



## **GUBERNUR LAMPUNG**

### **PERATURAN GUBERNUR LAMPUNG NOMOR 27 TAHUN 2024**

#### **TENTANG**

#### **POLA TATA KELOLA, RENCANA STRATEGI, DAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. H. ABDUL MOELOEK**

**DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA**

**GUBERNUR LAMPUNG,**

- Menimbang** : bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 38 ayat (2), Pasal 41 ayat (2) dan Pasal 43 ayat (2) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, perlu menetapkan Peraturan Gubernur tentang Pola Tata Kelola, Rencana Strategi dan Standar Pelayanan Minimal Daerah Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek;
- Mengingat** :
1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945;
  2. Undang-Undang Nomor 14 Tahun 1964 Tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 3 Tahun 1964 tentang Pembentukan Daerah Tingkat I Lampung dengan mengubah Undang-Undang Nomor 25 Tahun 1959 tentang Pembentukan Daerah Tingkat I Sumatera Selatan menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1964 Nomor 2688 );
  3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286), sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2020 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2020 tentang Kebijakan Keuangan Negara dan Stabilitas Sistem Keuangan untuk Penanganan Pandemi Corona Virus Disease 2019 (Covid-19) dan/atau Dalam Rangka Menghadapi Ancaman yang Membahayakan Perekonomian Nasional dan/atau Stabilitas Sistem Keuangan Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 134, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6516);

4. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355), sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2020 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2020 tentang Kebijakan Keuangan Negara dan Stabilitas Sistem Keuangan untuk Penanganan Pandemi Corona Virus Disease 2019 (Covid-19) dan/atau Dalam Rangka Menghadapi Ancaman yang Membahayakan Perekonomian Nasional dan/atau Stabilitas Sistem Keuangan Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 134, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6516);
5. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan kedua Atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 143, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6801);
6. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
7. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
8. Undang-undang Nomor 20 Tahun 2023 tentang Aparatur Sipil Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 141, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia 6897);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5888) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 187, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6402);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 11 Tahun 2017 tentang Manajemen Pegawai Negeri Sipil (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 63, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6037), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 17 Tahun 2020 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 11 Tahun 2017 tentang Manajemen Pegawai Negeri Sipil (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 68, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6477);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 49 Tahun 2018 tentang Manajemen Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 224, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6264);

12. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);
13. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);
14. Peraturan Presiden Nomor 16 Tahun 2018 tentang Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah sebagaimana diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2021 tentang Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah ( Lembaran Negara Tahun 2018 Nomor 33) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2021 tentang Pengadaan Barang/Jasa (Lembaran Negara Tahun 2021 Nomor 63);
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);
16. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah sakit (berita negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 21);
18. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 77 Tahun 2020 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1781);
19. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 129 Tahun 2020 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1046);
20. Peraturan Gubernur Lampung Nomor 59 Tahun 2021 tentang Pembentukan, Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Daerah Pada Dinas Kesehatan Provinsi Lampung (Berita Daerah Provinsi Lampung Tahun 2021 Nomor 59);
21. Peraturan Gubernur Nomor 1 Tahun 2023 tentang Pedoman Pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah (Berita Daerah Provinsi Lampung Tahun 2022 Nomor 1);

**MEMUTUSKAN:**

Menetapkan : **PERATURAN GUBERNUR POLA TATA KELOLA, RENCANA STRATEGIS DAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. H. ABDUL MOELOEK.**

**BAB I  
KETENTUAN UMUM**

**Pasal 1**

Dalam Peraturan Gubernur ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Provinsi Lampung.

2. Pemerintahan Daerah adalah penyelenggaraan urusan pemerintahan oleh Pemerintah Daerah dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah menurut asas otonomi dan tugas pembantuan dengan prinsip otonomi seluas-luasnya dalam sistem dan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
3. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Provinsi Lampung.
4. Kepala daerah yang selanjutnya disebut Gubernur adalah Gubernur Lampung.
5. Rumah Sakit adalah Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan perseorangan secara paripurna melalui Pelayanan Kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/ atau paliatif dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan Gawat Darurat.
6. Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Moeloek yang selanjutnya disingkat RSUDAM adalah Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD).
7. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelksanaan teknis dinas/badan daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keunagan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaaan daerah pada umumnya.
8. Pemilik adalah Pemilik Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Moeloek Provinsi Lampung, yaitu Pemerintah Provinsi Lampung.
9. Direktur adalah Direktur RSUDAM.
10. Dewan Pengawas RSUDAM yang selanjutnya disebut Dewan Pengawas adalah organ yang bertugas melakukan pembinaan, pengawasan dan penilaian kinerja terhadap pengelolaan RSUDAM.
11. Pola Pengelolaan Keuangan BLUD, yang selanjutnya disebut PPK- BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktik-praktik bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya.
12. Fleksibilitas adalah keleluasaan dalam pola pengelolaan keuangan dengan menerapkan praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan layanan kepada masyarakat tanpa mencari keuntungan dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa.
13. Praktek Bisnis yang Sehat adalah penyelenggaraan fungsi organisasi berdasarkan kaidah-kaidah manajemen yang baik dalam rangka pemberian layanan yang bermutu, berkesinambungan dan berdaya saing.
14. Rencana Strategis yang selanjutnya disebut Renstra adalah dokumen perencanaan BLUD untuk periode 5 (lima) tahunan.
15. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah selanjutnya disingkat APBD adalah rencana keuangan tahunan pemerintahan daerah yang dibahas dan disetujui bersama oleh pemerintah daerah dan DPRD dan ditetapkan dengan peraturan daerah.
16. Rencana Bisnis dan Anggaran yang selanjutnya disingkat RBA adalah dokumen rencana anggaran tahunan BLUD yang disusun dan disajikan sebagai bahan penyusunan rencana kerja dan anggaran Perangkat Daerah.

17. Rencana Kerja dan Anggaran yang selanjutnya disingkat RKA adalah dokumen perencanaan dan penganggaran yang berisi rencana pendapatan, rencana belanja program, dan kegiatan Perangkat Daerah serta rencana pembiayaan sebagai dasar penyusunan APBD.
18. Dokumen Pelaksanaan Anggaran yang selanjutnya disingkat DPA adalah dokumen yang memuat pendapatan, belanja dan pembiayaan yang digunakan sebagai dasar pelaksanaan anggaran.
19. Pejabat Pengelola Keuangan Daerah, yang selanjutnya disebut PPKD, adalah kepala badan/dinas/biro keuangan/bagian keuangan yang memiliki tugas melaksanakan pengelolaan keuangan daerah dan bertindak sebagai Bendahara Umum Daerah.
20. Pejabat pengelola BLUD adalah pemimpin BLUD yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional BLUD yang terdiri atas pejabat keuangan dan pejabat teknis.
21. Upaya Kesehatan adalah segala bentuk kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat Kesehatan masyarakat dalam bentuk promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/ atau paliatif oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat.
22. Pelayanan Kesehatan adalah segala bentuk kegiatan dan/ atau serangkaian kegiatan pelayanan yang diberikan secara langsung kepada perseorangan atau masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat Kesehatan masyarakat dalam bentuk promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif.
23. Sumber Daya Manusia Kesehatan adalah seseorang yang bekerja secara aktif di bidang Kesehatan, baik yang memiliki pendidikan formal Kesehatan maupun tidak, yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan dalam melakukan Upaya Kesehatan.
24. Tenaga Medis adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang Kesehatan serta memiliki sikap profesional, pengetahuan, dan keterampilan melalui pendidikan profesi kedokteran atau kedokteran gigi yang memerlukan kewenangan untuk melakukan Upaya Kesehatan.
25. Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang Kesehatan serta memiliki sikap profesional, pengetahuan, dan keterampilan melalui pendidikan tinggi yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan Upaya Kesehatan.
26. Instalasi adalah unit kerja non struktural sebagai tempat pelayanan.
27. Komite adalah perangkat khusus yang dibentuk dengan keputusan Direktur sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit untuk tujuan dan tugas tertentu.
28. Satuan Pengawas Internal yang selanjutnya disingkat SPI adalah perangkat Rumah Sakit yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu Direktur untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya dalam menyelenggarakan bisnis yang sehat.
29. Satuan Kerja Perangkat Daerah yang selanjutnya disingkat SKPD adalah unsur perangkat daerah pada pemerintah daerah selaku pengguna anggaran/pengguna barang.
30. Organisasi Pelaksana adalah Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Moeloek yang selanjutnya disingkat RSUDAM.

31. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah selanjutnya disingkat APBD adalah rencana keuangan tahunan pemerintahan daerah yang dibahas dan disetujui bersama oleh pemerintah daerah dan DPRD, dan ditetapkan dengan peraturan daerah.

#### Pasal 2

- (1) Peraturan Gubernur ini dimaksudkan sebagai pedoman dalam penyelenggaraan PPK BLUD RSUDAM.
- (2) Peraturan Gubernur ini bertujuan untuk:
  - a. memaksimalkan kinerja pelayanan dengan cara meningkatkan prinsip transparansi, akuntabilitas, pertanggungjawaban, kemandirian, dan kewajaran agar RSUDAM memiliki daya saing yang kuat, baik secara nasional maupun internasional;
  - b. mendorong pengelolaan RSUDAM secara profesional, transparan dan efisiensi, serta memberdayakan fungsi dan kemandirian;
  - c. mendorong agar pengelolaan RSUDAM dalam membuat keputusan dan menjalankan tindakan dilandasi nilai moral yang tinggi dan kepatuhan terhadap peraturan perundang-undangan yang berlaku, serta kesadaran akan adanya tanggung jawab sosial terhadap *stakeholders*;
  - d. meningkatkan kontribusi RSUDAM dalam memberikan pelayanan kesehatan dan pelayanan pendidikan bidang kesehatan; dan
  - e. memberikan pedoman rencana tahunan dan anggaran serta penyusunan evaluasi kinerja.

#### Pasal 3

Ruang Lingkup Peraturan Gubernur ini meliputi:

- a. pola tata kelola;
- b. renstra; dan
- c. standar pelayanan minimal.

## BAB II POLA TATA KELOLA

### Bagian Kesatu Umum

#### Pasal 4

- (1) Prinsip Pola Tata Kelola sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a meliputi:
  - a. transparansi;
  - b. akuntabilitas;
  - c. responsibilitas;
  - d. independensi; dan
  - e. kewajaran.
- (2) Ruang Lingkup Pola Tata Kelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
  - a. kelembagaan;
  - b. prosedur kerja;
  - c. pengelompokan fungsi; dan
  - d. pengelolaan sumber daya manusia.

### Pasal 5

- (1) Transparansi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1) huruf a merupakan asas keterbukaan yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi, agar informasi secara langsung dapat diterima oleh yang membutuhkan serta dapat menumbuhkan kepercayaan masyarakat.
- (2) Akuntabilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1) huruf b, agar fungsi, struktur dan sistem pada BLUD RSUDAM dalam pengelolaannya dapat dipertanggungjawabkan terhadap semua pihak.
- (3) Responsibilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1) huruf c, merupakan kesesuaian atau kepatuhan didalam mengelola BLUD RSUDAM terhadap bisnis yang sehat dan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Independensi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1) huruf d, merupakan kemandirian pengelolaan BLUD RSUDAM secara profesional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh atau tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (5) Kewajaran sebagaimana dimaksud pada Pasal 4 ayat (1) huruf e merupakan keadilan dan kesetaraan di dalam memenuhi hak-hak dan kewajiban *stakeholders* yang timbul berdasarkan perjanjian dan peraturan perundangundangan yang berlaku.

### Pasal 6

- (1) Kelembagaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2) huruf a memuat posisi jabatan, pembagian fungsi, tanggungjawab, hubungan kerja, dan wewenang.
- (2) Prosedur kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2) huruf b memuat ketentuan hubungan dan mekanisme kerja antar posisi jabatan dan fungsi.
- (3) Pengelompokan fungsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2) huruf c memuat pembagian fungsi pelayanan dan fungsi pendukung sesuai dengan prinsip pengendalian internal untuk efektifitas pencapaian.
- (4) Pengelolaan sumber daya manusia sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2) huruf d memuat kebijakan mengenai pengelolaan sumber daya manusia yang berorientasi pada peningkatan pelayanan kepada masyarakat.

### Bagian Kedua Identitas

### Pasal 7

- (1) RSUDAM berlokasi di Jalan Dr. Rivai Nomor 6 Kelurahan Penengahan Kecamatan Penengahan Bandar Lampung Provinsi Lampung, No Telp. 0721-703312,702455 Fax 703952 email [humarsudam23@gmail.com](mailto:humarsudam23@gmail.com).
- (2) RSUDAM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan Rumah Sakit Kelas A yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/I/1875/2019 dan Rumah Sakit Pendidikan Utama untuk Fakultas Kedokteran Universitas Lampung yang ditetapkan dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1351/2022 serta sebagai Institusi Penyelenggara Pelatihan Bidang Kesehatan yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur Jenderal Tenaga Kesehatan Nomor HK.02.02/F/2242/2023.



- (3) Maklumat pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung adalah:

***“Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung, siap melayani masyarakat sesuai dengan standar pelayanan yang telah ditetapkan, pelanggaran terhadap standar tersebut siap diberi sanksi sesuai dengan ketentuan yang berlaku”.***

- (4) Budaya Kerja RSUDAM adalah Senyum, Ikhlas dan Tanggung Jawab (SIT)



- (5) Logo RSUDAM dan uraian makna logo, yaitu:  
a. logo lengkap



- b. logo dalam kop surat



- c. uraian makna logo:

1. bentuk logo:

- palang Kesehatan dan Ornamen Siger: terbentuk dari Identitas Masyarakat Lampung, melambangkan lampung sehat;
- lingkaran: terbentuk dari visi yang melebur jadi satu melambangkan satu kesatuan *Good Corporate Governemce dan Good Clinical Governemce*; dan
- pola aksesibilitas palang merah kesehatan: terbentuk dari tujuan Pelayanan RSUDAM melambangkan peningkatan aksesibilitas dan kualitas kesehatan masyarakat.

2. warna logo:

- warna orange: kesejahteraan melambangkan rasa sejahtera, kasih sayang dan kehangatan;
- warna hijau: kedamaian melambangkan pelayanan yang tulus dan setia dalam melayani serta bersikap ramah pada setiap pelayanan yang diberikan;
- warna biru tua: kenyamanan melambangkan loyalitas, kepercayaan tanggung jawab, dan akuntabilitas dalam memberikan pelayanan;
- warna merah tua: kepercayaan diri melambangkan kekuatan, tekad yang kuat, kemauan, semangat, keberanian dan cinta; dan

e) warna hitam: kekuatan melambangkan keseriusan.

3. tulisan : Rumah Sakit Umum Daerah  
Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.  
Menunjukkan nama Rumah Sakit Provinsi Lampung  
yang disahkan berdasarkan Surat Keputusan  
Gubernur Lampung Nomor : G/180/B/HK/1984,  
tanggal 7 Agustus 1984.

Bagian Kelima  
Kedudukan, Tugas Pokok, dan Fungsi Rumah Sakit

Pasal 10

- (1) RSUDAM merupakan unit organisasi bersifat khusus pada Pemerintah Daerah, yang memberikan layanan secara profesional di bidang kesehatan dan memiliki otonomi dalam pengelolaan keuangan dan barang milik daerah serta bidang kepegawaian berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Gubernur.
- (2) RSUDAM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna melalui Pelayanan Kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif dengan menyediakan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.
- (3) Untuk menyelenggarakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Rumah Sakit mempunyai fungsi:
  - a. penyusunan rencana program dan anggaran;
  - b. pengelolaan pelayanan medis;
  - c. pengelolaan pelayanan penunjang medis;
  - d. pengelolaan pelayanan penunjang non medis;
  - e. pengelolaan pelayanan keperawatan;
  - f. pengelolaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan;
  - g. pengelolaan perencanaan, pengembangan pelayanan kesehatan;
  - h. pengelolaan sumber daya manusia;
  - i. pelaksanaan kerjasama;
  - j. pengelolaan sistem informasi;
  - k. pelaksanaan urusan hukum, organisasi, dan hubungan masyarakat;
  - l. pengelolaan keuangan dan barang milik negara;
  - m. pelaksanaan urusan umum; dan
  - n. pemantauan, evaluasi, dan pelaporan.

Bagian Keenam  
Kelembagaan

Paragraf 1  
Umum

Pasal 11

Kelembagaan RSUDAM terdiri atas:

- a. pemilik;
- b. pejabat pengelola;
- c. pembina dan pengawas; dan
- d. organisasi pelaksana.

Pasal 12

- (1) Pemilik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 huruf a, diwakili oleh Gubernur.
- (2) Tugas, fungsi, tanggung jawab dan wewenang Pemilik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 13

- (1) Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 huruf b terdiri atas:
  - a. pemimpin;
  - b. pejabat keuangan; dan
  - c. pejabat teknis.
- (2) Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertanggung jawab terhadap kinerja umum operasional, pelaksanaan kebijakan fleksibilitas dan keuangan RSUDAM dalam pemberian layanan.
- (3) Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diangkat dan diberhentikan dengan Keputusan Gubernur.

Paragraf 2  
Pimpinan

Pasal 14

- (1) Pemimpin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 ayat (1) huruf a dijabat oleh Direktur yang bertanggung jawab kepada Gubernur.
- (2) Pemimpin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas mempunyai tugas memimpin, mengendalikan dan mengawasi serta mengkoordinasikan penyelenggaraan RSUDAM, membantu kepala dinas kesehatan dalam menyelenggarakan urusan Pemerintahan Bidang Kesehatan berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (3) Untuk menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Direktur mempunyai fungsi:
  - a. perumusan kebijakan, perencanaan, dan penetapan standar/pedoman RSUDAM;
  - b. pembinaan, pengendalian dan pengawasan serta koordinasi dengan seluruh wakil direktur dan pelaksana tugas dan fungsi unsur organisasi;
  - c. pelaksanaan evaluasi, pencatatan dan pelaporan penyelenggaraan kegiatan RSUDAM;
  - d. penyelenggaraan administrasi RSUDAM;
  - e. penyelenggaraan pembinaan, menjalin hubungan dan koordinasi dengan instansi/pihak lain; dan
  - f. pelaksanaan fungsi lain yang di berikan oleh atasan.

Pasal 15

Pemimpin dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 14 mempunyai fungsi sebagai penanggung jawab umum operasional dan keuangan.

Pasal 16

- (1) Pemimpin bertindak selaku kuasa pengguna anggaran/kuasa pengguna barang.
- (2) Dalam hal pemimpin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak berasal dari pegawai negeri sipil, pejabat keuangan ditunjuk sebagai kuasa pengguna anggaran/kuasa pengguna barang.

Paragraf 3  
Pejabat Keuangan

Pasal 17

- (1) Pejabat keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 ayat (1) huruf b mempunyai tugas:
  - a. merumuskan kebijakan terkait pengelolaan keuangan;
  - b. mengkoordinasikan penyusunan RBA;
  - c. menyiapkan DPA;
  - d. melakukan pengelolaan pendapatan dan belanja;
  - e. menyelenggarakan pengelolaan kas;
  - f. melakukan pengelolaan utang, piutang, dan investasi;
  - g. menyusun kebijakan pengelolaan barang milik daerah yang berada dibawah penguasaannya;
  - h. menyelenggarakan sistem informasi manajemen keuangan;
  - i. menyelenggarakan akuntansi dan penyusunan laporan keuangan; dan
  - j. tugas lainnya yang ditetapkan oleh Gubernur dan/atau pemimpin sesuai dengan kewenangannya.
- (2) Pejabat keuangan dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mempunyai fungsi sebagai penanggung jawab keuangan.
- (3) Pejabat keuangan dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibantu oleh bendahara penerimaan dan bendahara pengeluaran.
- (4) Pejabat keuangan, bendahara penerimaan, dan bendahara pengeluaran harus dijabat oleh pegawai negeri sipil.

