuangan			20%	9%	
4.1.1	Kinerja Memperoleh Hasil Usaha atau Hasil Kerja dari Layanan yang Diberikan			8	2,75 34,4%	
	Periode Penagihan Piutang (Collection Period)	$\frac{\text{Piutang operasional} \times 365}{\text{Pendapatan operasional}} \times 1 \text{ hari}$	$\frac{88.500.113.737,20}{50.645.162.365,00} = 1,75$	2	2	Memuaskan
	Perputaran Aset Tetap (Fixed Asset Turnover)	$\frac{\text{Pendapatan Operasional} - \text{LO}}{\text{Aset Tetap}}$	$\frac{50.645.162.365,00}{221.043.804.008,66} = 0,23$	2	0,25	Cukup

	Perputaran Persediaan (Inventory Turnover)	$\frac{\text{Total persediaan} \times 365}{\text{Pendapatan BLUD (Non APBD) dan APBD} - \text{LO}} \times 1 \text{ hari}$	$\frac{978.918.187.381,00}{90.922.713.229,00} = 10,77$	2	0,5	Cukup
	Imbalan atas Aset Tetap (Return on Fixed Asset)	$\frac{\text{Surplus atau defisit operasional}}{\text{Aset Tetap}}$	$\frac{(14.094.460.782,00)}{221.043.804.008,66} = -0,06$	1	0	Kurang
	Imbalan atas Ekuitas (Return on Equity)	$\frac{\text{Surplus atau defisit operasional}}{\text{Ekuitas} - \text{surplus atau defisit operasional}}$	$\frac{(14.094.460.782,00)}{227.101.635.224,41} = -0,06$	1	0	Kurang
4.1.2	Kinerja Memenuhi Seluruh Kewajiban Jangka Pendeknya			4	0,25 (6,25%)	
	Rasio Kas (Cash Ratio)	$\frac{\text{Kas dan setara kas}}{\text{Kewajiban jangka pendek}}$	$\frac{3.569.595.618,00}{17.506.148.450,00} = 0,20$	2	0	Kurang
	Rasio Lancar (Current Ratio)	$\frac{\text{Aset Lancar}}{\text{Kewajiban jangka pendek}}$	$\frac{6.497.396.904,00}{17.506.148.449,78} = 0,37$	2	0,25	Cukup
4.1.3	Kinerja Memenuhi Seluruh Kewajiban			4	2 (50%)	
	Rasio Kewajiban terhadap Aset	$\frac{\text{Jumlah kewajiban}}{\text{Jumlah Aset}}$	$\frac{17.506.148.449,78}{230.513.322.913,00} = 0,0759$	2	0	Kurang
	Rasio Kewajiban terhadap Ekuitas	$\frac{\text{Jumlah kewajiban}}{\text{Jumlah Ekuitas}}$	$\frac{17.506.148.450,00}{213.007.174.462,81} = 0,08$	2	2	Memuaskan
4.1.4	Kinerja Kemampuan Penerimaan dari Jasa Layanan untuk Membiayai Pengeluaran			4	4 (100%)	
	Rasio Pendapatan BLUD non APBD LO terhadap Biaya Operasional/ Cost Recovery Rate	$\frac{\text{Pendapatan BLUD non APBD} - \text{LO}}{\text{Biaya Operasional}}$	$\frac{50.645.162.365,00}{92.299.245.753,60} = 0,55$	2	2	Memuaskan

	Porsi Pendapatan APBD-LO dibandingkan Pendapatan non APBD-LO	$\frac{\text{Pendapatan BLUD non APBD} - LO}{\text{Pendapatan APBD} - LO}$	$\frac{50.645.162.365}{40.277.550.864} = 1,26$	2	2	Memuaskan
	SKOR KINERJA KEUANGAN			20	9 (45%)	
	TOTAL SKOR			100	76,65 (76,7%)	Kategori Baik

Persentase Hasil Penilaian Kinerja RS Non-Kuangan dan Keuangan
 Berdasarkan 4 Aspek Kinerja
 RSUD dr. La Palaloi Kab. Maros
 Tahun 2025

No	Aspek Penilaian Kinerja	Target	Realisasi
1	Kinerja dari Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran	20%	14,5%
2	Kinerja dari Perspektif Proses Layanan Internal	30%	28,2%
3	Kinerja dari Perspektif Pelanggan	30%	25,5%
4	Kinerja dari Perspektif Keuangan	20%	9%
JUMLAH		100%	77,2%

Persentase Hasil Penilaian Kinerja RS Non-Kuangan dan Keuangan
 Berdasarkan SubAspek Kinerja
 RSUD dr. La Palaloi Kab. Maros
 Tahun 2025

No	SubaAspek Penilaian	Target	Realisasi	%
KINERJA NON KEUANGAN				
1	SubAspek Pertumbuhan Pembelajaran	20	14,5	70%
2	SubAspek Pertumbuhan Produktivias	12	10,2	85%
3	SubAspek Efektivitas Pelayanan	18	18	100%
4	SubAspek Mutu Layanan	16	12,4	77,5%
5	SubAspek Mutu Klinik	6	6	100%
6	SubAspek Kepedulian pada Masyarakat dan Pelanggan	6	5,05	84,2%
7	SubAspek Kepedulian terhadap Lingkungan	1	1	100%
8	SubAspek Akreditasi	1	1	100%
TOTAL		80	68,15	85,2%
KINERJA KEUANGAN				
1	Kinerja Memperoleh Hasil Usaha atau Hasil Kerja dari Layanan yang Diberikan	8	2,75	34,4%

2	Kinerja Memenuhi Seluruh Kewajiban Jangka Pendeknya	4	0,25	6,25%
3	Kinerja Memenuhi Seluruh Kewajiban	4	2	50%
4	Kinerja Kemampuan Penerimaan dari Jasa Layanan untuk Membiayai Pengeluaran	4	4	100%
TOTAL		20	9	45%
JUMLAH		100	77,15	77,2%

Penilaian kinerja dibagi menjadi 2 aspek yaitu dari aspek non keuangan dan keuangan, adapun aspek non keuangan terdiri dari 8 subAspek dan non keuangan terdiri dari 4 subAspek. Untuk non keuangan, subAspek mutu klinik 100%, subAspek efektivitas pelayanan 100%, subAspek kepedulian terhadap lingkungan dan subAspek akreditasi masing-masing memiliki persentase 100% dan hanya memiliki 1 indikator penilaian kinerja sehingga nilai persentasenya sangat tinggi. Selanjutnya subAspek pertumbuhan produktivitas 85%, subAspek kepedulian pada Masyarakat dan pelanggan 84,2%, subAspek mutu layanan 77,5% dan subAspek pertumbuhan pembelajaran 70%. Total nilai realisasi untuk kategori non keuangan sebesar 68,15 (85,2%).

Kemudian untuk aspek non keuangan, persentase tertinggi adalah kinerja kemampuan penerimaan dari jasa layanan untuk membiayai pengeluaran (100%), kemudian kinerja memenuhi seluruh kewajiban (50%), kinerja memperoleh hasil usaha atau hasil kerja layanan yang diberikan (34,4%) dan terakhir kinerja memenuhi seluruh kewajiban jangka pendeknya (6,25%). Total realisasi untuk kategori non keuangan adalah 9 (45%).

Setelah dilakukan penilaian terhadap kinerja RSUD dr. La Palaloi Kab. Maros Tahun 2025, maka didapatkan hasil bahwa kinerja RS berada pada kategori “BAIK”. Capaian ini menunjukkan bahwa rumah sakit telah mampu menjalankan pengelolaan layanan kesehatan, keuangan, serta tata kelola organisasi secara efektif, efisien, dan sesuai dengan prinsip BLUD, meskipun masih terdapat beberapa aspek yang perlu ditingkatkan menuju kategori “Sangat Baik”. Kategori

“Baik” merefleksikan bahwa sebagian besar indikator kinerja telah tercapai sesuai target, baik dari sisi pelayanan, keuangan, maupun administrasi.

Pada aspek pelayanan, rumah sakit menunjukkan bahwa tingkat kunjungan pasien yang stabil/meningkat, waktu tunggu pelayanan dalam batas standar, ketersediaan tenaga medis dan paramedis yang memadai, indikator mutu pelayanan berada dalam rentang ideal, kepuasan pasien berada pada kategori baik. Hal ini menunjukkan bahwa rumah sakit telah mampu memberikan pelayanan yang responsif dan sesuai standar pelayanan minimal (SPM), serta mampu memenuhi kebutuhan masyarakat sebagai pengguna layanan.