Paragraf 4  
Pejabat Teknis

Pasal 18

- (1) Pejabat teknis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 ayat (1) huruf c mempunyai tugas:
  - a. menyusun perencanaan kegiatan teknis operasional dan pelayanan di bidangnya;
  - b. melaksanakan kegiatan teknis operasional dan pelayanan sesuai dengan RBA;
  - c. memimpin dan mengendalikan kegiatan teknis operasional dan pelayanan dibidangnya; dan
  - d. tugas lainnya yang ditetapkan oleh Gubernur dan/atau pemimpin sesuai dengan kewenangannya.
- (2) Pejabat teknis dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mempunyai fungsi sebagai penanggung jawab kegiatan teknis operasional dan pelayanan di bidangnya.
- (3) Pelaksanaan tugas pejabat teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berkaitan dengan mutu, standarisasi, administrasi, peningkatan kualitas sumber daya manusia, dan peningkatan sumber daya lainnya.

Bagian Ketujuh  
Pembina dan Pengawas

Paragraf 1  
Umum

Pasal 19

Pembina dan RSUDAM terdiri atas:

- a. Pembina Teknis dan Pembina Keuangan;
- b. Satuan Pengawas Internal (SPI); dan
- c. Dewan Pengawas.

Paragraf 2  
Pembina Teknis Dan Pembina Keuangan

Pasal 20

- (1) Pembina teknis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 19 huruf a yaitu kepala perangkat daerah yang bertanggung jawab atas urusan pemerintahan bidang kesehatan.
- (2) Pembina teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas membina pengelolaan teknis RSUDAM oleh Pejabat Pengelola.
- (3) Pembina teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berfungsi memberikan masukan dan arahan secara teknis pengelolaan RSUDAM.

Pasal 21

- (1) Pembina keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 19 huruf a adalah PPKD.
- (2) Pembina keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas membina pengelolaan keuangan RSUDAM oleh Pejabat Pengelola.
- (3) Pembina keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berfungsi memberikan masukan dan arahan secara pengelolaan keuangan RSUDAM.

Paragraf 3  
Satuan Pengawas Internal

Pasal 22

- (1) SPI sebagaimana dimaksud dalam Pasal 19 huruf b dapat dibentuk oleh Direktur untuk pengawasan dan pengendalian internal terhadap kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial dalam menyelenggarakan Praktek Bisnis yang Sehat.
- (2) SPI sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yaitu pengawas internal yang berkedudukan langsung dibawah Direktur.
- (3) Pembentukan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dengan mempertimbangkan:
  - a. keseimbangan antara manfaat dan beban;
  - b. kompleksitas manajemen; dan
  - c. volume dan/atau jangkauan pelayanan.

Pasal 23

- (1) Tugas SPI, membantu manajemen untuk:
  - a. pengamanan harta kekayaan;
  - b. menciptakan akurasi sistem informasi keuangan;
  - c. menciptakan efisiensi dan produktivitas; dan
  - d. mendorong dipatuhinya kebijakan manajemen dalam penerapan Praktek Bisnis Yang Sehat.
- (2) Untuk dapat diangkat sebagai SPI, yang bersangkutan harus memenuhi syarat:
  - a. sehat jasmani dan rohani;
  - b. memiliki keahlian, integritas, pengalaman, jujur, perilaku yang baik, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan BLUD;
  - c. memahami penyelenggaraan pemerintahan Daerah;

- d. memahami tugas dan fungsi BLUD;
- e. memiliki pengalaman teknis pada BLUD;
- f. berijazah paling rendah D-3 (Diploma 3);
- g. pengalaman kerja paling sedikit 3 (tiga) tahun;
- h. berusia paling rendah 30 (tiga puluh) tahun dan paling tinggi 55 (lima puluh lima) tahun pada saat mendaftar pertama kali;
- i. tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana yang merugikan keuangan negara atau keuangan daerah;
- j. tidak sedang menjalani sanksi pidana; dan
- k. mempunyai sikap independen dan obyektif.

Paragraf 4  
Dewan Pengawas

Pasal 24

- (1) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 19 huruf c dapat dibentuk oleh Gubernur.
- (2) Pembentukan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya dapat dilakukan apabila RSUDAM memiliki realisasi pendapatan menurut laporan realisasi anggaran 2 (dua) tahun terakhir atau nilai aset menurut neraca 2 (dua) tahun terakhir.
- (3) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dibentuk untuk pengawasan dan pengendalian internal yang dilakukan oleh Pejabat Pengelola.
- (4) Jumlah anggota Dewan Pengawas paling banyak 3 (tiga) orang atau 5 (lima) orang.
- (5) Jumlah anggota Dewan Pengawas paling banyak 3 (tiga) orang sebagaimana dimaksud pada ayat (4) apabila RSUDAM memiliki:
  - a. realisasi pendapatan menurut laporan realisasi anggaran 2 (dua) tahun terakhir, sebesar Rp. 30.000.000.000,00 (tiga puluh miliar rupiah) sampai dengan Rp. 100.000.000.000,00 (seratus miliar rupiah); atau
  - b. nilai aset menurut neraca 2 (dua) tahun terakhir sebesar Rp150.000.000.000,00 (seratus lima puluh miliar rupiah) sampai dengan Rp. 500.000.000.000,00 (lima ratus miliar rupiah).
- (6) Jumlah anggota Dewan Pengawas paling banyak 5 (lima) orang sebagaimana dimaksud pada ayat (4) apabila RSUDAM memiliki:
  - a. realisasi pendapatan menurut laporan realisasi anggaran 2 (dua) tahun terakhir, lebih besar dari Rp. 100.000.000.000,00 (seratus miliar rupiah); atau
  - b. nilai aset menurut neraca 2 (dua) tahun terakhir, lebih besar dari Rp. 500.000.000.000,00 (lima ratus miliar rupiah).

Pasal 25

- (1) Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 24 ayat (5) terdiri atas unsur:
  - a. 1 (satu) orang pejabat SKPD yang membidangi kegiatan RSUDAM;
  - b. 1 (satu) orang pejabat SKPD yang membidangi pengelolaan keuangan daerah; dan 15
  - c. 1 (satu) orang tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan RSUDAM.
- (2) Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 24 ayat (6) terdiri atas unsur:
  - a. 2 (dua) orang pejabat SKPD yang membidangi kegiatan RSUDAM;
  - b. 2 (dua) orang pejabat SKPD yang membidangi pengelolaan keuangan

- daerah; dan
- c. 1 (satu) orang tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan RSUDAM.
- (3) Tenaga ahli sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c dan ayat (2) huruf c dapat berasal dari tenaga profesional, atau perguruan tinggi yang memahami tugas fungsi, kegiatan dan layanan RSUDAM.
- (4) Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) dapat diangkat menjadi anggota Dewan Pengawas pada 3 (tiga) BLUD RSUD.
- (5) Pengangkatan anggota Dewan Pengawas dilakukan setelah Pejabat Pengelola diangkat.
- (6) Untuk dapat diangkat sebagai Dewan Pengawas yang bersangkutan harus memenuhi syarat:
- a. sehat jasmani dan rohani;
  - b. memiliki keahlian, integritas, kepemimpinan, pengalaman, jujur, perilaku yang baik, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan RSUDAM;
  - c. memahami penyelenggaraan pemerintahan daerah;
  - d. memiliki pengetahuan yang memadai tugas dan fungsi RSUDAM;
  - e. menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
  - f. berijazah paling rendah S-1 (Strata Satu);
  - g. berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun terhadap unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2);
  - h. tidak pernah menjadi anggota Direksi, Dewan Pengawas, atau Komisaris yang dinyatakan bersalah menyebabkan badan usaha yang dipimpin dinyatakan pailit;
  - i. tidak sedang menjalani sanksi pidana; dan
  - j. tidak sedang menjadi pengurus partai politik, calon kepala daerah atau calon wakil kepala daerah, dan/atau calon anggota legislatif.

#### Pasal 26

- (1) Dewan Pengawas memiliki tugas:
- a. memantau perkembangan kegiatan RSUDAM;
  - b. menilai kinerja keuangan maupun kinerja non keuangan RSUDAM dan memberikan rekomendasi atas hasil penilaian untuk ditindaklanjuti oleh Pejabat Pengelola RSUDAM;
  - c. memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja dari hasil laporan audit pemeriksa eksternal pemerintah;
  - d. memberikan nasehat kepada Pejabat Pengelola dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya; dan
  - e. memberikan pendapat dan saran kepada Gubernur mengenai:
    1. RBA yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola;
    2. permasalahan yang menjadi kendala dalam pengelolaan RSUDAM; dan
    3. kinerja RSUDAM.
- (2) Penilaian kinerja keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, diukur paling sedikit meliputi:
- a. memperoleh hasil usaha atau hasil kerja dari layanan yang diberikan (rentabilitas);
  - b. memenuhi kewajiban jangka pendeknya (likuiditas);
  - c. memenuhi seluruh kewajibannya (solvabilitas); dan
  - d. kemampuan penerimaan dari jasa layanan untuk membiayai pengeluaran.

- (3) Penilaian kinerja non keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, diukur paling sedikit berdasarkan perspektif pelanggan, proses internal pelayanan, pembelajaran, dan pertumbuhan.
- (4) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada Gubernur secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu tahun atau sewaktu-waktu jika diperlukan.

#### Pasal 27

- (1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan 5 (lima) tahun, dapat diangkat kembali untuk 1(satu) kali masa jabatan berikutnya apabila belum berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun.
- (2) Dalam hal batas usia anggota Dewan Pengawas sudah berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun, Dewan Pengawas dari unsur tenaga ahli dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.
- (3) Anggota Dewan Pengawas diberhentikan oleh Gubernur karena:
  - a. meninggal dunia;
  - b. masa jabatan berakhir; atau
  - c. diberhentikan sewaktu-waktu.
- (4) Anggota Dewan Pengawas diberhentikan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c, karena:
  - a. tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
  - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan RSUDAM;
  - d. dinyatakan bersalah dalam putusan pengadilan yang telah mempunyai kekuatan hukum tetap;
  - e. mengundurkan diri; dan
  - f. terlibat dalam tindakan kecurangan yang mengakibatkan kerugian pada RSUDAM, negara, dan/atau daerah.

#### Pasal 28

- (1) Gubernur dapat mengangkat sekretaris Dewan Pengawas untuk mendukung kelancaran tugas Dewan Pengawas.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan anggota Dewan Pengawas.

#### Pasal 29

Segala biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dan sekretaris Dewan Pengawas dibebankan pada RSUDAM dan dimuat dalam RBA.

### Bagian Kedelapan Organisasi Pelaksana

#### Paragraf 1 Umum

#### Pasal 30

Organisasi Pelaksana sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 huruf d terdiri dari:

- a. Instalasi; dan

b. Komite.

Paragraf 2  
Instalasi

Pasal 31

- (1) Instalasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 30 huruf a mempunyai tugas menyelenggarakan kegiatan pelayanan sesuai fungsinya;
- (2) Instalasi merupakan organisasi pelaksana (non struktural) yang membantu Direktur melaksanakan tugas sesuai dengan fungsinya.
- (3) Tiap-tiap Instalasi dipimpin oleh seorang Kepala Instalasi yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur sesuai dengan kualifikasi pendidikan.
- (4) Kepala Instalasi bertanggung jawab penuh terhadap kinerja unit pelayanan yang dipimpinnya kepada Direktur melalui Wakil Direktur masing-masing.
- (5) Jumlah dan jenis Instalasi didasarkan atas kebutuhan Rumah Sakit dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (6) Dalam hal Instalasi menangani layanan yang lebih besar, maka struktur kepemimpinannya dapat dibagi menjadi beberapa unit.
- (7) Kepala Instalasi mempunyai tugas:
  - a. mempertimbangkan dan merencanakan pelayanan yang diberikan kepada pasien;
  - b. memperhatikan pendidikan, keahlian, pengetahuan dan pengalaman setiap staf profesional dari instalasi pelayanan tersebut dalam melakukan pelayanan;
  - c. melakukan identifikasi kebutuhan sumber daya manusia dan sumber daya lainnya serta mengusulkan kepada direktur rumah sakit;
  - d. memiliki proses pola ketenagaan terkait tidak terpenuhinya sumber daya manusia oleh pihak rumah sakit, dan menjamin pelayanan tetap aman dan efektif terjamin mutunya bagi pasien;
  - e. bekerja sama dengan unit sumber daya manusia atau unit lainnya dalam proses seleksi sumber daya manusia; dan
  - f. memastikan semua staf dalam Instalasi pelayanan memahami tanggung jawab mereka, dan mengadakan kegiatan orientasi dan pelatihan bagi karyawan baru.

Paragraf 3  
Komite

Pasal 32

- (1) Komite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 30 huruf b merupakan perangkat RSUDAM/unsur organisasi non struktural RSUDAM yang dibentuk dengan Keputusan Direktur untuk penyelenggaraan fungsi tertentu sesuai kebutuhan dan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.
- (2) Komite melaksanakan tugas sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan berfungsi serta berwenang memberikan rekomendasi kepada Direktur sebagai bahan pengambil kebijakan bagi Direktur.
- (3) RSUDAM paling sedikit memiliki:
  - a. Komite medik;
  - b. Komite keperawatan;
  - c. Komite farmasi dan terapi;
  - d. Komite tenaga kesehatan lain;
  - e. Komite pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI)

- f. Komite mutu dan keselamatan pasien;
  - g. Komite etik dan hukum; dan
  - h. Komite etik penelitian.
- (4) Setiap Komite dipimpin oleh seorang ketua yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
  - (5) Setiap Komite mempunyai tugas membantu Direktur dalam menyusun standar sesuai dengan tugas dan fungsi komite.
  - (6) Dalam melaksanakan tugasnya, ketua Komite dapat dibantu oleh subkomite dan/atau panitia kelompok kerja tertentu yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

### Bagian Kesembilan Prosedur Kerja

#### Paragraf 1 Umum

#### Pasal 33

- (1) Dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsinya, Pemimpin, pejabat pengelola dan organisasi pelaksana wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi dan sinkronisasi baik dalam lingkungan masing-masing maupun antar satuan organisasi di lingkungan Pemerintah Daerah serta instansi lain di luar Pemerintah Daerah sesuai dengan tugas pokoknya masing-masing.
- (2) Pemimpin dan pejabat pengelola wajib mengawasi bawahannya masing-masing dan bila terjadi penyimpangan agar mengambil langkah yang diperlukan.
- (3) Pemimpin dan pejabat pengelola bertanggung jawab memimpin dan mengkoordinasikan bawahan masing-masing dan memberikan bimbingan serta petunjuk bagi pelaksanaan tugas bawahannya.
- (4) Pemimpin dan pejabat pengelola wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk dan bertanggung jawab pada atasannya masing-masing serta menyampaikan laporan berkala tepat waktu.
- (5) Setiap laporan yang diterima oleh Pemimpin, pejabat pengelola dan bawahannya wajib diolah dan dipergunakan sebagai bahan untuk penyusunan laporan lebih lanjut dan untuk memberikan petunjuk kepada bawahannya.
- (6) Dalam menyampaikan laporan masing-masing kepada atasan, tembusan laporan wajib disampaikan pula kepada satuan organisasi lain yang secara fungsional mempunyai hubungan kerja.
- (7) Prosedur kerja dalam tata kelola RSUDAM menggambarkan pola hubungan dan mekanisme kerja antar posisi jabatan dan fungsi dalam organisasi.
- (8) Prosedur kerja setiap proses pengelolaan manajerial dan pelayanan didokumentasikan dalam standar prosedur operasional.
- (9) Standar prosedur operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (8) merupakan acuan bagi seluruh petugas di RSUDAM dalam melaksanakan pekerjaan.
- (10) Standar operasi prosedur pelayanan yang telah disusun dilakukan evaluasi secara berkala dan dapat dibuat standar operasi prosedur pelayanan baru atau revisi jika diperlukan.

Paragraf 2  
Pengelompokan Fungsi

Pasal 34

- (1) Pengelompokan Fungsi pada RSUDAM terdiri atas:
  - a. fungsi pelayanan kesehatan; dan
  - b. fungsi pendukung.
- (2) Pelaksanaan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menjadi tanggung jawab Pemimpin.

Pasal 35

- (1) Pelaksanaan fungsi pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 34 ayat (1) huruf a menjadi tugas pejabat teknis.
- (2) Pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) secara operasional dilaksanakan RSUDAM dengan memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna.
- (3) Untuk memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna sebagaimana dimaksud dalam ayat (2), RSUDAM mempunyai fungsi:
  - a. penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
  - b. pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna sesuai dengan kebutuhan medis;
  - c. penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia bidang kesehatan dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan; dan
  - d. penyelenggaraan penelitian dan pengembangan bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Pasal 36

- (1) Pelaksanaan fungsi pendukung sebagaimana dimaksud dalam Pasal 34 ayat (1) huruf b terdiri atas:
  - a. fungsi manajemen Rumah Sakit; dan
  - b. pengawasan internal.
- (2) Pelaksanaan fungsi manajemen Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a menjadi tugas Pejabat Keuangan.
- (3) Pelaksanaan fungsi pengawasan internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b menjadi tugas langsung dari Direktur.

Paragraf 3  
Pengelolaan Sumber Daya Manusia

Pasal 37

- (1) Pengelolaan sumber daya manusia bertujuan untuk pemenuhan sumber daya manusia pada RSUDAM secara kuantitatif dan kualitatif untuk mendukung pencapaian organisasi secara efektif dan efisien.
- (2) Sumber daya manusia RSUDAM terdiri atas:
  - a. pejabat pengelola; dan
  - b. pegawai.

- (3) Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a bertanggungjawab terhadap kinerja umum operasional, pelaksanaan kebijakan fleksibilitas dan keuangan RSUDAM dalam pemberian layanan.
- (4) Pegawai sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b menyelenggarakan kegiatan untuk mendukung kinerja RSUDAM.
- (5) Pejabat Pengelola dan pegawai RSUDAM berasal dari:
  - a. pegawai negeri sipil; dan/atau
  - b. pegawai pemerintah dengan perjanjian kerja, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (6) RSUDAM dapat mengangkat pejabat pengelola dan pegawai selain sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dari profesional lainnya.
- (7) Pengangkatan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) sesuai dengan kebutuhan, profesionalitas, kemampuan keuangan dan berdasarkan prinsip efisiensi, ekonomis dan produktif dalam meningkatkan pelayanan.
- (8) Pejabat pengelola dan pegawai yang berasal dari tenaga profesional lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dapat dipekerjakan secara kontrak.
- (9) Pejabat pengelola yang berasal dari tenaga profesional lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (5) diangkat untuk masa jabatan paling lama 5 (lima) tahun, dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali periode masa jabatan berikutnya.
- (10) Pengangkatan kembali untuk periode masa jabatan berikutnya paling tinggi berusia 60 (enam puluh) tahun.
- (11) Pengadaan pejabat pengelola dan pegawai yang berasal dari profesional lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dilaksanakan sesuai dengan jumlah dan komposisi yang telah disetujui pembina keuangan.

#### Pasal 38

- (1) Pengangkatan dan penempatan dalam jabatan pejabat pengelola dan pegawai sebagaimana dimaksud dalam Pasal 37 ayat (6) dan ayat (7) berdasarkan kompetensi dan kebutuhan Praktek Bisnis yang Sehat.
- (2) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa pengetahuan, keahlian, keterampilan, integritas, kepemimpinan, pengalaman, dedikasi dan sikap perilaku yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas jabatannya.
- (3) Jenis dan jumlah tenaga medis, tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan dihitung berdasarkan analisis beban kerja.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai pengadaan, persyaratan, pengangkatan, penempatan, batas usia, masa kerja, hak, kewajiban dan pemberhentian pejabat pengelola dan pegawai yang berasal dari tenaga profesional lainnya diatur dengan Peraturan Gubernur tersendiri.

#### Paragraf 4 Rotasi Pegawai

#### Pasal 39

- (1) Rotasi pegawai dilaksanakan untuk peningkatan kinerja dan pengembangan karir.
- (2) Rotasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan dengan mempertimbangkan:
  - a. penempatan pegawai disesuaikan dengan kompetensi yang dimiliki;
  - b. masa kerja pada unit tertentu;

- c. pengalaman pada bidang tugas tertentu;
- d. kegunaannya dalam menunjang karir; dan
- e. kondisi fisik dan psikis pegawai.

Paragraf 5  
Pemberhentian Pegawai

Pasal 40

Pemberhentian Pegawai berstatus pegawai negeri sipil, Pegawai pemerintah dengan perjanjian kerja, atau pegawai yang berasal dari profesional lainnya dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 6  
Penghargaan dan Sanksi

Pasal 41

- (1) Penghargaan (*reward*) kepada pegawai dapat berupa:
  - a. kesempatan untuk mengikuti pelatihan, seminar dan/atau lokarya;
  - b. kesempatan untuk mengikuti tugas belajar atau izin belajar;
  - c. pengembangan karier; dan/atau
  - d. pemberian insentif sesuai dengan kemampuan keuangan RSUDAM.
- (2) Sanksi (*punishment*) kepada Pegawai yang melakukan pelanggaran diberikan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Paragraf 7  
Remunerasi

Pasal 42

- (1) Pejabat pengelola, Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas dan Pegawai RSUDAM dapat diberikan remunerasi.
- (2) Remunerasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan imbalan kerja yang diberikan dalam komponen meliputi:
  - a. gaji yaitu imbalan kerja berupa uang yang bersifat tetap setiap bulan;
  - b. tunjangan tetap yaitu imbalan kerja berupa uang yang bersifat tambahan pendapatan diluar gaji setiap bulan;
  - c. insentif yaitu imbalan kerja berupa uang yang bersifat tambahan pendapatan diluar gaji;
  - d. bonus atas prestasi yaitu imbalan kerja berupa uang yang bersifat tambahan pendapatan diluar gaji, tunjangan tetap dan insentif, atas prestasi kerja yang diberikannya satu kali dalam satu tahun anggaran setelah BLUD memenuhi syarat tertentu;
  - e. pesangon yaitu imbalan kerja berupa uang santunan purna jabatan sesuai dengan kemampuan keuangan; dan/atau
  - f. pensiun yaitu imbalan kerja berupa uang.
- (3) Remunerasi Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan dalam bentuk honorarium.
- (4) Remunerasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Gubernur berdasarkan usulan Direktur.
- (5) Remunerasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur lebih lanjut dengan Peraturan Gubernur tersendiri.

Paragraf 8  
Pengelolaan Keuangan

Pasal 43

- (1) Pengelolaan keuangan RSUDAM berdasarkan pada prinsip efektifitas, efisiensi dan produktivitas dengan berdasarkan akuntabilitas dan transparansi.
- (2) Penatausahaan keuangan RSUDAM menerapkan sistem akuntansi berbasis akrual dan standar akuntansi pemerintahan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Pengelolaan Keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur lebih lanjut dengan Peraturan Gubernur tersendiri.

Paragraf 9  
Tarif Layanan

Pasal 44

- (1) RSUDAM dapat memungut biaya kepada masyarakat sebagai imbalan atau jasa layanan atas pelayanan barang/jasa yang diberikan.
- (2) Imbalan atau jasa layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dalam bentuk tarif layanan yang disusun atas dasar perhitungan biaya satuan per unit layanan atau per investasi dana.
- (3) Tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) termasuk imbal hasil yang wajar dan investasi dana dan menutup seluruh atau sebagian dari biaya per unit layanan.
- (4) Penetapan tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) mempertimbangkan kontinuitas dan pengembangan layanan, daya beli masyarakat serta kompetisi yang sehat.
- (5) Tarif Layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur lebih lanjut dengan Peraturan Gubernur tersendiri.

Paragraf 10  
Pendapatan

Pasal 45

Pendapatan BLUD RSUDAM dapat bersumber dari:

- a. jasa layanan;
- b. hibah;
- c. hasil kerjasama dengan pihak lain;
- d. anggaran pendapatan dan belanja daerah; dan
- e. lain-lain pendapatan BLUD RSUDAM yang sah.

Pasal 46

- (1) Pendapatan BLUD RSUDAM yang bersumber dari jasa layanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 45 huruf a berupa imbalan yang diperoleh dari jasa layanan yang diberikan kepada masyarakat.
- (2) Pendapatan BLUD RSUDAM yang bersumber dari hibah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 45 huruf b dapat berupa hibah terikat dan hibah tidak terikat yang diperoleh dari masyarakat atau badan lain.
- (3) Pendapatan BLUD RSUDAM yang bersumber dari hibah terikat sebagaimana dimaksud pada ayat (2), digunakan sesuai dengan tujuan pemberian hibah, sesuai dengan peruntukannya yang selaras dengan tujuan RSUDAM sebagaimana tercantum dalam naskah perjanjian hibah.

- (4) Hasil kerjasama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud dalam Pasal 45 huruf c dapat berupa hasil yang diperoleh dari kerjasama BLUD RSUDAM dengan pihak lain.
- (5) Pendapatan BLUD RSUDAM yang bersumber dari anggaran pendapatan dan belanja daerah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 45 huruf d berupa pendapatan yang berasal dari DPA APBD.
- (6) Lain-lain pendapatan BLUD RSUDAM yang sah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 44 huruf e, meliputi:
  - a. hasil pemanfaatan kekayaan;
  - b. hasil jasa giro;
  - c. hasil investasi hasil investasi;
  - d. pendapatan bunga;
  - e. keuntungan selisih nilai tukar rupiah terhadap mata uang asing;
  - f. komisi, pemotongan ataupun bentuk lain sebagai akibat dari penjualan dan/atau pengadaan barang dan/atau jasa oleh BLUD;
  - g. investasi; dan
  - h. pengembangan usaha.

#### Pasal 47

- (1) Seluruh pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 44 kecuali yang berasal dari hibah terikat, dapat dikelola langsung untuk membiayai pengeluaran BLUD sesuai RBA.
- (2) Seluruh pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 44 huruf a, huruf b, huruf c, dan huruf e, dilaksanakan melalui rekening kas BLUD dan dicatat dalam kode rekening kelompok pendapatan asli daerah pada jenis lain-lain pendapatan asli daerah yang sah dengan obyek pendapatan BLUD. Kecuali yang termasuk kategori retribusi Daerah dicatatkan pada Kelompok Retribusi Daerah sesuai dengan Jenis dan Objeknya.
- (3) Seluruh pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaporkan kepada PPKD setiap triwulan.

#### Paragraf 11 Belanja

#### Pasal 48

- (1) Belanja BLUD RSUDAM terdiri atas:
  - a. belanja operasional; dan
  - b. belanja modal.
- (2) Belanja operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a mencakup seluruh belanja BLUD RSUDAM untuk menjalankan tugas dan fungsi.
- (3) Belanja operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi belanja pegawai, belanja barang dan jasa, belanja bunga dan belanja lain.
- (4) Belanja modal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b mencakup seluruh belanja BLUD RSUDAM untuk perolehan aset tetap dan aset lainnya yang memberi manfaat lebih dari 12 (dua belas) bulan untuk digunakan dalam kegiatan BLUD RSUDAM.
- (5) Belanja modal sebagaimana dimaksud pada ayat (4) meliputi belanja tanah, belanja peralatan dan mesin, belanja gedung dan bangunan, belanja jalan, irigasi dan jaringan, dan belanja aset tetap lainnya.

#### Pasal 49

- (1) Pembiayaan BLUD terdiri atas:
  - a. penerimaan pembiayaan; dan

b. pengeluaran pembiayaan.

- (2) Pembiayaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan semua penerimaan yang perlu dibayar kembali dan/atau pengeluaran yang akan diterima kembali, baik pada tahun anggaran yang bersangkutan maupun pada tahun anggaran berikutnya.

Pasal 50

- (1) Belanja BLUD diberikan fleksibilitas dengan mempertimbangkan volume kegiatan pelayanan.
- (2) Fleksibilitas belanja BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan pengeluaran biaya yang disesuaikan dan signifikan dengan perubahan pendapatan dalam ambang batas RBA yang telah ditetapkan secara definitif.
- (3) Fleksibilitas pengeluaran biaya BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1), hanya berlaku untuk biaya BLUD yang berasal dari pendapatan selain dari APBD dan hibah terikat.
- (4) Fleksibilitas pengeluaran biaya BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1), tidak berlaku untuk BLUD bertahap.
- (5) Dalam hal terjadi kekurangan anggaran, BLUD mengajukan usulan tambahan anggaran dari APBD kepada Gubernur melalui kepala dinas kesehatan.

Pasal 51

- (1) Ambang batas RBA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 49 ayat (2), ditetapkan dengan besaran persentase.
- (2) Besaran persentase sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditentukan dengan mempertimbangkan fluktuasi kegiatan operasional BLUD.
- (3) Besaran persentase sebagaimana dimaksud pada ayat (2), ditetapkan dalam RBA dan DPA-BLUD oleh PPKD.
- (4) Persentase ambang batas tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan kebutuhan yang dapat diprediksi, dapat dicapai, terukur, rasional dan dapat dipertanggungjawabkan.

Pasal 52

Tata kelola keuangan BLUD RSUDAM lebih lanjut diatur dalam dokumen pola tata kelola sebagai lampiran yang tidak terpisahkan dari Peraturan Gubernur ini.

Pasal 53

Pendapatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 45 dan belanja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 diatur lebih lanjut dengan Peraturan Gubernur tersendiri.

Paragraf 12

Pengelolaan Sumber Daya Lain

Pasal 54

- (1) Pengelolaan sumber daya lain terdiri dari sarana, prasarana, gedung dan jalan, dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Pengelolaan sumber daya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan untuk optimalisasi mutu pelayanan dan kelancaran pelaksanaan tugas pokok dan fungsi RSUDAM.

Paragraf 13  
Pengelolaan Lingkungan dan Limbah

Pasal 55

- (1) RSUDAM wajib menjaga lingkungan baik internal maupun eksternal.
- (2) Pengelolaan lingkungan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk mendukung peningkatan mutu pelayanan yang berorientasi pada keamanan, kenyamanan, kebersihan, kesehatan, kerapihan, keindahan dan keselamatan.
- (3) Pengelolaan lingkungan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi pengelolaan limbah rumah sakit.
- (4) Limbah rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (3) meliputi limbah medis dan limbah non medis.
- (5) Pengelolaan Limbah sebagaimana di maksud pada ayat (4) dilaksanakan berdasarkan ketentuan peraturan perundang- undangan.

BAB III  
RENCANA STRATEGIS

Bagian Kesatu  
Kedudukan Renstra

Pasal 56

- (1) Renstra RSUDAM merupakan penjabaran visi, misi dan RPJMD RSUDAM dalam pengelolaan BLUD pada Tahun 2023–2028.
- (2) Renstra sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sebagai pedoman pelaksanaan BLUD RSUDAM.

Bagian Kedua  
Susunan dan Sistematika Renstra

Pasal 57

- (1) Penyusunan Renstra sebagaimana dimaksud dalam Pasal 56 memuat:
  - a. rencana program dan kegiatan;
  - b. rencana layanan yang akan dikembangkan; dan
  - c. proyeksi keuangan.
- (2) Renstra BLUD RSUDAM disusun dengan sistematika sebagai berikut:

BAB I	: pendahuluan;
BAB II	: kondisi RSUDAM;
BAB III	: visi, misi, strategi, dan arah kebijakan;
BAB IV	: rencana program dan kegiatan;
BAB V	: proyeksi keuangan;
BAB VI	: penutup.
- (3) Renstra RSUDAM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dalam Peraturan Gubernur ini.

BAB IV  
STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Bagian Kesatu  
Kedudukan SPM

Pasal 58

- (1) SPM BLUD RSUDAM dimaksudkan sebagai pedoman dalam perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan jenis dan mutu pelayanan kesehatan serta penunjang pelayanan kesehatan pada BLUD RSUDAM.
- (2) Penyelenggaraan SPM bertujuan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat oleh BLUD RSUDAM dengan melalui penerapan standar kinerja tertentu sebagai ukuran pelayanan.

Bagian Kedua  
Jenis Pelayanan, Indikator, Standar (Nilai), Batas Waktu Pencapaian  
dan Uraian SPM

Paragraf 1  
Jenis Pelayanan

Pasal 59

- (1) BLUD RSUDAM mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya penyembuhan (kuratif), Pemulihan (rehabilitatif) yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya pencegahan (preventif), peningkatan (promotif) serta upaya rujukan.
- (2) Jenis pelayanan pada BLUD RSUDAM meliputi:
  - a. pelayanan gawat darurat;
  - b. pelayanan rawat jalan;
  - c. pelayanan rawat inap;
  - d. pelayanan bedah;
  - e. pelayanan persalinan dan perinatologi;
  - f. pelayanan intensif;
  - g. pelayanan radiologi;
  - h. pelayanan laboratorium patologi klinik;
  - i. pelayanan rehabilitasi medik;
  - j. pelayanan farmasi;
  - k. pelayanan gizi;
  - l. pelayanan transfusi darah;
  - m. pelayanan keluarga miskin;
  - n. pelayanan rekam medis;
  - o. pelayanan pengelolaan limbah;
  - p. pelayanan administrasi manajemen;
  - q. pelayanan ambulans/kereta jenazah;
  - r. pelayanan pemusaran jenazah;
  - s. pelayanan laundry;
  - t. pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit;
  - u. pelayanan pencegahan pengendalian infeksi;
  - v. pelayanan HIV/AIDS;
  - w. pelayanan Geriatri;
  - x. pelayanan Anak dan Remaja; dan
  - m. pelayanan NAPZA.

Paragraf 2

Indikator, Standar (Nilai), Batas Waktu Pencapaian dan Uraian Standar SPM

Pasal 60

Indikator, standar (nilai), batas waktu pencapaian dan uraian SPM dari jenis pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 59 tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari peraturan ini.

Bagian Ketiga  
Pelaksanaan SPM

Pasal 61

- (1) BLUD RSUDAM wajib melaksanakan pelayanan kesehatan dan penunjang pelayanan kesehatan berdasarkan SPM.
- (2) Direktur RSUDAM bertanggungjawab dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan dan penunjang pelayanan kesehatan sesuai SPM.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan sesuai SPM dilaksanakan oleh pegawai dengan kualifikasi dan kompetensi berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Keempat  
Pembinaan dan Pengendalian

Paragraf 1  
Pembinaan

Pasal 62

- (1) Pembinaan SPM BLUD RSUDAM dilakukan oleh Gubernur melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitas, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan latihan atau bantuan teknis lainnya yang mencakup:
  - a. perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai SPM;
  - b. penyusunan rencana pencapaian SPM dan penetapan target tahunan pencapaian SPM;
  - c. penilaian prestasi kerja pencapaian SPM; dan
  - d. pelaporan prestasi kerja pencapaian SPM.

Paragraf 2  
Pengendalian

Pasal 63

- (1) Pengendalian internal dilakukan oleh jajaran manajemen BLUD RSUDAM.
- (2) Fungsi pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah:
  - a. pengamanan harta kekayaan;
  - b. menciptakan akurasi sistem informasi keuangan;
  - c. menciptakan efisiensi dan produktivitas; dan
  - d. mendorong dipatuhinya kebijakan manajemen dalam penerapan Praktek Bisnis yang Sehat.

Bagian Kelima  
Pendanaan

Pasal 64

Pendanaan pelaksanaan pelayanan untuk pencapaian target sesuai SPM dibebankan pada:

- a. APBD; dan
- b. sumber lain yang sah dan tidak mengikat.

BAB V  
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 65

Pada saat Peraturan Gubernur ini mulai berlaku, maka Peraturan Gubernur Lampung Nomor 40 Tahun 2016 tentang Pola Tata Kelola Rumah Sakit (*Hospital ByLaws*) Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Gubernur Nomor 40 Tahun 2019 Tentang Perubahan Atas Peraturan Gubernur Lampung Nomor 40 Tahun 2016 tentang Pola Tata Kelola Rumah Sakit (*Hospital ByLaws*) Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung, dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 66

Peraturan Gubernur ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang dapat mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Gubernur ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Provinsi Lampung.

Ditetapkan di Bandar Lampung  
pada tanggal 22 - 10 - 2024

**Pj. GUBERNUR LAMPUNG,**

ttd

**SAMSUDIN**

Diundangkan di Bandar Lampung  
pada tanggal 22 - 10 - 2024  
**SEKRETARIS DAERAH PROVINSI LAMPUNG,**

ttd

**FAHRIZAL DARMINTO**

**BERITA DAERAH PROVINSI LAMPUNG TAHUN 2024 NOMOR 27**

Salinan sesuai aslinya  
**KEPALA BIRO HUKUM,**



**PUADI JAILANI, SH, MH.**

Pembina Utama Muda

NIP. 19650905 199103 1 004

LAMPIRAN I : PERATURAN GUBERNUR LAMPUNG  
NOMOR : 27 TAHUN 2024  
TANGGAL : 22 - 10 - 2024

**RENCANA STRATEGIS BISNIS (RSB) RSUD DR. H. ABDUL MOELOEK  
PROVINSI LAMPUNG PERIODE 2024 - 2026**

**KATA PENGANTAR**

Puji Syukur Kehadirat Allah SWT RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung dapat merampungkan Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung periode 2024 - 2026.

Penyusunan Rencana Strategis Bisnis RSUD Dr.H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2024 - 2026 merupakan kewajiban dalam masa transisi peralihan mendukung Visi dan Misi Gubernur Provinsi Lampung periode 2024 - 2026 sebagaimana tertuang dalam dokumen Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Provinsi Lampung Tahun 2024 - 2026

RSB ini merupakan kerangka kerja RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2024 - 2026 yang selanjutnya akan menjadi acuan RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung dalam menyusun Rencana Bisnis Anggaran (RBA) setiap tahunnya. RSB ini diharapkan menjadi arahan serta dapat lebih mendorong kita untuk mewujudkan sistem perencanaan yang berkualitas.

Semoga Rencana Strategi Bisnis ini bermanfaat bagi semua pihak terutama RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.

Wassalamu'alaikum Wr.Wb.

## RINGKASAN EKSEKUTIF

---

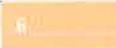
RSUD Dr. H. Abdoel Moeloek saat ini merupakan rumah sakit kelas A pendidikan yang mempunyai visi “Rumah Sakit Unggul dalam Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian Kesehatan di Sumatera”. Untuk mewujudkan visi tersebut, dijabarkan dalam misi dan langkah-langkah Strategik, dengan didasari oleh nilai-nilai luhur dan budaya kerja rumah sakit yang diyakini akan mampu memberikan inspirasi kepada segenap karyawan untuk bersama mewujudkan visi tersebut.

Berdasarkan analisa data dari tahun 2021 s/d 2023 pelanggan RSUD Dr. H. Abdoel Moeloek dari tahun ke tahun semakin meningkat, dengan sedikit penurunan pada tahun 2019 dikarenakan peningkatan status menjadi Kelas A sehingga mengalami keterbatasan dalam pelayanan pasien JKN. Pada tahun 2020 terjadi penurunan pasien yang signifikan dikarenakan adanya Pandemi Covid-19. Berdasarkan Analisa SWOT (*Strength, Weakness, Opportunities, Treaths*), posisi siklus bisnis RSUD Dr. H. Abdul Moeloek terletak pada **kwadran V/ posisi Hold/Maintain (Strategi Market Penetration, Market/Product developmen**. Strategi bisnis yang harus dilakukan adalah diversifikasi produk/pasar dengan cara memaksimalkan faktor-faktor kelemahan untuk memanfaatkan peluang untuk pelayanan kesehatan rumah sakit serta meningkatkan pemasaran rumah sakit .