Dalam aspek tata kelola, rumah sakit menunjukkan dokumen perencanaan dan pelaporan tersusun lengkap, penerapan Pola Tata Kelola (PTK) dan Rencana Bisnis Anggaran (RBA) berjalan baik, kepatuhan terhadap regulasi BLUD dan sistem administrasi dan pelaporan yang tertib. Hal ini menandakan bahwa manajemen rumah sakit telah menerapkan prinsip good governance dalam pengelolaan BLUD.

Dari sisi keuangan, capaian kategori “Baik” menunjukkan bahwa realisasi pendapatan mendekati atau mencapai target, pengelolaan belanja yang efisien dan terkontrol, rasio keuangan dalam kondisi sehat, kemampuan rumah sakit dalam mendukung operasional secara mandiri sesuai prinsip fleksibilitas BLUD dan laporan keuangan tersusun tepat waktu dan akuntabel. Ini mencerminkan bahwa manajemen keuangan telah berjalan sesuai prinsip akuntabilitas, transparansi, dan efisiensi.

Beberapa faktor yang mendukung capaian ini antara lain komitmen manajemen dan seluruh SDM rumah sakit, koordinasi antar unit kerja yang baik, dukungan pemerintah daerah, implementasi regulasi BLUD secara konsisten dan pemanfaatan fleksibilitas BLUD dalam pengelolaan layanan dan keuangan.

Hasil Penilaian Kinerja Non Keuangan Berdasarkan Kategori Penilaian
RSUD dr. La Palaloi Kab. Maros
Tahun 2025

No	Program/ Kegiatan/ SubKegiatan/ Aktivitas Lain
<i>Kategori Memuaskan</i>	
1	Kecukupan Sumber Daya Manusia
2	Pelatihan 20 jam per pegawai
3	Program reward and punishment
4	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
5	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
6	Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi
7	Pengembangan SIM RS
8	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi
9	Kelengkapan laporan kinerja BLUD
10	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
11	Ketepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap
12	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu
13	Kenaikan pendapatan RSD per pegawai
14	Pertumbuhan kunjungan rawat jalan
15	Pertumbuhan pemeriksaan laboratorium
16	Kelengkapan rekam medik 24 jam selesai pelayanan
17	Pengembalian rekam medik
18	Angka pembatalan operasi
19	Angka kegagalan hasil radiologi
20	Penulisan resep sesuai formularium/ kepatuhan penggunaan formularium nasional
21	Angka pengulangan pemeriksaan laboratorium
22	Waktu tunggu hasil laboratorium kritis/ pelaporan hasil kritis laboratorium
23	Waktu tunggu rawat jalan
24	Waktu tanggap darurat di IGD
25	Net Death Rate
26	<i>Emergency Response Time Rate</i>
27	Waktu tunggu rawat jalan
28	<i>Length of Stay</i>
29	Waktu tunggu hasil laboratorium
30	Rujukan keluar rawat inap
31	Kepatuhan kebersihan tangan
32	Kepatuhan penggunaan alat pelindung diri (APD)
33	Kepatuhan identifikasi pasien
34	Angka kematian di gawat darurat
35	Angka kematian/ kebutaan >48 jam
36	Post operative death rate
37	Angka infeksi nosocomial dekubitus
38	Angka infeksi nosocomial phlebitis