Berdasarkan siklus kehidupan bisnis yang dapat dilihat dari CRR (*Cost Recovery Rate*) , kemampuan rumah sakit semakin meningkat dari tahun 2018 sebesar 42,5 % menjadi 75,08 pada tahun 2020. RSUD Dr. H. Abdoel Moeloek menetapkan langkah-langkah strategis dengan menggunakan pendekatan *Balance Score Card*, yaitu menentukan sasaran strategik berdasarkan 4 perspektif yaitu perspektif sumber daya manusia (pertumbuhan dan pembelajaran), perspektif bisnis internal, perspektif pelanggan, dan perspektif keuangan. Program-program yang dituangkan di Rencana Strategi Bisnis RSUD Dr. H. Abdoel Moeloek ini ditekankan pada strategi pengembangan *core* bisnis rumah sakit dengan tidak meninggalkan program-program penunjang *core* bisnis.

Proses kegiatan dalam analisis situasi organisasi dilakukan dengan sistematis berturut-turut yaitu analisis lingkungan eksternal, analisis lingkungan internal, tujuan jangka panjang, Matriks Internal-Eksternal matriks SWOT, pemilihan alternatif strategi, penentuan prioritas strategi, penyesuaian strategi, dan penentuan prioritas penyesuaian strategi.

---



<b>BAB IV .....</b>	<b>63</b>
<b>TUJUAN DAN SASARAN .....</b>	<b>63</b>
4.1 TUJUAN : .....	63
TUJUAN MISI 3 PROVINSI LAMPUNG .....	63
4.2 SASARAN .....	63
<b>STRATEGI DAN ARAH KEBIJAKAN .....</b>	<b>65</b>
STRATEGI DAN ARAH KEBIJAKAN .....	65
5.1 ANALISIS SWOT .....	65
5.2 ANALISA INTERNAL .....	68
5.3 ANALISA EKSTERNAL .....	69
5.4 SIKLUS KEHIDUPAN BISNIS .....	70
<b>BAB VI .....</b>	<b>73</b>
<b>RENCANA PROGRAM, KEGIATAN DAN KEUANGAN .....</b>	<b>73</b>
6.1 ESTIMASI PERMINTAAN KEGIATAN .....	74
<b>TABEL 33 .....</b>	<b>74</b>
<b>ESTIMASI PERMINTAAN PELAYANAN DIREKTORAT PELAYANAN .....</b>	<b>74</b>
<b>CATATAN : .....</b>	<b>74</b>
<b>ESTIMASI PERMINTAAN LAYANAN DIAMBIL BERDASARKAN PERHITUNGAN FORECAST DARI LAYANAN 3 TAHUN SEBELUMNYA .....</b>	<b>74</b>
<b>TABEL 34 .....</b>	<b>75</b>
<b>ESTIMASI PERMINTAAN PELAYANAN DIREKTORAT PELAYANAN .....</b>	<b>75</b>
6.2 ESTIMASI PENDAPATAN .....	77
6.3. MATRIKS PROGRAM DAN KEGIATAN RENCANA BISNIS TAHUN 2025 s/d 2026 .....	81
<b>BAB VII KINERJA YANG MENGACU PADA TUJUAN DAN SASARAN RPJMD .....</b>	<b>83</b>
<b>BAB VIII PENUTUP .....</b>	<b>84</b>

## **BAB I PENDAHULUAN**

---

### **1.1 LATAR BELAKANG**

Rencana Strategis merupakan konsep yang digunakan dalam berbagai organisasi untuk menentukan arah, tujuan, dan masa depan yang hendak dicapai secara komprehensif. Rencana Strategis menjadi perangkat penting bagi organisasi untuk menjelaskan apa yang hendak dicapai secara bertahap, berkelanjutan dan berkeadilan.

RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung keberadaannya dibutuhkan untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Sebagai Rumah Sakit Kelas A maka kemampuan RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung dalam memberikan pelayanan harus bisa diandalkan, secara bermutu dan paripurna. Pelayanan rumah sakit yang bermutu adalah pelayanan yang memenuhi dimensi mutu yaitu pelayanan sesuai dengan kompetensi teknis, akses terhadap pelayanan terpenuhi, kontinuitas, hubungan antar manusia, aman, efektif, efisien, dan memberikan kenyamanan, dan keamanan seluruh pengguna rumah sakit.

Adanya perubahan yang dinamis dalam rangka mengikuti perkembangan zaman menyebabkan perlunya dilakukan revisi Rencana Strategi Bisnis yang telah ada. Adanya perubahan tatanan Pemerintah Pusat maupun Daerah membawa perubahan dalam rencana pengembangan rumah sakit.

Rencana Strategis Bisnis RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2024 – 2026 ini merupakan transisi menuju Indonesia Emas 2045, yang merupakan pemberi arah untuk mencapai tujuan dan visi rumah sakit dengan kurun waktu 2 tahun kedepan. Rencana Strategis Bisnis RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2024 – 2026 merupakan kelanjutan dari Rencana Strategi Bisnis 2020 – 2024 yang disusun dengan memperhatikan keselarasan dan kesinambungan antara Revisi Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJMD) Provinsi Lampung tahun 2024- 2026. Penyusunan RPJM Provinsi Lampung mengacu kepada RPJMD Provinsi Lampung 2024-2026, visi, misi, dan prioritas Gubernur sebagai Kepala Daerah. RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung sebagai salah satu organisasi perangkat daerah Provinsi Lampung berkewajiban menyusun Rencana Strategis (Renstra).

Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung disusun sebagai langkah awal untuk melaksanakan RPJMD Provinsi Lampung yang dalam penyusunannya dilakukan analisis lingkungan baik internal rumah sakit mampu external dengan memperhitungkan kekuatan (*strenghts*), kelemahan (*weaknesses*), peluang (*opportunities*), dan tantangan (*treats*). Analisa lingkungan internal digunakan untuk menyusun peta masalah yang selama ini berkembang dan belum dapat terpecahkan, sedangkan analisa external lingkungan adalah upaya yang dilakukan untuk mencukupi standar rumah sakit Kelas A Peraturan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, selain juga dalam memenuhi standar sebagai rumah sakit Jejaring Pengampunan untuk 9 (sembilan) dari 10 (sepuluh) Layanan Prioritas yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Rencana Strategis Bisnis dimaksudkan untuk mengembangkan strategi secara efektif dan efisien demi terciptanya landasan bagi pengambilan keputusan dalam menghadapi kondisi yang terus berubah. Rencana strategis memuat visi, misi, tujuan, strategi, kebijakan, program dan kegiatan sesuai dengan tugas pokok dan fungsi RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung dan berpedoman kepada RPJMD, serta bersifat indikatif. Rencana strategis juga merupakan dokumen publik yang memberikan gambaran wujud pelayanan yang dapat diberikan oleh RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung hingga 2 (dua) tahun mendatang.

RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung merupakan Organisasi Perangkat Daerah sesuai dengan bidang tugasnya membantu Kepala Daerah dalam penyelenggaraan pemerintahan di bidang Kesehatan. Selanjutnya Renstra RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung merupakan bagian dari kontrak kinerja Direktur RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung dengan Kepala Daerah Provinsi Lampung.

Rencana Strategis Bisnis merupakan komitmen RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung yang digunakan sebagai tolok ukur dan alat bantu bagi perumusan kebijakan penyelenggaraan pemerintahan khususnya dalam kebijakan dibidang pelayanan kesehatan serta sebagai pedoman dan acuan dalam mengembangkan dan meningkatkan kinerja sesuai dengan kewenangan, tugas pokok dan fungsi RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung dengan mempertimbangkan kekuatan dan kelemahan yang dimiliki, serta peluang dan ancaman yang dihadapi dalam rangka mendukung pencapaian visi Provinsi Lampung, yaitu '**Rakyat Lampung Berjaya**'.

## 1.2 LANDASAN HUKUM

DASAR HUKUM	TENTANG
Undang – Undang Nomor : 36 Tahun 2009	Kesehatan
Undang – undang Nomor : 44 Tahun 2009	Rumah Sakit
Undang – Undang Nomor : 5 Tahun 2014	Aparatur Sipil Negara
Undang – Undang Nomor : 1 Tahun 2022	Hubungan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah
Peraturan Pemerintah Nomor : 23 Tahun 2005	Pengelolaan Keuangan BLUD
Peraturan Pemerintah Nomor : 74 Tahun 2012	Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005
Peraturan Pemerintah Nomor : 17 Tahun 2020	Manajemen Pegawai Negeri Sipil
Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor : 79 Tahun 2018	Badan Layanan Umum Daerah
Peraturan Menteri dalam Negeri Nomor : 90 tahun 2019	Klasifikasi, Kodefikasi dan Nomenklatur Perencanaan Pembangunan dan Keuangan Daerah
Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020	Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit
Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor : 1 Tahun 2020	Pedoman Analisis Jabatan dan Analisis Beban Kerja
Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 129/Menkes/SK/II/2008	Standar Pelayanan Mininal Rumah Sakit

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : HK.01.07/Menkes/633/2018	Penetapan RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Sebagai Rumah Sakit Pendidikan Utama Untuk Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.
Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor : HK.02.02/I/1875/2019	Izin Operasional RSUD Dr H Abdul Moeloek sebagai Kelas A
Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 050-3708 Tahun 2020	Hasil Verifikasi dan Validasi Pemutakhiran Klasifikasi, Kodefikasi dan Nomenklatur Perencanaan Pembangunan dan Keuangan Daerah;
Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : HK.01.07/Menkes/1351/2022	Penetapan RSUD Dr H Abdul Moeloek Sebagai Rumah Sakit Pendidikan Utama untuk Fakultas Kedokteran Universitas Lampung
Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : HK.01.07/Menkes/1336/2023	Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanan Stroke
Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : HK.01.07/Menkes/1337/2023	Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanan Kanker
Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : HK.01.07/Menkes/1338/2023	Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanan Gastrohepatologi
Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : HK.01.07/Menkes/1339/2023	Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanan Uronefrologi
Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : HK.01.07/Menkes/1340/2023	Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak
Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : HK.01.07/Menkes/1341/2023	Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanan Kardiovaskular
Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : HK.01.07/Menkes/1342/2023	Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanan Respirasi dan Tuberkulosis
Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : HK.01.07/Menkes/1344/2023	Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanan Diabetes Melitus
Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : HK.01.07/Menkes/1491/2023	Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanan Penyakit Infeksi Emerging
Keputusan Direktur Jenderal Tenaga Kesehatan Nomor : HK.02.02/F/2242/2023	RSUD Dr H Abdul Moeloek Provinsi Lampung sebagai Institusi Penyelenggara Pelatihan Bidang Kesehatan (Status Akreditasi B)



	Akreditasi
	Tarif
Peraturan Daerah Provinsi Lampung Nomor : 1 Tahun 2011, Tanggal 22 Maret 2011 lembar Daerah No.1 Tahun 2011	Tarif Pelayanan Kelas III RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung
Peraturan Gubernur Lampung Nomor: 06 Tahun 2019	Tarif Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan, IGD, Kelas II, Kelas Khusus, Kelas I, Kelas Utama (VIP, VVIP A, VVIP B) pada RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung
Peraturan Gubernur Lampung Nomor: 11 tahun 2020	Pembentukan, Organisasi dan tata Kerja Rumah Sakit Daerah pada Dinas Kesehatan Provinsi Lampung
Peraturan Gubernur Lampung Nomor: 59 tahun 2021	Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja (SOTK) Perangkat Daerah
Peraturan Gubernur Lampung Nomor: 1 tahun 2022	Pedoman Pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah
Peraturan Gubernur Lampung Nomor: 22 tahun 2023	Sistem Kerja untuk Penyederhanaan Birokrasi
Keputusan Gubernur Lampung Nomor: G/605/B.V/HK/2009	Penetapan Intansi Pemerintah Daerah Provinsi Lampung yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD).
Keputusan Gubernur Lampung Nomor: G/621/VI.02/HK/2019	Penetapan RSUD Dr. H Abdul Moeloek Provinsi Lampung Sebagai Unit Kerja Organisasi Perangkat Daerah Provinsi Lampung Yang Menerapkan Badan Layanan Umum Daerah
Keputusan Gubernur Lampung Nomor: G/778/B.07/HK/2022	Penetapan Hasil Analisis Jabatan dan Analisis Beban Kerja Pada RSUD Dr H Abdul Moeloek Provinsi Lampung
Keputusan Direktur RSUD Dr H Abdul Moeloek Provinsi Lampung Nomor: 180/18.H/VII.01/7.2/IV/2022	Penetapan Instalasi dan Unit RSUD Dr H Abdul Moeloek Provinsi Lampung

### 1.3 MAKSUD DAN TUJUAN

#### A. MAKSUD

Maksud Penyusunan Rencana Strategi Bisnis RSUD dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2024 - 2026 disusun adalah sebagai acuan dan pedoman seluruh jajaran RSUD dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung dalam menjalankan Tugas Pokok Dan Fungsi RS serta pencapaian Visi & Misi secara berkesinambungan. Rencana Strategi Rumah Sakit merupakan rancangan awal yang merupakan bagian dari RPJPD Provinsi Lampung tahun 2024 - 2045

#### B. TUJUAN

Tujuan Rencana Strategi Bisnis tahun 2024 - 2026 yang disusun oleh RSUD dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung adalah sebagai berikut

1. Menjabarkan Visi dan Misi serta Kebijakan RSUD dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung ke dalam program dan kegiatan untuk jangka waktu 2 (dua) tahun 2024 dan 2026
2. Menjadi pedoman penyusunan Rencana Kerja (RENJA) tahunan yang terdiri atas dokumen RKA OPD dan RBA BLUD, dalam Lima Tahunan sehingga dapat melaksanakan amanat Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah Tahun 2024 - 2026.
3. Memberikan pedoman dalam penyusunan evaluasi kinerja Tahunan RSUD dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung .
4. Tersusunnya system monitoring pelayanan Rumah Sakit sehingga memudahkan pemangku kebijakan (*Stakeholder*) berperan aktif untuk tujuan dan sasaran.

### 1.4 SISTEMATIKA PENULISAN

#### Bab I. Pendahuluan.

Bab ini menguraikan latar belakang, landasan hukum penyusunan, maksud dan tujuan penyusunan Rencana Strategis Bisnis, hubungan antar dokumen RPJPD dengan dokumen rencana pembangunan daerah lainnya, serta sistematika penulisan.

## **Bab II. Gambaran Pelayanan RSUD dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung**

Bab ini memaparkan informasi tentang peran (tugas dan fungsi) RSUD dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung dalam penyelenggaraan urusan pemerintahan daerah, mengulas secara ringkas apa saja sumber daya yang dimiliki RSUD dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung dalam penyelenggaraan tugas dan fungsinya, mengemukakan capaian-capaian penting yang telah dihasilkan melalui pelaksanaan RSB RSUD dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung periode sebelumnya, mengemukakan capaian program prioritas RSUD dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung yang telah dihasilkan melalui pelaksanaan RPJMD periode sebelumnya, dan mengulas hambatan-hambatan utama yang masih dihadapi dan dinilai perlu dituangkan dalam RSB RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.

## **Bab III. Isu-isu Strategis Berdasarkan Tugas Pokok dan Fungsi.**

Bab ini memaparkan tentang identifikasi permasalahan berdasarkan tupoksi, telaahan visi misi dan program Kepala Daerah Provinsi Lampung, telaahan rencana strategi Kementerian Kesehatan dan penentuan isu-isu strategis.

## **BAB IV. Visi, Misi, Tujuan dan Sasaran Strategi dan Kebijakan.**

Bab ini memaparkan tentang identifikasi permasalahan berdasarkan Visi dan Misi RSUD dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung, Tujuan dan Sasaran Jangka Menengah RSUD dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung

## **BAB V. Strategi dan Arah Kebijakan.**

Bab ini memaparkan tentang identifikasi Strategi dan Arah Kebijakan RSUD dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung

## **BAB VI. Rencana Program, Kegiatan dan Keuangan**

Pada bagian ini dikemukakan rencana program dan kegiatan, rencana pengembangan layanan, indikator kinerja, dan rencana keuangan selama periode Renstra.

**BAB II**  
**GAMBARAN PELAYANAN RSUD DR. H. ABDUL MOELOEK**

---

**2.1 TUGAS POKOK, FUNGSI DAN STRUKTUR ORGANISASI**

Sebagaimana tercantum dalam Peraturan Gubernur Lampung nomor 59 tahun 2021 tentang Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja (SOTK) Perangkat Daerah, RSUD Dr. H. Abdul Moeloek mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Untuk menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), RSUD Dr. H. Abdul Moeloek, mempunyai fungsi:

- a. penyusunan rencana program dan anggaran;
- b. pengelolaan pelayanan medis;
- c. pengelolaan pelayanan penunjang medis;
- d. pengelolaan pelayanan penunjang non medis;
- e. pengelolaan pelayanan keperawatan;
- f. pengelolaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan;
- g. pengelolaan perencanaan, pengembangan pelayanan kesehatan;
- h. pengelolaan sumber daya manusia;
- i. pelaksanaan kerjasama;
- j. pengelolaan sistem informasi;
- k. pelaksanaan urusan hukum, organisasi, dan hubungan masyarakat;
- l. pengelolaan keuangan dan barang milik negara;
- m. pelaksanaan urusan umum; dan
- n. pemantauan, evaluasi, dan pelaporan.

Susunan Organisasi RSUD Dr H Abdul Moeloek Provinsi Lampung terdiri dari :

- a. Direktur
- b. Wakil Direktur Keperawatan, Pelayanan dan Penunjang Medik, membawahi :
  1. Bidang Keperawatan
  2. Bidang Pelayanan Medik
  3. Bidang Penunjang Medik



- c. Wakil Direktur Pendidikan, Pengembangan SDM dan Hukum, membawahi :
  - 1. Bidang Pengembangan Sumber Daya Manusia
  - 2. Bidang Hukum
- d. Wakil Direktur Umum dan Keuangan, membawahi :
  - 1. Bagian Keuangan
  - 2. Bagian Perencanaan dan Anggaran
  - 3. Bagian Umum dan Rumah Tangga
- e. Komite Medik
- f. Komite Keperawatan
- g. Satuan Pengawas Internal
- h. Kelompok Jabatan Fungsional

**Direktur :**

Direktur RSUD Dr. H. Abdul Moeloek mempunyai tugas mempunyai tugas memimpin, mengendalikan dan mengawasi serta mengkoordinasikan penyelenggaraan RSUD Dr. H. Abdul Moeloek, membantu Kepala Dinas Kesehatan dalam menyelenggarakan urusan Pemerintahan Bidang Kesehatan berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Untuk melaksanakan tugas dimaksud, Direktur Utama, mempunyai fungsi :

- a. perumusan kebijakan, perencanaan, dan penetapan standar/pedoman RSUD Dr. H. Abdul Moeloek;
- b. pembinaan, pengendalian dan pengawasan serta koordinasi dengan seluruh wakil direktur dan pelaksana tugas dan fungsi unsur organisasi;
- c. pelaksanaan evaluasi, pencatatan dan pelaporan penyelenggaraan kegiatan RSUD Dr. H. Abdul Moeloek;
- d. penyelenggaraan administrasi RSUD Dr. H. Abdul Moeloek;
- e. penyelenggaraan pembinaan, menjalin hubungan dan koordinasi dengan instansi/pihak lain; dan
- f. pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh atasan.

**Wakil Direktur Keperawatan, Pelayanan dan Penunjang Medik:**

Wakil Direktur Keperawatan, Pelayanan dan Penunjang Medik mempunyai tugas sebagai penanggungjawab penyelenggaraan pelayanan medis, pelayanan keperawatan, dan pelayanan penunjang medik di instalasi/ruang yang ada dibawahnya.

Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud diatas, Wakil Direktur Keperawatan, Pelayanan dan Penunjang Medik, mempunyai fungsi:

- a. perumusan kebijakan, perencanaan, dan penyelenggaraan kegiatan dalam ruang lingkup keperawatan, pelayanan dan penunjang medik;
- b. pembinaan, pengendalian dan pengawasan serta koordinasi instansi terkait tenaga medik, keperawatan dan non medik dalam ruang lingkup keperawatan, pelayanan dan penunjang medik;
- c. pelaporan dan evaluasi penyelenggaraan kegiatan dalam ruang lingkup keperawatan, pelayanan dan penunjang medik;
- d. pelaksanaan administrasi RSUD Dr. H. Abdul Moeloek; dan
- e. pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh atasan.

**Wakil Direktur Pendidikan, Pengembangan Sumber Daya Manusia dan Hukum:**

Wakil Direktur Pendidikan, Pengembangan Sumber Daya Manusia dan Hukum mempunyai tugas memimpin, memfasilitasi penyelenggaraan pendidikan profesi kedokteran, pendidikan profesi keperawatan, pendidikan profesi tenaga kesehatan lainnya, perencanaan dan pengembangan sumber daya manusia, bantuan hukum dan perlindungan, serta pelaksanaan kerjasama antar lembaga dan institusi pendidikan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud diatas, Wakil Direktur Pendidikan, Pengembangan SDM dan Hukum mempunyai fungsi :

- a. perumusan kebijakan, perencanaan, dan penyelenggaraan kegiatan pendidikan, pengembangan SDM dan hukum;
- b. pengelolaan pendidikan dan pembelajaran klinis di Rumah Sakit;
- c. pengembangan SDM meliputi perencanaan dan pengelolaan peningkatan kompetensi SDM dalam rangka peningkatan pelayanan rumah sakit;
- d. pelaksanaan urusan hukum, penataan organisasi dan tata laksana rumah sakit; dan
- e. pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh atasan.

### **Wakil Direktur Umum dan Keuangan :**

Wakil Direktur Umum dan Keuangan mempunyai tugas merumuskan kebijakan, mengembangkan, mengoordinasikan, mengawasi, membina dan mengendalikan kegiatan perencanaan program dan anggaran, pengelolaan dan penata usahaan keuangan, penyelenggaraan administrasi perkantoran, kepegawaian, perlengkapan dan rumah tangga serta pengkoordinasian instalasi.

Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud diatas, Wakil Direktur Umum dan Keuangan, mempunyai fungsi :

- a. perumusan kebijakan umum, perencanaan dan pengelolaan keuangan;
- b. penyusunan program dan anggaran;
- c. penyelenggaraan urusan hubungan masyarakat, publikasi dan pelayanan data informasi;
- d. penyelenggaraan penata usahaan keuangan;
- e. pelaksanaan kegiatan administrasi perkantoran;
- f. penyelenggaraan administrasi kepegawaian;
- g. penyelenggaraan administrasi pengelolaan barang, perlengkapan dan rumah tangga;
- h. pemantauan, evaluasi, dan pelaporan kegiatan.
- i. pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh atasan.

### **Satuan Pengawas Internal**

Satuan Pengawas Internal mempunyai tugas membantu Direktur RSUD Dr.H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung dalam melakukan pengawasan internal operasional, pengendalian dan melakukan analisis, penilaian serta pemberian saran terhadap seluruh proses operasional RSUD Dr.H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung sesuai standar yang berlaku.

### **Komite Medik**

Komite Medik mempunyai tugas membantu Direktur RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung dalam menyusun standar pelayanan dan memantau pelaksanaannya serta meningkatkan program pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan dalam bidang medis.

### **Komite Keperawatan**

Komite Keperawatan mempunyai tugas membantu Direktur RSUD Dr.H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung dalam menyusun standar asuhan keperawatan, pembinaan etika profesi keperawatan serta mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme keperawatan.

### 2.1.1 Sumber Daya Manusia

Sumber daya manusia di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung terdiri dari tenaga medis, tenaga kefarmasian, tenaga keperawatan, tenaga kesehatan lain dan tenaga Non Kesehatan dengan perincian sebagaimana tersebut di bawah ini. Data ketersediaan dan kebutuhan SDM di RSUD Dr H Abdul Moeloek disusun berdasarkan :

- Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor : 26 Tahun 2011 tentang Pedoman Penghitungan Jumlah Kebutuhan Pegawai Negeri Sipil Untuk Daerah
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor : 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit
- Peraturan Kepala Badan Kepegawaian Negara Nomor : 19 Tahun 2011 tentang Pedoman Penyusunan Kebutuhan Pegawai Negeri Sipil

**Tabel 1**  
**Kebutuhan Tenaga Berdasarkan Aplikasi Analisa Jabatan & Analisa Beban Kerja dan SK Tenaga Kontrak dan TKS pada RSUD Dr H Abdul Moeloek Provinsi Lampung**

No	JENIS TENAGA	KETERSEDIAAN						KEBUTUHAN ANJAB	+/-
		PNS	CPNS	PPPK	KONTRAK	TKS	TENAGA DIPERBAN TUKAN		
1	Medis	123	5	7	9	10	29	358	-175
2	Psikologis Klinis	0	1	00	0	0	0	4	-3
3	Keperawatan	369	16	35	98	6	0	790	-266
4	Kebidanan	53	0	3	44	5	0	72	33
5	Kefarmasian	29	4	6	4	0	0	76	-33
6	Kesehatan Masyarakat	4	0	0	0	0	0	40	-36
7	Kesehatan Lingkungan	1	4	3	0	0	0	19	-11
8	Gizi	15	0	3	2	0	0	40	-20
9	Keterampilan Fisik	10	3	5	0	0	0	32	-14
10	Keteknisian Medis	18	6	4	1	3	0	97	-65
11	Keteknisian Biomedik	67	21	11	6	0	0	152	-47
12	Tenaga Kesehatan Lain	2	0	0	0	0	0	6	-4
13	Non Kesehatan	269	0	0	218	0	0	507	-20
	<b>TOTAL</b>	<b>960</b>	<b>60</b>	<b>77</b>	<b>382</b>	<b>24</b>	<b>29</b>	<b>2.193</b>	<b>-661</b>

Sumber : Sub Bagian Kepegawaian Des 2023

Tabel 1 Kebutuhan tenaga

**Tabel 2**  
**Ketersediaan Tenaga Dokter Spesialis / Sub Spesialis berdasar Peraturan Menteri Kesehatan Nomor : 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit**

No	Spesialisasi	Spesialis	Jumlah	Sub Spesialisasi / Konsultan	Jumlah
1	Bedah	Bedah umum	4	Konsultan Onkologi	2
				Konsultan Digestif	2
		Orthopedi	6	Konsultan Lower Ekstremitas	1
				Konsultan Spine	1
				Konsultan Anak	1
		Urologi	6	-	-
		Bedah Saraf	3	-	-
		Bedah Plastik Rekonstruksi Estetik	1	-	-
		Bedah Anak	3	Konsultan Digestif	1
Bedah Thoraks Kardiovaskular	1	-	-		
2	Penyakit Dalam	Penyakit Dalam	16	Konsultan Gastro Enterologi Hepatologi (KGEH)	1
				Konsultan Ginjal Hipertensi (KGH)	3
				Konsultan Hemato Onkologi (KHOM)	1
				Konsultan Rheumatoid (KR)	1
				Konsultan Penyakit Tropik Infeksi (KPTI)	1
				Konsultan Endokrin	1
3	Anak	Anak	11	Konsultan Perinatologi	2
				Konsultan Hemato Onkologi	1
				Konsultan Endokrin	1
				Konsultan Neurologi	1
				Konsultan Kardiologi	1
				Konsultan Nefrologi	1
4	Kebidanan & Kandungan	Kebidanan & Kandungan	14	Konsultan Obsgyn Sosial	3
				Konsultan Onkologi	2
				Konsultan Fertilitas Endokrinologi Reproduksi (FER)	1
				Konsultan Fetomaternal	1
				Konsultan Uroginekologi	1
5	Anestesi & Terapi Intensif	Anestesi	12	Konsultan Intensive Care (KIC)	2
				Konsultan Manajemen Nyeri (KMN)	1
				Konsultan Neuro Anestesi (KNA)	1

				Konsultan Kardiologi	1
				Fellow Kardiologi	1
6	Radiologi	Radiologi	5	Konsultan Anak	1
				Konsultan Mammografi	1
7	Patologi Klinik	Patologi Klinik	3	Konsultan Infeksi	1
8	Patologi Anatomi	Patologi Anatomi	4	-	-
9	Mikrobiologi Klinik	Mikrobiologi Klinik	1	-	-
10	Mata	Mata	4	Konsultan Vitreo Retina	1
				Fellow Galukomaa	1
				Fellow Rekonstruksi Okuloplasti	1
				Fellow Phacoemulsion	1
11	Forensik	Forensik Medicine	3	-	-
12	THT - KL	THL-KL	4	-	-
13	Saraf	Saraf	6	Fellow Neurofisiologi	1
14	Jantung Pembuluh Darah	Jantung Pembuluh Darah	8	Konsultan Kardiologi Intervensi	1
				Konsultan Preventif & Rehab Kardovaskular	1
				Konsultan Intensif & Kegawatdaruratan Kardiovascular	1
15	Kulit Kelamin	Kulit Kelamin	3	-	-
16	Paru	Paru	6	Konsultan Infeksi Paru	1
				Konsultan Asma & PPOK	1
				Konsultan Kegawatdaruratan Nafas	1
				Konsultan Onkologi	1
17	Rehabilitasi Medik	Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi	3	-	-
18	Onkologi Radiasi	Onkologi radiasi	2	-	-
19	Gizi Klinik	Gizi Klinik	1	-	-
20	Gigi & Mulut	Bedah Mulut	2	Konsultan COMF	1
				Konsultan TMF - TMJ	1
		Konservasi Gigi Anak	1	-	-
		Prostodonti	1	-	-
		Orthodonti	1	-	-
	<b>TOTAL</b>				

Sumber : Bidang Pelayanan Medik, Des 2023

Tabel 2 Ketersediaan Dokter Spesialis / Sub Spesialis

## 2.1.2 SARANA DAN PRASARANA

**Tabel 3**  
**SARANA, PRASARANA DAN FASILITAS**  
**RSUD DR.H. ABDUL MOLOEK**

NO	SARANA PRASARANA	KETERANGAN
1	Luas Tanah	83.916 m <sup>2</sup>
2	Luas Bangunan	56.590 m <sup>2</sup>
3	Luas Ruang Terbuka Hijau	14.238 m <sup>2</sup>
4	Luas Lahan Parkir	13.088 m <sup>2</sup>
5	Daya Listrik PLN Generator	2.124 KVA dengan 3 ID Pelanggan dengan kapasitas 1.730 KVA, 197 KVA, 197 KVA Genset 5 dengan kapasitas total 3.560 KVA
6	Sumber Air	11 unit sumur bor

Sumber : Sub.Bag Rumah Tangga Januari 2022

Tabel 3 Sarana, Prasaran dan Fasilitas

## 2.2 KINERJA PELAYANAN.

RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung adalah instansi pemerintah yang memberikan pelayanan publik di bidang kesehatan dan rujukan kesehatan perorangan, menawarkan beberapa produk pelayanan dan jasa yang bersifat spesialistik dan sub spesialistik serta profesional kepada masyarakat, diantaranya adalah:

### 2.2.1 FASILITAS KESEHATAN

Berdasarkan Surat Keputusan Direktur RSUD Dr. H Abdul Moeloek nomor : 180/11.H/VII.01/7.2/V/2020 tentang Penetapan Instalasi dan Unit RSUD Dr. H Abdul Moeloek, terdiri dari :

#### I. INSTALASI DI BAWAH KOORDINASI WADIR KEPERAWATAN, PELAYANAN DAN PENUNJANG MEDIK

1. Instalasi Gawat Darurat
2. Instalasi Rawat Jalan

Terdiri dari klinik sebagai berikut :

1. Klinik Penyakit Dalam
2. Klinik Geriatri
3. Klinik Konsultasi Gizi dan Pendaftaran Operasi
4. Klinik Nyeri
5. Klinik Tumbuh Kembang
6. Klinik Jantung

7. Klinik Anak
  8. Klinik Bedah
  9. Klinik Anestesi
  10. Klinik Jiwa
  11. Klinik Paru
  12. Klinik Saraf
  13. Klinik Urologi
  14. Klinik Bedah Orthopedi
  15. Klinik Bedah Umum
  16. Klinik Bedah Onkologi
  17. Klinik Bedah Saraf
  18. Klinik Bedah Anak
  19. Klinik Bedah Plastik Rekonstruksi Estetik
  20. Klinik Bedah Digestif
  21. Klinik Kebidanan dan Menopause
  22. Klinik Kulit Kelamin
  23. Klinik THT
  24. Klinik Mata
  25. Klinik Gigi dan Mulut
  26. Klinik Prostodonti
  27. Klinik Kanca Sehati (VCT)
  28. Klinik Seandanan
  29. Klinik Tradisional Komplementer / Akupunktur
  30. Klinik Onkologi Radiasi
3. Instalasi Rawat Inap
1. Instalasi Rawat Inap I
    - a. Ruang Bedah
    - b. Ruang Anggrek Lantai 1 s/d 3
  2. Instalasi Rawat Inap II
    - a. Ruang Delima
    - b. Ruang Alamanda
    - c. Ruang Perinatologi
  3. Instalasi Rawat Inap III
    - a. Ruang Penyakit Dalam Infeksius
    - b. Ruang Penyakit Dalam Non Infeksius
    - c. Ruang Melati
    - d. Ruang Bougenvile

- e. Ruang Tulip
- f. Ruang Hemodialisa
- 4. Instalasi Rawat Inap IV
  - a. Sudha Nirmala A
  - b. Putri Betik Hati Lantai 2 dan 3
- 5. Instalasi Mahan Munyai
- 6. Ruang Isolasi Covid-19
  - a. Ruang Isolasi Tekanan Negatif
  - b. Ruang Isolasi Natural Flow
- 4. Instalasi Intensif Terpadu
  - 1. *Intensive Care Unit* (ICU)
  - 2. *Intensive Cardiac Care Unit* (ICCU)
  - 3. *Pediatric Intensive Care Unit* (PICU)
- 5. Instalasi Bedah Sentral
  - ✓ 12 Kamar Operasi
  - ✓ Kamar persiapan operasi kapasitas 10 pasien dilengkapi outlet oksigen, suctoin dan monitor pasien
  - ✓ Kamar pemulihan pasca operasi kapasitas 10 pasien dewasa dan 2 pasien anak bayi
- 6. Instalasi Onkologi Radiasi
- 7. Instalasi Radiologi
- 8. Instalasi Laboratorium Patologi Klinik
- 9. Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi
- 10. Instalasi Rehabilitasi Medik
- 11. Instalasi *Medical Check Up*
- 12. Instalasi Gizi
- 13. Instalasi Farmasi

Untuk mempermudah dalam koordinasi, dibentuk 8 depo farmasi sebagai berikut:

- 1. Depo Farmasi Rawat Jalan
- 2. Depo Farmasi 24 jam
- 3. Depo Farmasi Alamanda
- 4. Depo Farmasi Delima
- 5. Depo Farmasi Instalasi Bedah Sentral
- 6. Depo Farmasi Instalasi Intensif Terpadu
- 7. Depo Farmasi Penanganan Obat Kemoterapi
- 8. Depo Farmasi Hemodialisa

14. Instalasi Forensik dan Kamar Jenazah
15. Unit Transfusi Darah Rumah Sakit
16. Instalasi Gas Medik
17. Instalasi CSSD (*Central Steril Supply Departement*)

## II. INSTALASI DI BAWAH KOORDINASI WAKIL DIREKTUR UMUM DAN KEUANGAN

1. Instalasi Rekam Medis
2. Instalasi PKRS (Promosi Kesehatan Rumah Sakit)
3. Instalasi EDP – TI (*Electronic Data Processing Technology Information*)
4. Instalasi Pelayanan Jaminan
5. Instalasi Kesehatan Lingkungan
6. Instalasi Ambulans dan Mobil Jenazah
7. Instalasi Laundry
8. Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana RS
9. Instalasi Keselamatan Kesehatan Kerja (K3)

## III. INSTALASI DI BAWAH KOORDINASI WAKIL DIREKTUR PENDIDIKAN, PENGEMBANGAN SDM DAN HUKUM

1. Instalasi Diklat

**Tabel 4**  
**KAPASITAS TEMPAT TIDUR**  
**(Sk Direktur No. 180/27.H/VII.01/7.2/X/2021) Tanggal 27 Oktober 2021**

NO	RUANGAN	KAPASITAS	KELAS					
			VVIP	Utama	Khusus	I	II	III
1	Sudha Nirmala A	8	4	4				
2	Putri Betik Hati Lt. 2	26				26		
3	Putri Betik Hati Lt. 3	26				26		
4	Ruang Rawat Inap Bedah	58					14	44
5	Ruang Rawat Penyakit Dalam (Non Infeksius)	58					8	50
6	Ruang Rawat Penyakit Dalam (Infeksius)	28					8	20
7	Tulip	44				10	8	18
	a. HCU				4			
	b. CVCU				4			
8	Bougenvile	18						18
9	Anggrek Lt. 1	11				2	3	6
	Anggrek Lt. 2	12				2	3	7
	Anggrek Lt. 3	14				2	3	9
10	<b>Alamanda</b>	60		3		12	12	33
	HCU	6			6			

NO	RUANGAN	KAPASITAS	KELAS					
			VVIP	Utama	Khusus	I	II	III
<b>11</b>	<b>Aster</b>							
	a. Perinatologi	11					11	
	b. NICU	9			9			
<b>12</b>	<b>Delima</b>	20		1		4	4	11
<b>13</b>	<b>Melati</b>	18					4	12
	TB MDR	6			6			
<b>14</b>	<b>Intensive Terpadu</b>							
	a. ICU	8			8			
	b. ICCU	6			6			
	c. PICU	3			3			
<b>15</b>	<b>IGD</b>							
	a. Ponak	6			6			
	b. HCU	8			8			
<b>16</b>	<b>ICU dengan ventilator</b>							
	a. Isolasi IX Lt. 1	<b>10</b>			<b>10</b>			
	b. PICU Isolasi IX Lt. 1	<b>3</b>			<b>3</b>			
<b>17</b>	<b>ICU tanpa ventilator</b>							
	Isolasi IX Lt. 1	<b>13</b>			<b>13</b>			
<b>18</b>	<b>Isolasi Tekanan Negatif dengan Ventilator</b>							
	a. Isolasi II	<b>3</b>			<b>3</b>			
	b. Isolasi III	<b>1</b>			<b>1</b>			
<b>20</b>	<b>Isolasi Tekanan Negatif Tanpa Ventilator</b>							
	a. Isolasi II	<b>3</b>			<b>3</b>			
	b. Isolasi III	<b>1</b>			<b>1</b>			
<b>21</b>	<b>Isolasi Non Tekanan Negatif dengan Ventilator</b>							
	a. HCU IGD	<b>5</b>			<b>5</b>			
	b. Aster NICU Covid	<b>3</b>			<b>3</b>			
<b>22</b>	<b>Isolasi Non Tekanan Negatif Tanpa Ventilator</b>							
	a. Isolasi II	<b>8</b>			<b>8</b>			
	b. Isolasi III	<b>14</b>			<b>14</b>			
	c. Isolasi V	<b>36</b>			<b>36</b>			
	d. Isolasi VI	<b>26</b>			<b>26</b>			
	e. Isolasi IX Lt 4	<b>26</b>			<b>26</b>			
	f. Perinatologi Covid	<b>4</b>			<b>4</b>			
	g. Isolasi Covid IGD	<b>7</b>			<b>7</b>			
	<b>Total</b>	<b>625</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>253</b>	<b>80</b>	<b>66</b>	<b>214</b>