39	Angka infeksi nosocomial saluran kemih (ISK)
40	Angka infeksi nosocomial luka operasi (ILO)
41	Angka kematian ibu di RS
42	Kecepatan waktu tanggap complain
43	Kepuasan pasien
44	Penyuluhan Kesehatan
45	Kepatuhan Upaya pencegahan risiko pasien jatuh
46	Pengelolaan baku mutu limbah cair
47	Akreditasi RS
48	<i>Bed Occupancy Rare (BOR)</i>
Sangat Baik	
1	Pertumbuhan kunjungan rawat inap
2	Pertumbuhan pemeriksaan radiologi
3	Pertumbuhan operasi
4	Pertumbuhan rehab medik
5	Waktu tunggu hasil radiologi
6	Retensi pelanggan rawat jalan
7	Kepatuhan waktu visite dokter
8	Rasio Tempat Tidur Kelas III (RTT)
Baik	
1	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
2	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala
3	Kecukupan sarana medis
4	Pertumbuhan rata-rata kunjungan gawat darurat
5	Kecepatan pelayanan resep obat jadi
6	Waktu tunggu sebelum operasi/ penundaan operasi elektif
Kurang	
1	Rata-rata jam pelatihan SDM BLUD
2	Petugas layanan gawat darurat bersertifikat (PGD)
3	Pasien pulang paksa (pulang atas permintaan sendiri)
4	Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergency
5	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)
6	Pembinaan kepada pusat Kesehatan Masyarakat dan sarana Kesehatan lain

B. Prioritas Masalah

Dalam matriks pemecahan masalah Permenkes 44/2016, USG adalah metode skoring untuk menentukan prioritas masalah berdasarkan kriteria **Urgency** (tingkat mendesak), **Seriousness** (tingkat kegawatan), dan **Growth** (tingkat perkembangan/cepatnya masalah memburuk). Metode ini menilai masalah (skala 1-5) untuk menentukan isu prioritas tertinggi yang harus segera diselesaikan.

Berikut adalah rincian komponen USG:

- **Urgency (U):** Seberapa mendesak masalah tersebut harus diselesaikan dikaitkan dengan waktu yang tersedia.
- **Seriousness (S):** Seberapa gawat dampak masalah tersebut terhadap produktivitas, keberhasilan, atau sistem pelayanan kesehatan.
- **Growth (G):** Seberapa cepat masalah tersebut akan berkembang/memburuk jika tidak segera diatasi.

Masalah dengan total skor USG tertinggi menjadi prioritas utama dalam perencanaan RS.

Matriks pemecahan masalah dengan metode USG pada Permenkes 44/2016 adalah sebagai berikut :

No	Masalah	U	S	G	Total	Prioritas
1	Rata-rata jam pelatihan SDM BLUD	4	3	3	10	V
2	Petugas layanan gawat darurat bersertifikat (PGD)	5	5	4	14	II
3	Pasien pulang paksa (pulang atas permintaan sendiri)	4	4	4	12	IV
4	Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergency	5	5	5	15	Prioritas Utama/ I
5	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	4	5	5	14	III
6	Pembinaan kepada pusat Kesehatan Masyarakat dan sarana Kesehatan lain	3	3	3	9	VI

Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergency dan petugas layanan gawat darurat bersertifikat (PGD) dianggap urgent untuk segera diatasi karena berkaitan langsung dengan nyawa pasien, sedangkan clinical pathway berkaitan dengan mutu klinis layanan. Setelah itu di urutan berikutnya yaitu mengenai perilaku pasien (pulang paksa), pengembangan SDM dan jejaring layanan.

C. Akar Penyebab dan Pemecahan Masalah

No	Prioritas Masalah	Penyebab Masalah	Alternatif Pemecahan Masalah	Pemecahan Masalah Terpilih
1	Rata-rata jam pelatihan SDM BLUD	- Keterbatasan anggaran - Tidak ada rencana diklat tahunan	- Alokasi anggaran khusus diklat - Pelatihan internal/ in house training - Menyusun rencana pelatihan tahunan	Pelaksanaan in house training dan Menyusun rencana pelatihan tahunan disertai monitoring jam pelatihan per pegawai
2	Petugas layanan gawat darurat bersertifikat (PGD)	- Biaya pelatihan tinggi - Kuota pelatihan terbatas	- Membuat arisan/ system menabung bagi petugas UGD sehingga petugas dapat bergiliran mengikuti BTCLS / PPGD - Kerjasama dengan Lembaga pelatihan PGD	Karena keterbatasan anggaran dan adanya kebijakan kewajiban sertifikat PGD, maka petugas UGD disarankan untuk membuat system menabung/arisan agar dapat mengikuti pelatihan BTCLS/PPGD
3	Pasien pulang paksa (pulang atas permintaan sendiri)	- Kurangnya edukasi pasien dan keluarga - Komunikasi dokter kurang efektif - Ketidakpuasan pelayanan - Factor biaya - Faktro sosial budaya dan kepercayaan tertentu	- Penguatan komunikasi terapeutik - Edukasi pasien sejak awal perawatan - Peningkatan mutu layanan RS - Optimalisasi informed consent	Penguatan edukasi pasien dan komunikasi dokter dengan pasien serta optimalisasi informed consent