Sumber : SK. Tempat Tidur (Bidang Keperawatan) Oktober 2021  
Tabel 4 Tempat Tidur RS

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 3 tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan RS, pengaturan tempat tidur rumah sakit milik Pemerintah memenuhi peraturan sebagai berikut :

- a. Jumlah tempat tidur perawatan kelas III paling sedikit 30% dari seluruh tempat tidur rumah sakit
- b. Jumlah tempat tidur perawatan di atas perawatan kelas I paling banyak 30% dari seluruh tempat tidur rumah sakit
- c. Jumlah tempat tidur perawatan intensif paling sedikit 8% dari seluruh tempat tidur rumah sakit dimana 5% diantaranya untuk pelayanan unit rawat intensif (ICU) dan 3% sisanya untuk pelayanan intensif lainnya

Bila dihitung secara keseluruhan, jumlah tempat tidur yang ada telah memenuhi peraturan tersebut

Kinerja pelayanan berdasarkan indikator cakupan pelayanan selama tahun 2015 s/d 2020 dapat dilihat pada tabel berikut ini:

### 2.2.2 REALISASI KEGIATAN DIREKTORAT PELAYANAN

**Tabel 5**  
**Realisasi Kegiatan Direktorat Pelayanan**  
**RSUD.Dr. H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2015-2020**  
**Pasien Dibayar Berdasarkan Aktivitas (Pergub Tarif)**

(Sesuai Peraturan Gubernur Lampung nomor 26 tahun 2021 tentang Perubahan atas Peraturan Gubernur nomor 6 tahun 2019 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan, Instalasi Gawat Darurat, Kelas II, Kelas Khusus, Kelas I, Utama (VIP) dan Eksekutif (VVIP) pada RSUD Dr H Abdul Moeloek Provinsi Lampung)

No	UNIT PELAYANAN	ACTIVITY DRIVER	REALISASI PERMINTAAN					
			2015	2016	2017	2018	2019	2020
1	Instalasi Gawat Darurat	Kunjungan	5.963	6.478	5.571	4.436	2.354	2.715
2	Instalasi Rawat Jalan	Kunjungan	21.422	18.846	18.642	18.322	9.275	13.599
3	Instalasi Rawat Inap	Hari rawat	3.802	4.449	3.530	3.190	3.020	1.278
4	Instalasi Bedah Sentral	Operasi	248	309	238	253	219	150
5	Instalasi Intensif Terpadu	Hari rawat	13	7	23	14	9	11
6	Instalasi Onkologi Radiasi	Kunjungan					179	98
7	Instalasi Radiologi	Foto	408	995	345	241	222	175
8	Instalasi Patologi Klinik	Pemeriksaan	1.355	1.614	2.034	1.321	776	1.215
9	Instalasi Patologi Anatomi	Pemeriksaan	345	253	251	193	127	54

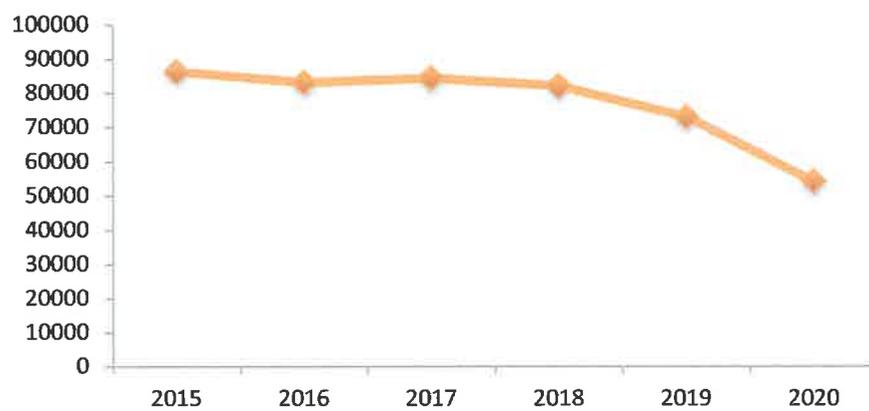
10	Instalasi Rehab. Medik	Tindakan	27.710	23.531	14.264	11.682	12.847	4.573
11	Instalasi Farmasi	Resep	356.405	356.086	405.937	429.198	481.710	361.481
12	Instalasi Gizi	Pasien	293	375	106	88	301	55
13	Instalasi Medical Check Up	Pelanggan	9.864	12.280	8.429	8.501	6.079	4.300
14	Instalasi Forensik	Pelanggan	1.164	1.228	2.178	2.833	1.460	1.553
15	UTDRS	Kantong Darah						1.743
16	Layanan Hemodialisa	Pelanggan	131	81	58	72	79	54
17	Layanan Endoskopi	Pelanggan	1	13	20	11	10	21
	<b>TOTAL</b>		<b>429.124</b>	<b>426.545</b>	<b>461.626</b>	<b>480.355</b>	<b>518.667</b>	<b>393.075</b>

**Sumber : Instalasi EDP – TI**

Tabel 5. Realisasi Kegiatan Dir Yan Pasien dibayar berdasar Pergub Tarif

**Grafik 1**

**Pelayanan pasien dibayar berdasar Pergub Tarif tahun 2015 - 2020**



Grafik 1 Pelayanan Pasien berdasar aktivitas / Pergub Tarif

Tabel 5 menunjukkan data pasien dengan pembiayaan umum, yang pembayarannya berdasarkan Peraturan Gubernur. Pada tahun 2019 terdapat layanan baru yaitu Onkologi Radiasi. UTDRS (Unit Transfusi Darah RS) merupakan transformasi dari Bank Darah Rumah Sakit yang resmi operasional sejak tahun 2020. Dengan adanya UTDRS, RSUD Dr H Abdul Moeloek dapat melaksanakan penyadapan sendiri sehingga dengan demikian diharapkan kebutuhan darah dapat terpenuhi, tidak tergantung pada UTD PMI.

Pandemi Covid-19 sejak bulan Maret telah menyebabkan penurunan yang sangat bermakna terhadap pasien dengan pembiayaan umum. Hal ini dikarenakan dengan ditetapkannya RSUD Dr H Abdul Moeloek sebagai rumah sakit rujukan Covid-19 berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan nomor : HK.01.07/Menkes/169/2020

tentang Penetapan Rumah Sakit Rujukan Penanggulangan Penyakit Infeksi *Emerging* Tertentu, sehingga sebagian besar pasien memilih untuk tidak melakukan pengobatannya ke RSUDAM.

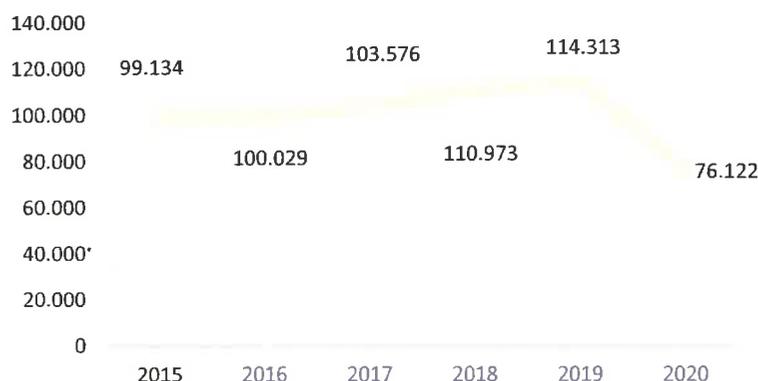
**Tabel 6**  
**Realisasi Kegiatan Direktorat Pelayanan**  
**RSUD.Dr. H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2015-2020**  
**Pelayanan Pasien Jaminan**

No	UNIT PELAYANAN	REALISASI KEGIATAN					
		2015	2016	2017	2018	2019	2020
1	Instalasi Rawat Jalan	68.405	68.172	69.419	76.995	82.051	55.703
2	Instalasi Rawat Inap	30.729	31.857	34.157	33.978	32.262	20.419
	<b>TOTAL</b>	<b>99.134</b>	<b>100.029</b>	<b>103.576</b>	<b>110.973</b>	<b>114.313</b>	<b>76.122</b>

**Sumber : Instalasi EDP - TI**

Tabel 6 Realisasi Kegiatan Dir Yan Pasien Jaminan

**Grafik 2**  
**Pelayanan Pasien Jaminan Tahun 2015 - 2020**



*Grafik 2. Pelayanan Pasien Jaminan*

Tabel 6 dan Grafik 2 menunjukkan kunjungan pasien jaminan di RSUD Dr H Abdul Moeloek. Sebagaimana pasien dengan pembiayaan umum, terlihat juga penurunan kunjungan pada pasien jaminan, walaupun penurunannya tidak sebanyak pasien dengan pembiayaan umum.

**Tabel 7**  
**Realisasi Kegiatan Direktorat Pelayanan**  
**RSUD.Dr. H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2015-2020**  
**Pelayanan Pasien Berdasar Pembiayaan**

No	UNIT PELAYANAN	ACTIVITY DRIVER	REALISASI PERMINTAAN					
			2015	2016	2017	2018	2019	2020
1	Pasien dibayar berdasar aktivitas (Pergub Tarif)	Kunjungan	3.802	4.449	3.530	3.190	3.020	1.278
2	Pasien Jaminan							
a.	JKN	Kunjungan	26.780	31.755	25.725	31.264	29.743	10.343
b.	Asuransi Swasta	Kunjungan	0	0	0	0	6	21
c.	Korporasi (PT. KAI,dinsos dsb)	Kunjungan	61	42	43	75	61	33
d.	Asuransi Pemerintah (Jasaraharja, Jamkesda)		3.949	3.335	3.041	2.594	2.142	179
e.	Kemenkes Covid							719
	TOTAL		34.592	39.581	32.339	37.123	34.972	12.573

Sumber : Bagian Keuangan

Tabel 7 Realisasi Kegiatan Dir Yan Pasien berdasar pembiayaan

#### 2.2.2.1 PROGRAM NASIONAL

##### 1. STUNTING

Data stunting tidak tercatat secara jelas di RSUD Dr H Abdul Moeloek Provinsi Lampung dikarenakan kemungkinan pasien *stunting* datang dengan penyakit yang lain sehingga penyakit tersebut yang terdata, mengingat RSUD Dr H Abdul Moeloek merupakan RSUD Kelas A yang menerima pasien dengan penyakit yang berat atau dengan komplikasi

##### 2. KASUS KEMATIAN BAYI DAN BALITA

Berikut disampaikan data kematian bayi dan balita di RSUD Dr. H Abdul Moeloek Provinsi Lampung. Penurunan jumlah pasien secara bermakna pada tahun 2019 kemungkinan dikarenakan peningkatan Kelas RSUD Dr H Abdul Moeloek menjadi kelas A sehingga jumlah pasien yang dirujuk mengalami penurunan karena sudah tersaring di RS dengan kelas yang lebih rendah. Sedangkan penurunan pada tahun 2020 disebabkan adanya pandemi Covid-19.

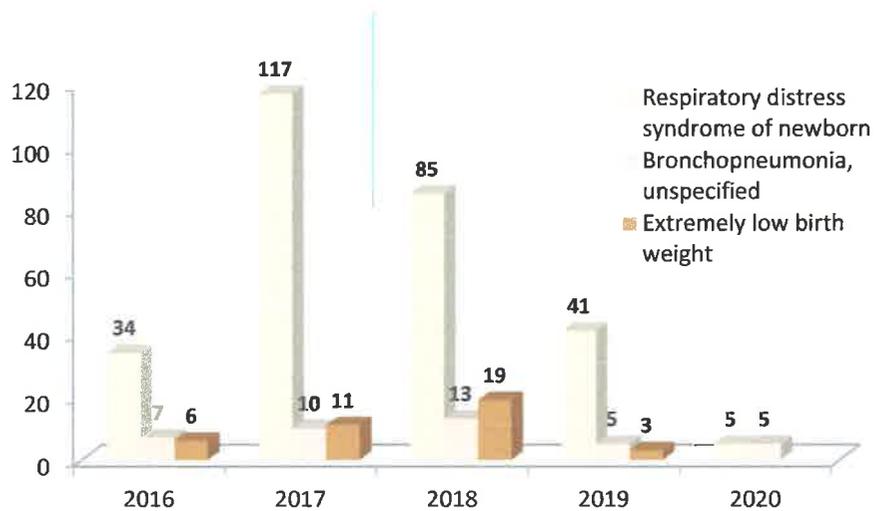
**Grafik 3**  
**Data Kematian Bayi (0 – 1 tahun) dan Balita**  
**Di RSUD Dr H Abdul Moeloek**  
**Tahun 2016 - 2020**



Sumber : Instalasi Rekam Medik  
 Grafik 3 Data Kematian Bayi dan Balita

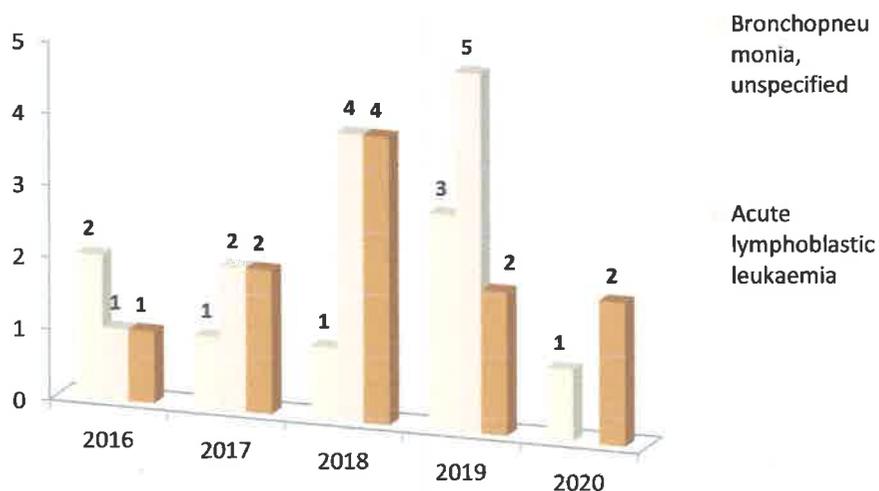
Grafik di atas menunjukkan bahwa kematian bayi di RSUD Dr H Abdul Moeloek jauh melebihi kasus kematian Balita. Hal ini disebabkan karena RSUD Dr H Abdul Moeloek merupakan rujukan tertinggi Perinatologi. Tingginya rujukan belum diimbangi dengan jumlah incubator yang ada sehingga menyebabkan tingginya daftar tunggu kasus rujukan Perinatologi

**Grafik 4**  
**PENYEBAB KEMATIAN TERBANYAK KEMATIAN BAYI**  
**Di RSUD Dr. H Abdul Moeloek**  
**Tahun 2016 - 2020**



Sumber : Instalsi Rekam Medis  
 Grafik 4 Penyebab terbanyak kematian Bayi

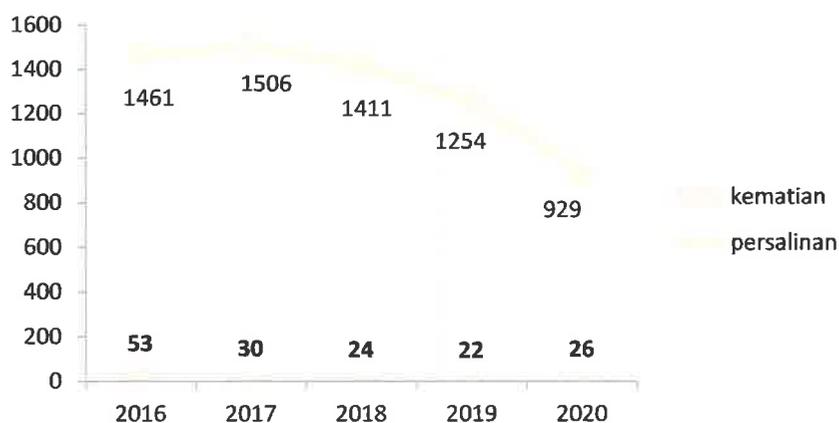
**Grafik 5**  
**PENYEBAB KEMATIAN TERBANYAK KEMATIAN BALITA**  
**Di RSUD Dr. H Abdul Moeloek**  
**Tahun 2016 - 2020**



Sumber : Instalasi Rekam Medis  
 Grafik 5 Penyebab terbanyak kematian Balita

**3. KASUS KEMATIAN IBU**

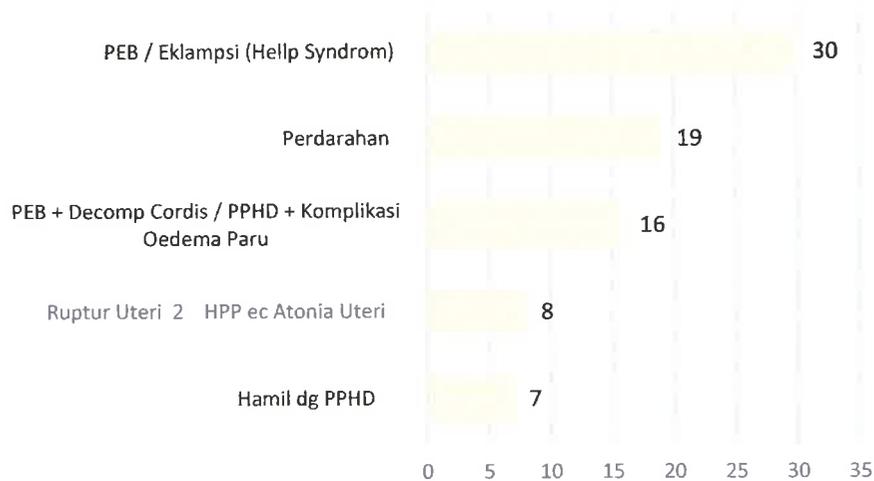
**Grafik 6**  
**Data jumlah Persalinan dan Kematian Ibu Periode Melahirkan**  
**di RSUD Dr H Abdul Moeloek**  
**Tahun 2016 s/d 2020**



Sumber : Instalasi Rekam Medis  
 Grafik 6 Jumlah persalinan dan kematian Ibu periode melahirkan

Dari grafik terlihat bahwa rata – rata kematian ibu periode melahirkan dibandingkan dengan jumlah persalinan adalah sekitar 2 – 4%. Hal ini dikarenakan RSUD Dr H Abdul Moeloek merupakan rumah sakit rujukan tertinggi yang memberikan PONEK (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif). Kasus – kasus yang datang untuk melahirkan di RSUD Dr H Abdul Moeloek sebagian besar adalah kasus dengan penyulit.

**Grafik 7**  
**5 Penyebab Kematian Terbanyak Ibu Periode Melahirkan**  
**di RSUD Dr H Abdul Moeloek**  
**Tahun 2016 s/d 2020 (total kematian 155)**



*Grafik 7 Penyebab kematian terbanyak Ibu periode melahirkan*

#### 4. PELAYANAN KESEHATAN IBU

RSUD Dr. H. Abdul Moeloek hanya memberikan Pelayanan Keluarga Berencana kepada Ibu paska melahirkan maupun keguguran, tidak memberikan secara rutin Data pelayanan Keluarga Berencana paska melahirkan dan paska keguguran sebagaimana tersebut di bawah ini.