4	Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergency	- Penerapan SPO SC Emergency belum optimal - System loordinasi antar unit yang kurang tepat	- Kabid dan Kasie pelayanan medik melakukan supervisi SC emergency secara berkala dan berkelanjutan dilengkapi dengan pencatatan dan pelaporan - Audit waktu tanggap	Melaksanakan supervisi SC emergency secara berkala dan berkelanjutan dilengkapi dengan pencatatan dan pelaporan
5	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	- Format clinical pathway yang masih dalam tahap penyusunan sehingga belum bisa diintegrasikan ke ERM - Kurangnya evaluasi rutin - Variasi kondisi pasien yang tinggi	- Monitoring dan supervise berkala oleh pihak terkait mengenai penerapan CP di ERM - Komitmen manajemen, kolaborasi multidisiplin, dan edukasi intensif	Komitmen tim khusus, kolaborasi multidisiplin agar CP dapat diintegrasikan ke dalam ERM
6	Pembinaan kepada pusat Kesehatan Masyarakat dan sarana Kesehatan lain	- Tidak ada jadwal pembinaan rutin - Keterbatasan SDM pembina - Komunikasi jejaring belum kuat	- Mengidentifikasi jejaring RS - Menyusun jadwal pembinaan berkala - Membuat tim Pembina khusus	Membentuk tim Pembina khusus jejaring, mengidentifikasi jejaring dan Menyusun jadwal pembinaan berkala

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Laporan penilaian kinerja BLUD RS dr. La Palaloi Kab. Maros tahun 2025 ini disusun berdasarkan Surat Menteri Dalam Negeri Nomor 900.1.13.3/18686/Keuda tanggal 29 November 2023 Hal Modul Penyusunan dan Penilaian Laporan Kinerja BLUD Bidang Kesehatan.
2. Tujuan dari penyusunan laporan penilaian kinerja ini antara lain untuk mengukur pencapaian target kinerja yang telah ditetapkan baik dalam aspek keuangan, pelayanan kesehatan, maupun tata Kelola, sebagai bentuk pertanggungjawaban kepada pemerintah daerah, pemangku kepentingan, dan Masyarakat, mengidentifikasi kekuatan dan kelemahan operasional untuk merancang strategi perbaikan kualitas layanan di masa mendatang, dan menjadi bahan penyempurnaan kebijakan perencanaan dan pelaksanaan pembangunan, khususnya di bidang kesehatan.
3. Ruang lingkup penilaian difokuskan pada empat aspek utama, yaitu kinerja dari perspektif pertumbuhan dan pembelajaran, kinerja dari perspektif proses layanan internal, kinerja dari perspektif pelanggan, dan kinerja dari perspektif keuangan.
4. Untuk kinerja non keuangan, berdasarkan hasil penilaian kinerja, dari 8 subAspek yang dinilai, subAspek yang paling tinggi persentasenya adalah SubAspek mutu klinik (100%), subAspek efektivitas pelayanan (100%), SubAspek kepedulian terhadap lingkungan (100%), dan SubAspek akreditasi (100%), selanjutnya subAspek pertumbuhan produktivitas 85%, subAspek kepedulian pada Masyarakat dan pelanggan 84,2%, subAspek mutu layanan 77,5% dan subAspek pertumbuhan pembelajaran 70%. Total nilai realisasi untuk kategori non keuangan sebesar 68,15 (85,2%).
5. Untuk kinerja keuangan, dari 4 aspek yang dinilai, aspek tertinggi adalah kinerja kemampuan penerimaan dari jasa layanan untuk membiayai pengeluaran (100%), kinerja memenuhi seluruh kewajiban (50%), kemudian kinerja memperoleh hasil usaha atau hasil kerja dari layanan yang diberikan