##### **Keluarga Berencana pada Ibu Paska Melahirkan :**

35% Ibu paska melahirkan memilih untuk melakukan Program Keluarga Berencana sebagian besar dengan alasan kesehatan, selain alasan untuk menjarangkan kehamilan. Data pemilihan kontrasepsi sebagaimana tergambar pada tabel dan grafik berikut :

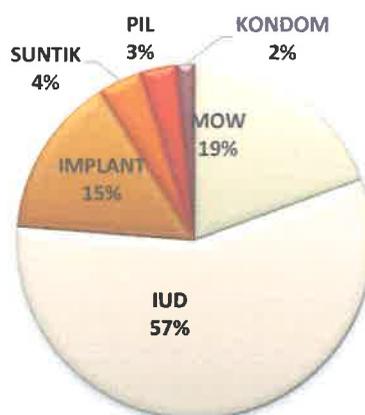
**Tabel 8**  
**Jumlah persalinan, KB dan pemilihan kontrasepsi Ibu Pasca Melahirkan**  
**Di RSUD Dr H Abdul Moeloek**  
**Tahun 2016 s/d 2020**

Tahun	Jumlah Persalinan	Jumlah Ibu ber - KB	MOW	IUD	IMPLANT	SUNTIK	PIL	KONDOM
2016	1461	512	77	264	145	33	2	0
2017	1506	381	90	204	67	0	20	0
2018	1411	462	102	316	44	0	0	0
2019	1254	483	95	322	32	15	12	7
2020	939	488	84	211	55	45	42	31
<b>Jumlah</b>	6571	2326	448	1317	343	93	76	38

Sumber : Bagian Kebidanan dan Kandungan

Tabel 8 Jumlah Persalinan,KB dan Pemilihan Kontrasepsi Ibu Pasca Melahirkan

**Grafik 8**  
**Pemilihan Metode Kontrasepsi pada Ibu Pasca Melahirkan**  
**Di RSUD Dr H Abdul Moeloek**  
**Tahun 2016 s/d 2019**



Grafik 8 Pemilihan metode kontrasepsi ibu paska melahirkan

**Keluarga Berencana pada Pasien Paska Keguguran**

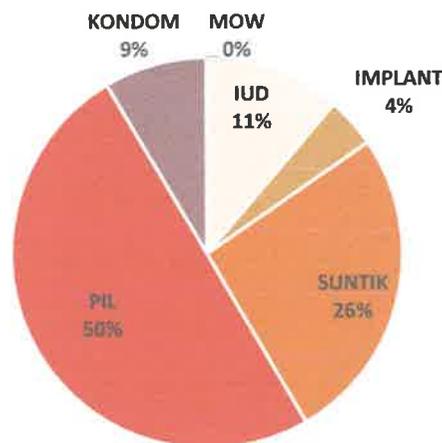
Sekitar 58% pasien paska keguguran memilih untuk melakukan Program Keluarga Berencana khususnya demi alasan kesehatan. Pemilihan terbesar pada alat kontrasepsi berupa pil. Alasan pemilihan kemungkinan dikarenakan pil tidak invasif

**Tabel 9**  
**Jumlah persalinan, KB dan pemilihan kontrasepsi Pasien Paska Keguguran**  
**Di RSUD Dr H Abdul Moeloek**  
**Tahun 2016 s/d 2020**

Tahun	Jumlah Pasien Keguguran	Jumlah Pasien ber - KB	MOW	IUD	IMPLANT	SUNTIK	PIL	KONDOM
2016	170	85	0	8	1	21	40	14
2017	228	129	0	8	5	33	81	2
2018	222	107	0	25	5	27	48	0
2019	111	89	0	8	7	28	37	9
2020	30	28	0	0	0	5	11	12
<b>Jumlah</b>	761	438	0	49	18	114	217	37

Sumber : Bagian Kebidanan dan Kandungan  
 Tabel 9 Jumlah Persalinan, KB dan Pemilihan Kontrasepsi Pasca Keguguran

**Grafik 9**  
**Pemilihan Metode Kontrasepsi pada Pasien Paska Keguguran**  
**Di RSUD Dr H Abdul Moeloek**  
**Tahun 2016 s/d 2019**



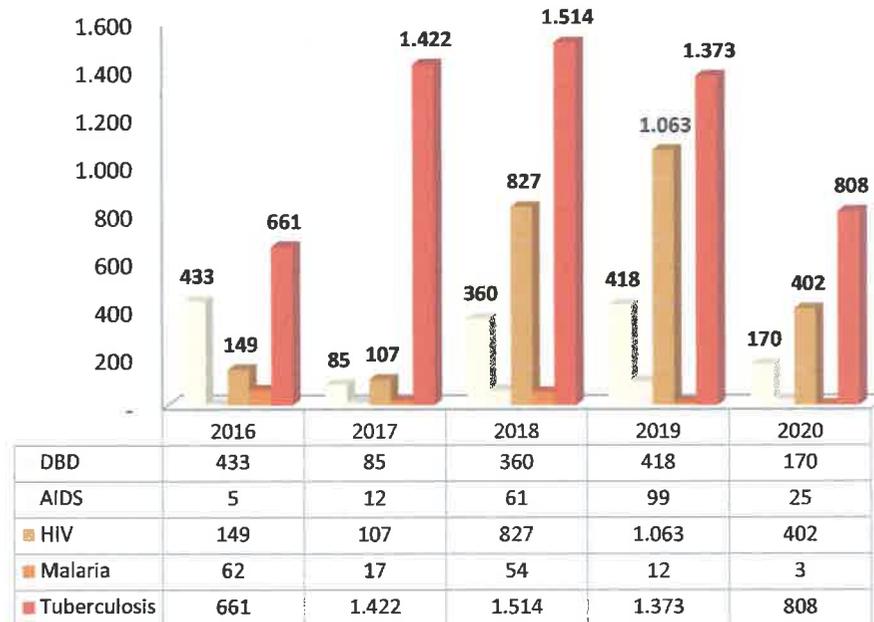
Grafik 9 Pemilihan metode kontrasepsi pasien paska keguguran

**5. PELAYANAN KESEHATAN ANAK (BAYI DAN BALITA) – CAKUPAN IMUNISASI**

Pelayanan Imunisasi tidak dilaksanakan di RSUD Dr H Abdul Moeloek mengingat statusnya sebagai RS Kelas A sekaligus rujukan tertinggi di Provinsi Lampung dimana peran kuratif dan rehabilitatif lebih besar daripada promotif dan preventif

## 6. PENYAKIT DBD, HIV/AIDS, MALARIA DAN TUBERCULOSIS

**Grafik 10**  
**Data Penyakit DBD, HIV/AIDS, Malaria dan Tuberculosis**  
**Di RSUD Dr H Abdul Moeloek**  
**Tahun 2016 - 2020**



Sumber : Instalasi Rekam Medik

Grafik 10 Data DD, HIV/AIDS, Malaria dan Tuberculosis

Grafik di atas menunjukkan peningkatan kasus pada tahun 2018 dan 2019 pada penyakit – penyakit di atas.

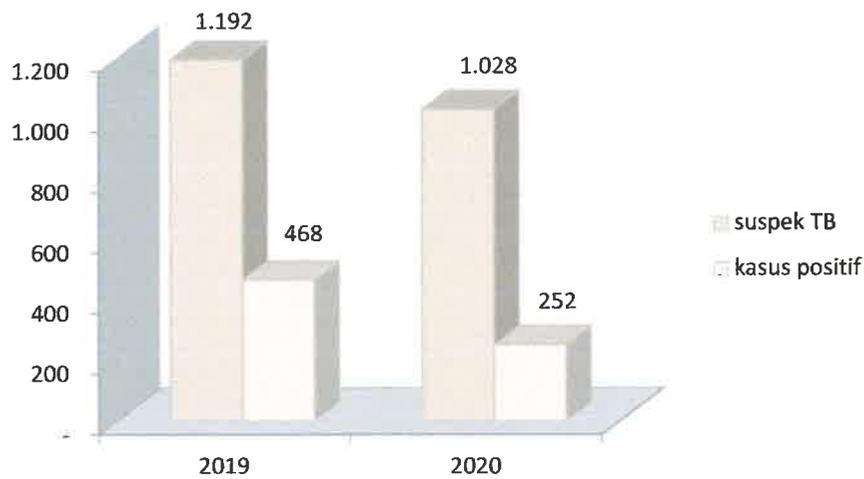
## 7. PENGOBATAN TB PARU / SUCCESS RATE

Pasien Tuberculosis yang datang ke RSUD Dr H Abdul Moeloek adalah pasien – pasien berikut :

### 1. Tuberkulosis sensitif obat (TB-SO)

Pada TB - SO, RSUD Dr H Abdul Moeloek melakukan pemeriksaan pada pasien suspek TB - SO yang dirujuk dari faskes pertama untuk dilakukan pemeriksaan menggunakan TCM. Apabila hasilnya positif maka pasien akan dirujuk kembali ke faskes pengirim untuk mendapatkan pengobatan. Berikut data pasien sensitif obat selama 2 tahun di RSU Dr H Abdul Moeloek

**Grafik 11**  
**Data Tuberculosis Sensitif Obat**  
**RSUD Dr H Abdul Moeloek**  
**Tahun 2019 - 2020**

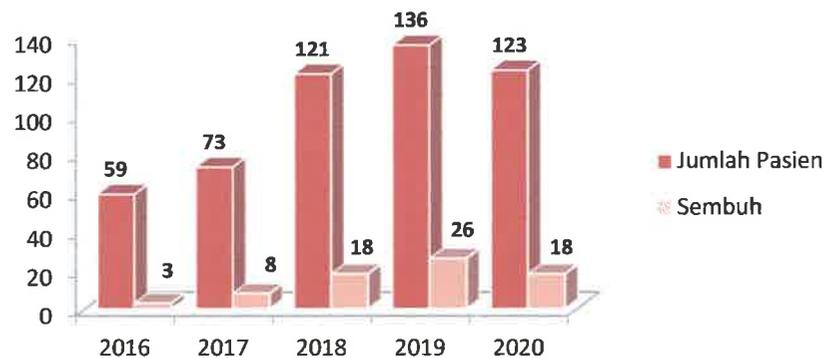


*Sumber : Bagian Paru*  
**Grafik 11 Tuberculosis Sensitif Obat (Tb SO)**

**2. Tuberculosis multi drug resistant (MDR)**

Tuberculosis multi drug resistant merupakan pasien tuberculosis yang resisten atau kebal terhadap paket obat Tuberculosis yang diterima. Sehingga perlu dilakukan alternatif pengobatan yang lain, termasuk beberapa tindakan termasuk perawatan apabila diperlukan. Perawatan diperlukan khususnya untuk memantau efek samping yang ditimbulkan akibat konsumsi obat yang diberikan

**Grafik 12**  
**Data Tuberculosis Multi Drug Resistant (MD)**  
**RSUD Dr H Abdul Moeloek**  
**Tahun 2016 - 2020**



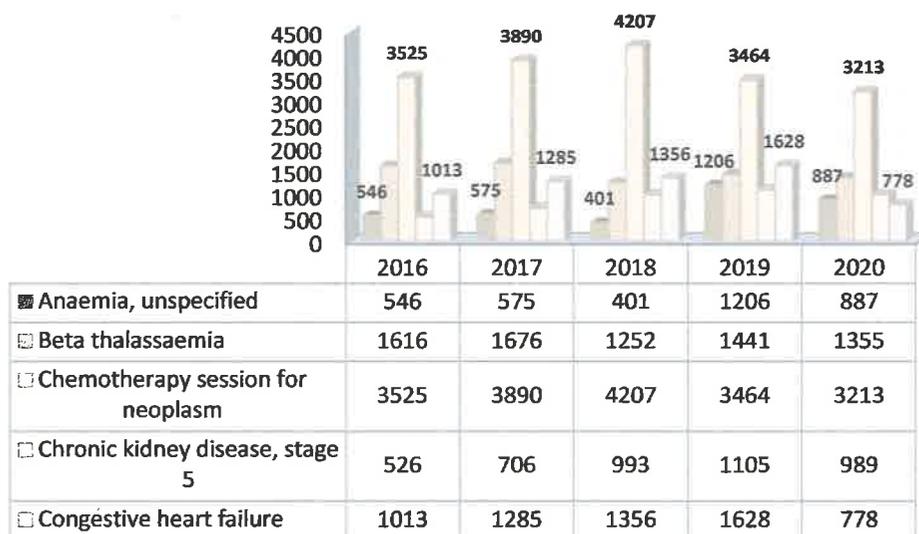
*Sumber : Bagian Paru*  
**Grafik 12 Tuberculosis MDR**

Dari grafik dapat terlihat bahwa tidak mudah bagi pasien dengan multi drug resistant TB untuk mencapai kesembuhan dikarenakan proses minum obat yang cukup lama serta banyaknya obat yang harus diminum ditambah efek samping obat yang tidak enak bagi pasien. Sehingga menyebabkan banyaknya pasien yang drop out dari pengobatan

## 8. 5 (LIMA) PENYAKIT TERBESAR

### a. 5 Penyakit Terbesar Instalasi Rawat Inap

**Grafik 13**  
**5 Penyakit Terbanyak di Instalasi Rawat Inap**  
**RSUD Dr H Abdul Moeloek**  
**Tahun 2016 – 2020**



Sumber : Instalsi Rekam Medik

Grafik 13 Penyakit terbanyak Instalasi Rawat Inap

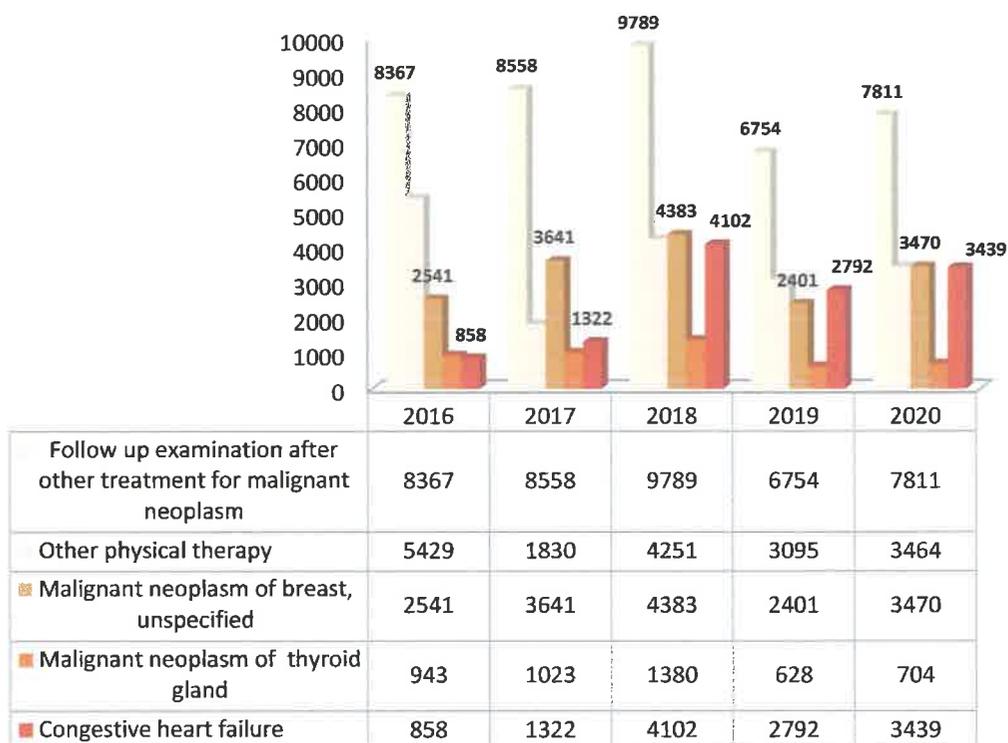
Sebagaimana tergambar pada grafik di atas, bahwa penyakit terbesar di Instalasi Rawat Inap adalah penyakit kanker yang memerlukan kemoterapi. Hal ini dikarenakan RSUD Dr H Abul Moeloek merupakan rujukan tertinggi bagi penderita kanker dimana selain kemoterapi tersedia pula radioterapi. Tersedia tim kanker yang terdiri dari berbagai disiplin ilmu untuk membantu pasien yang memerlukan pengobatan. Dokter spesialis terkait kanker yang ada di RSUD Dr H Abdul Moeloek adalah :

1. Dokter Spesialis Onkologi Radiasi
2. Dokter Spesialis Obstetri Ginekologi Konsultan Onkologi
3. Dokter Spesialis Bedah Konsultan Onkologi
4. Dokter Spesialis Penyakit Dalam Konsultan Hematoonkologi
5. Dokter Spesialis Anak Konsultan Hematologi

Selain itu penyakit ginjal dan jantung juga merupakan diagnosa terbanyak pasien yang datang untuk mendapatkan terapi di RSUD Dr H Abdul Moeloek

**b. 5 Penyakit Terbesar di Instalasi Rawat Jalan**

**Grafik 14**  
**5 Penyakit Terbesar di Instalasi Rawat Jalan**  
**RSUD Dr H Abdul Moeloek**  
**Tahun 2016 - 2020**



Sumber : Instalasi Rekam Medik  
 Grafik 14 Penyakit terbanyak Instalasi Rawat Jalan

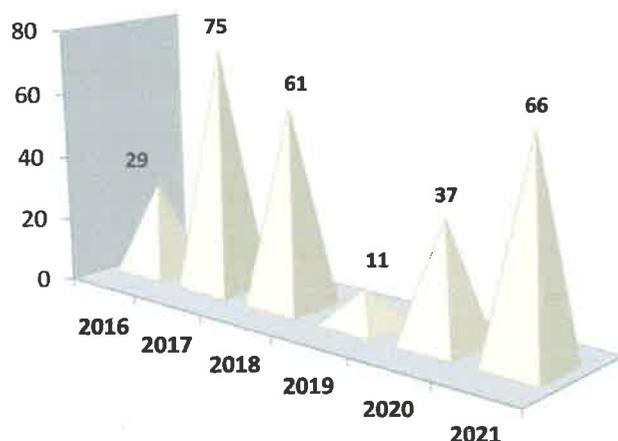
Demikian pula di Instalasi Rawat Jalan, penyakit terbesar adalah kanker yang datang untuk mendapatkan *follow up* setelah mendapatkan terapi, disusul dengan penyakit jantung. Hal ini sesuai dengan program unggulan dan prioritas yang telah ditetapkan oleh Direktur dan sejalan dengan yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

**2.2.2.2 PELAYANAN PASIEN TERLANTAR**

RSUD Dr H Abdul Moeloek mendapatkan anggaran kemitraan berupa pelayanan bagi pasien terlantar dari Pemda Provinsi Lampung. Yang termasuk kategori pasien terlantar adalah :

1. Pasien yang tidak mempunyai keluarga
2. Pasien tidak mampu yang tidak mempunyai pembiayaan untuk pengobatan atau perawatan

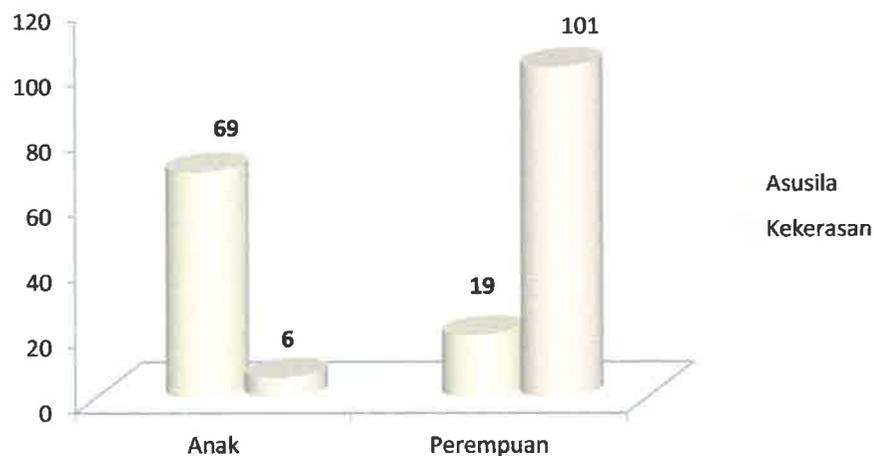
**Grafik 15**  
**Data pasien terlantar yang dilayani**  
**Di RSUD Dr H Abdul Moeloek**  
**Tahun 2016 - 2020**



Sumber : bagian Keperawatan  
 Grafik 15 Pelayanan pasien terlantar

**2.2.2.3 PENANGANAN KASUS KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN DAN ANAK**

**Grafik 16**  
**Gambaran Pelayanan UTPKTK**  
**(Unit Pelayanan Perempuan dan Anak Korban Tindak Kekerasan )**  
**RSUD Dr H Abdul Moeloek**  
**Tahun 2020**



Sumber : UTPKTK  
 Grafik 16 Pelayanan UTPKTK

Grafik di atas menggambarkan bahwa pada anak tindakan asusila lebih banyak dijumpai daripada tindakan kekerasan, dan hal ini berbanding terbalik dengan pada perempuan dimana jumlah perempuan yang mengalami tindak kekerasan dalam rumah tangga jauh melebihi yang mengalami tindakan asusila.