- (34,4%), dan terakhir kinerja memenuhi seluruh kewajiban jangka pendeknya (6,25%).
6. Berdasarkan hasil penilaian kinerja, dengan total nilai 77,15 (77,2%), maka kinerja BLUD RSUD dr. La Palaloi Kab. Maros masuk dalam kategori baik.
 7. Capaian kategori “Baik” dalam penilaian kinerja BLUD Rumah Sakit menunjukkan bahwa rumah sakit telah menjalankan fungsi pelayanan, pengelolaan keuangan, dan tata kelola organisasi dengan efektif dan sesuai prinsip BLUD. Namun, masih terdapat ruang perbaikan yang dapat dioptimalkan agar rumah sakit mampu mencapai kategori “Sangat Baik” pada periode penilaian berikutnya.
 8. Subkegiatan yang memiliki kinerja kurang antara lain adalah rata-rata jam pelatihan SDM BLUD, petugas layanan gawat darurat bersertifikat (PGD), pasien pulang paksa (pulang atas permintaan sendiri), waktu tanggap operasi seksio sesarea emergency, kepatuhan terhadap alur klinis (*clinical pathway*) dan pembinaan kepada pusat Kesehatan Masyarakat dan sarana Kesehatan lain.
 9. Setelah dilakukan analisis matriks pemecahan masalah dengan metode USG pada Permenkes 44/2016, maka didapatkan prioritas utama yaitu waktu tanggap operasi seksio sesarea emergency, prioritas kedua petugas layanan gawat darurat bersertifikat (PGD), dan prioritas ketiga kepatuhan terhadap alur klinis (*clinical pathway*).

B. Saran dan Usulan

- Saran

1) Peningkatan Kualitas Layanan

Meskipun capaian kinerja sudah baik, RSUD perlu terus meningkatkan mutu pelayanan melalui penguatan standar pelayanan, peningkatan kompetensi SDM, serta optimalisasi keselamatan pasien

2) Optimalisasi Pemanfaatan Teknologi

Pengembangan dan pemanfaatan system informasi manajemen rumah sakit (SIM-RS) perlu terus ditingkatkan untuk mendukung efisiensi operasional, akurasi data, serta transparansi layanan.

3) Penguatan Tata Kelola BLUD

RSUD disarankan untuk terus memperkuat tata Kelola keuangan dan manajemen BLUD yang akuntabel, transparan dan berbasis kinerja, termasuk dalam perencanaan bisnis dan anggaran

4) Peningkatan Kepuasan Pasien

Perlu dilakukan evaluasi rutin terhadap Tingkat kepuasan pasien serta tindak lanjut atas keluhan guna menjaga dan meningkatkan kepercayaan Masyarakat.

5) Pengembangan SDM Berkelanjutan

Program pelatihan dan pengembangan kompetensi tenaga medis maupun non medis perlu ditingkatkan secara berkelanjutan agar mampu mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang Kesehatan.

6) Efisiensi dan Efektivitas Anggaran

RSUD perlu terus melakukan Upaya efisiensi tanpa mengurangi kualitas layanan, serta memastikan setiap penggunaan anggaran memberikan dampak optimal terhadap peningkatan kinerja.

- Usulan

1) Pengembangan Layanan Unggulan

- Menetapkan dan mengembangkan layanan spesialistik unggulan sesuai kebutuhan Masyarakat daerah.
- Menambah fasilitas penunjang medis yang relevan

2) Penguatan Sarana dan Prasarana

- Pengadaan alat Kesehatan modern dan peremajaan fasilitas yang sudah ada.
- Peningkatan kenyamanan ruang pelayanan bagi pasien dan keluarga.

3) Kerjasama dan Kemitraan

- Menjalin Kerjasama dengan institusi Kesehatan lain, baik pemerintah maupun swasta.
- Kolaborasi dengan institusi Pendidikan untuk pengembangan SDM dan riset.

4) Inovasi Pelayanan

- Mengembangkan inovasi layanan seperti pendaftaran online, telemedicine, atau layanan berbasis mobile.
- Mendorong budaya inovasi di internal rumah sakit.

5) Penguatan Tata Kelola BLUD

- Penyempurnaan SOP dan regulasi internal agar lebih adaptif terhadap perubahan
- Peningkatan kapasitas manajerial pimpinan dan unit kerja