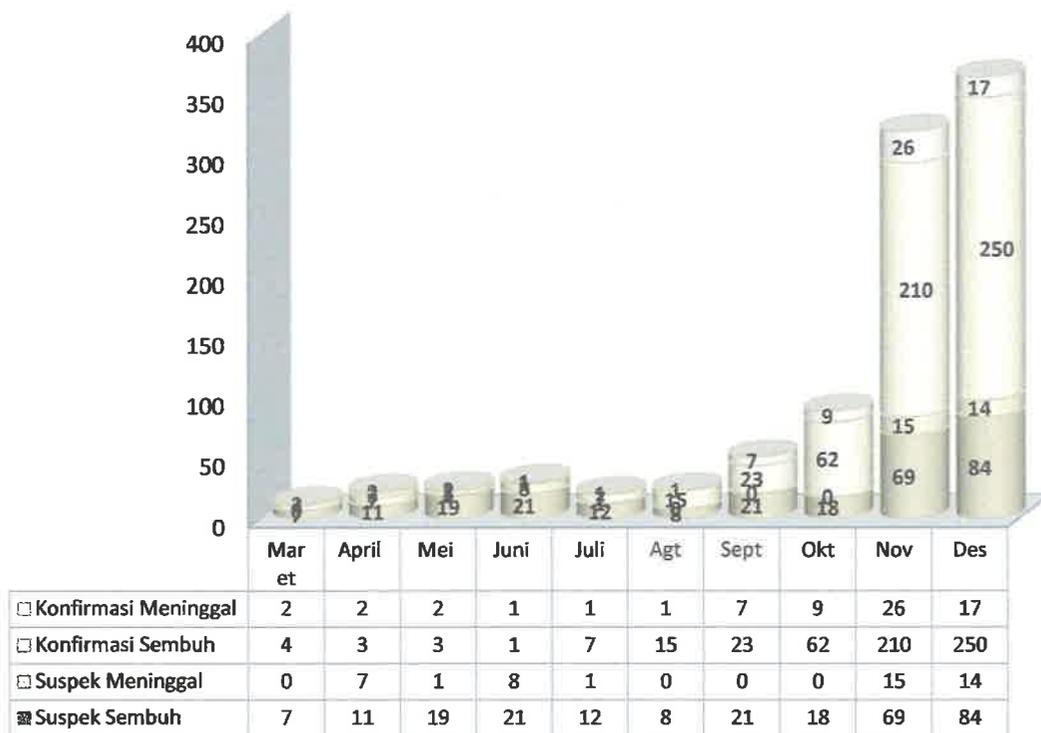
Pelaksanaan pelayanan UTPKTK di RSUD Dr H Abdul Moeloek bekerja sama dengan Biro Pemberdayaan Anak dan Perempuan dalam penganggaran pasien perempuan dan anak korban tindak kekerasan

#### 2.2.2.4 PELAYANAN COVID-19

Adanya pandemic Covid-19 telah memporakporandakan kehidupan di seluruh dunia, termasuk di Indonesia. Dalam rangka penanganan pandemi Covid-19, RSUD Dr H Abdul Moeloek ditunjuk sebagai RS rujukan Covid-19 berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No : HK.01.07/Menkes/169/2020 tentang Penetapan Rumah Sakit Rujukan Penanggulangan Penyakit Infeksi Emerging Tertentu. Pasien pertama diterima di RSUD Dr H Abdul Moeloek pada bulan Maret 2020

Peningkatan kasus di RSUD Dr H Abdul Moeloek dari 13 pada bulan Maret menjadi 366 kasus pada Desember 2020 sebagaimana tergambar pada grafik berikut

**Grafik 17**  
**Kasus Covid-19 di RSUD Dr H Abdul Moeloek**  
**Th. 2020**



Sumber : RS Online RSUD Dr H Abdul Moeloek Th. 2020  
Grafik 17 Data kasus Covid-19

## 2.2.3 REALISASI KEGIATAN DIREKTORAT UMUM DAN KEUANGAN

**Tabel 10**  
**Realisasi Kegiatan Direktorat Umum dan Keuangan**  
**RSUD.Dr. H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2015-2020**

No	UNIT PELAYANAN	ACTIVITY DRIVER	REALISASI PERMINTAAN					
			2015	2016	2017	2018	2019	2020
1	Instalasi Loundri	Kg Cucian	63.652	113.537	162.279	100.442	169.940	146.352
2	Pelayanan Ambulance dan mobil Jenazah	Pelanggan	687	1.302	1.221	515	2.128	1.483
3	Instalasi Kesling	Kg sampah			86.916	85.681	86.374	89.110
4	Instalasi Rekam Medik	Kunjungan Pasien Baru	50.809	153.015	153.146	61.510	159.928	120.096
5	Aula	Pertemuan	122	158	206	174	231	149
6	Unit Parkir	Kendaraan	450.000	658.678	587.053	203.649	823.824	590.000

Sumber : Instalasi EDP - TI

Tabel 10 Realisasi Kegiatan Direktorat Umum dan Keuangan

## 2.2.4 REALIASI KEGIATAN DIREKTORAT DIKLAT DAN SDM

**Tabel 11**  
**Realisasi Kegiatan Direktorat Diklat dan SDM**  
**RSUD.Dr. H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2015-2020**

No	UNIT PELAYANAN	ACTIVITY DRIVER	REALISASI PERMINTAAN					
			2015	2016	2017	2018	2019	2020
1	Instalasi Diklat	Siswa	4.500	2.514	8.574	5.601	2.770	1.950
2	Pihak Ketiga (KSO)	Perjanjian	25	25	25	25	25	30

Sumber : Instalasi EDP - TI

Tabel 11 Realisasi Kegiatan Dir Diklat & SDM

## 2.3 KINERJA KEUANGAN

### 2.3.1 PENDAPATAN

Pendapatan RSUD Dr H Abdul Moeloek berasal dari :

- Jasa Layanan
- Hibah
- Hasil Kerjasama dengan pihak lain
- APBD
- Lain - lain pendapatan BLUD yang sah

**Tabel 12**  
**Realisasi Pendapatan Direktorat Pelayanan**  
**RSUD.Dr. H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2015-2020**  
**Pasien Dibayar Berdasarkan Aktivitas (Activity Driver) / Pergub Tarif**

No	UNIT PELAYANAN	REALISASI PENDAPATAN (Rp)					
		2015	2016	2017	2018	2019	2020
1	Instalasi Gawat Darurat	3.621.771.572	3.186.318.863	2.485.411.966	2.968.029.930	2.824.099.537	1.298.451.489
2	Instalasi Rawat Jalan	1.592.712.850	1.580.170.900	1.042.266.500	865.051.400	1.168.454.350	466.501.902
3	Instalasi Rawat Inap	7.533.447.480	8.078.479.272	6.266.234.284	5.085.859.956	2.834.816.343	1.896.756.544
4	Instalasi Bedah Sentral	81.688.500	178.505.265	269.893.550	375.980.394	302.724.632	665.970.396
5	Instalasi Intensif Terpadu	129.455.000	65.647.700	106.794.000	220.766.300	169.813.600	253.336.500
6	Instalasi Onkologi Radiasi						9.769.000
7	Instalasi Radiologi	1.041.271.300	1.469.764.400	1.461.441.037	1.287.849.714	1.693.015.227	799.798.120
8	Instalasi Patologi Klinik	3.094.133.868	2.451.817.725	2.960.738.700	2.803.044.093	3.140.345.794	1.755.590.555
9	Instalasi Patologi Anatomi	108.915.000	57.230.500	72.729.500	54.753.000	49.839.657	28.175.750
10	Instalasi Rehab. Medik	102.534.000	104.607.500	46.940.700	48.995.400	77.150.474	20.743.861
11	Instalasi Farmasi	25.194.617.128	17.576.573.296	23.386.821.357	15.394.765.627	31.866.947.637	25.594.763.859
12	Instalasi Gizi	1.837.000	418.000	713.000	5.464.000	27.507.690	12.828.236
13	Instalasi Medical Check Up	1.040.815.460	1.668.855.000	592.597.000	1.039.982.000	1.428.792.168	928.538.300
14	Instalasi Forensik	83.023.000	169.491.000	184.076.000	172.734.850	416.636.800	444.400.331
15	UTDRS		425.839.500	568.715.000	464.577.283	716.841.218	460.256.086
16	Layanan Hemodialisa	119.850.650	79.580.000	56.754.000	79.056.500	78.311.400	68.650.000
17	Layanan Endoskopi						5.928.000
	<b>TOTAL PENDAPATAN</b>	<b>43.746.072.808</b>	<b>37.093.298.921</b>	<b>39.502.126.594</b>	<b>30.866.910.447</b>	<b>46.795.296.527</b>	<b>34.710.458.928</b>

Sumber : Bagian Keuangan

Tabel 12 Realisasi Pendapatan Dir Yan Pelayanan Pasien Berdasar Pergub Tarif

**Tabel 13**  
**Realisasi Pendapatan Direktorat Pelayanan**  
**RSUD.Dr. H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2015-2020**  
**Pelayanan Pasien Jaminan**

No	UNIT PELAYANAN	REALISASI PENDAPATAN (Rp)					
		2015	2016	2017	2018	2019	2020
1	Instalasi Rawat Jalan	23.907.928.503	35.566.551.800	28.544.555.900	27.251.416.700	35.282.027.000	55.816.856.800
2	Instalasi Rawat Inap	87.452.664.635	116.684.153.928	114.327.175.268	119.451.937.433	152.493.752.449	201.916.496.488
	<b>TOTAL PENDAPATAN</b>	<b>111.360.593.138</b>	<b>152.250.705.728</b>	<b>142.871.731.168</b>	<b>146.703.354.133</b>	<b>187.775.779.449</b>	<b>257.733.353.288</b>

Sumber : Bagian Keuangan

Tabel 13 Realisasi Pendapatan Dir Yan Pelayanan Pasien Jaminan

**Tabel 14**  
**Realisasi Pendapatan Direktorat Pelayanan**  
**RSUD.Dr. H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2015-2020**  
**Pelayanan Pasien Berdasar Pembiayaan**

No	UNIT PELAYANAN	REALISASI PENDAPATAN (Rp)					
		2015	2016	2017	2018	2019	2020
1	Pasien dibayar berdasar aktivitas (Pergub Tarif)	43.746.072.808	37.093.298.921	39.502.126.594	30.866.910.447	46.795.296.527	34.710.458.928
2	Pasien Jaminan						
	a. JKN	102.626.561.486	145.642.511.169	136.822.588.374	125.716.342.714	174.550.358.489	252.913.552.456
	b. Asuransi Swasta						230.728.144
	c. BPJS Tenaga Kerja						49.653.632
	d. Jamkeskot	7.887.000.383	4.522.686.900	3.723.160.100	18.394.749.700	10.681.045.200	3.138.826.900
	e. Jamkesta	123.044.762	-	4.957.900	-	-	-
	f. Jampersal				729.815.900	341.118.100	1.452.914.394
	g. Kemitraan APBD					896.126.227	557.405.597
	h. KPU						1.025.767.096
	i. COVID						6.900.957.700
	j. Iur Biaya						835.624.744
	k. Piutang Perorang						390.000
	l. Bantuan Pemerintah Alkes						13.216.855.642
	m. Jasa Raharja	716.780.507	2.080.820.859	2.321.024.794	2.592.261.719	2.544.375.760	716.780.507
	<b>TOTAL PENDAPATAN</b>	<b>155.099.459.946</b>	<b>189.339.317.849</b>	<b>182.373.857.762</b>	<b>178.300.080.480</b>	<b>235.808.320.303</b>	<b>155.099.459.946</b>

Sumber : Bagian Keuangan

Tabel 14 Realisasi Pendapatan Dir Yan Pelayanan Pasien Berdasar Pembiayaan

Dari tabel 14 terlihat adanya peningkatan pendapatan RSUDAM khususnya untuk pelayanan pasien JKN pada tahun 2020. Jumlah penderita Covid-19 yang cukup banyak turut berperan dalam meningkatkan pendapatan RSUDAM. Pada tahun yang sama RSUDAM juga mendapatkan bantuan pemerintah dalam bentuk uang yang peruntukannya adalah alat kesehatan untuk penanggulangan pasien Covid-19

**Tabel 15**  
**Realisasi Pendapatan Operasional Lain Direktorat Umum dan Keuangan**  
**RSUD.Dr. H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2015-2020**

No	UNIT PELAYANAN	REALISASI PENDAPATAN (Rp)					
		2015	2016	2017	2018	2019	2020
1	Instalasi Loundri	6.766.500	5.663.000	856.000	342.000	456.000	1.375.500
2	Pelayanan Ambulance dan mobil Jenazah	319.461.400	737.937.000	697.221.564	732.618.342	376.089.051	636.752.121
3	Instalasi Kesling						14.920.000
4	Instalasi Rekam Medik						
5	Aula	213.702.250	856.476.998	176.550.000	158.300.000	202.750.000	199.283.000
6	Unit Parkir	372.400.000	442.000.000	566.000.000	717.600.000	842.582.000	188.386.700
	<b>TOTAL PENDAPATAN</b>	<b>912.330.150</b>	<b>2.042.076.998</b>	<b>1.440.627.564</b>	<b>1.608.860.342</b>	<b>1.421.877.051</b>	<b>1.040.717.321</b>

Sumber : Bagian Keuangan

Tabel 15 Realisasi Pendapatan Operasional Lain Dir Umum dan Keuangan

Tabel 15 menunjukkan bahwa pendapatan operasional lain. Untuk Instalasi Kesehatan Lingkungan, sebelum tahun 2015, terdapat pendapatan dari penitipan pembakaran sampah dengan Incinerator. Tetapi dengan rusaknya alat incinerator dan adanya peraturan baru dari Kementerian Lingkungan Hidup mengenai limbah medis, RSUD AM tidak menerima penitipan sampah medis dari faskes lain.

**Tabel 16**  
**Realisasi Pendapatan Lain - Lain Direktorat Umum dan Keuangan**  
**RSUD.Dr. H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2015-2020**

No	UNIT PELAYANAN	REALISASI PENDAPATAN (Rp)					
		2015	2016	2017	2018	2019	2020
1	Jasa Giro		59.443.164	62.569.196	696.733.248	105.228.383	1.091.325.670
2	Denda				244.518.000	3.318.660.209	1.431.249.002
3	Piutang Pegawai						1.496.003.000
3	Kerjasama Operasional						34.500.000
4	Korporasi						3.223.678.908
	<b>TOTAL PENDAPATAN</b>		<b>59.443.164</b>	<b>62.569.196</b>	<b>941.251.248</b>	<b>3.423.888.592</b>	<b>7.276.756.580</b>

Sumber : Bagian Keuangan

Tabel 16 Realisasi Pendapatan Lain2 Dir Umum dan Keuangan

**Tabel 17**  
**Realisasi Pendapatan Direktorat Diklat dan SDM**  
**RSUD.Dr. H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2015-2020**

No	UNIT PELAYANAN	REALISASI PENDAPATAN (Rp)					
		2015	2016	2017	2018	2019	2020
1	Instalasi Diklat	3.293.922.254	3.853.796.500	3.501.519.700	3.897.574.480	5.065.618.320	621.937.000
	<b>TOTAL PENDAPATAN</b>	<b>3.293.922.254</b>	<b>3.853.796.500</b>	<b>3.501.519.700</b>	<b>3.897.574.480</b>	<b>5.065.618.320</b>	<b>621.937.000</b>

Sumber : Bagian Keuangan

Tabel 17 Realisasi Pendapatan Dir Diklat dan SDM

**Tabel 18**  
**TOTAL Realisasi Pendapatan**  
**RSUD.Dr. H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2015-2020**

No	UNIT PELAYANAN	REALISASI PENDAPATAN (Rp)					
		2015	2016	2017	2018	2019	2020
1	Direktorat Pelayanan	155.099.459.946	189.339.317.849	182.373.857.762	178.300.080.480	235.808.320.303	316.714.064.165
2	Direktorat Umum dan Keuangan	912.330.150	2.101.520.161	1.503.196.760	2.305.593.590	1.527.105.433	2.166.542.990
3	Direktorat Diklat dan SDM	3.293.922.254	3.853.796.500	3.501.519.700	3.897.574.480	5.065.618.320	621.937.000
	<b>TOTAL PENDAPATAN</b>	<b>159.305.712.350</b>	<b>195.294.634.510</b>	<b>187.378.574.222</b>	<b>184.503.248.550</b>	<b>242.401.044.056</b>	<b>319.502.544.156</b>

Sumber : Bagian Keuangan

Tabel 18 Total Realisasi Pendapatan

### 2.3.2 BELANJA

Sesuai dengan Permendagri 79 tahun 2018, belanja RSUD Dr H Abdul Moeloek sebagai PPK BLUD terbagi menjadi :

- a. Belanja Operasi yang terdiri dari Belanja Pegawai dan Belanja Barang dan Jasa
- b. Belanja Modal

**Tabel 19**  
**Belanja BLUD RSUD Dr H Abdul Moeloek tahun 2016 - 2020**

No	TAHUN	BELANJA PEGAWAI (Rp)	BELANJA BARANG & JASA (Rp)	BELANJA MODAL (Rp)	TOTAL
1	2016	915.000.000	148.935.000.000	5.150.000.000	155.000.000.000
2	2017	1.305.000.000	196.977.373.052	9.705.454.335	207.987.827.387
3	2018	1.605.000.000	179.459.234.851	8.333.000.000	189.397.234.851
4	2019	1.505.000.000	187.995.035.500	10.499.964.500	200.000.000.000
5	2020	1.852.000.000	276.408.825.500	15.334.512.480	293.595.337.980
	<b>TOTAL</b>	<b>915.000.000</b>	<b>148.935.000.000</b>	<b>5.150.000.000</b>	<b>155.000.000.000</b>

Sumber : Bagian Perencanaan  
Tabel 19 Belanja BLUD

**Tabel 20**  
**Total Belanja RSUD Dr H Abdul Moeloek tahun 2016 - 2020**

No	TAHUN	BELANJA PEGAWAI (Rp)	BELANJA BARANG & JASA (Rp)	BELANJA MODAL (Rp)	TOTAL
1	2016	70.051.864.000	149.635.000.000	147.568.610.000	367.255.474.000
2	2017	69.977.449.000	200.700.000.000	153.375.777.000	424.053.226.000
3	2018	68.580.649.000	181.201.200.000	194.236.017.851	444.017.866.851
4	2019	80.261.341.899	194.595.709.921	119.024.870.448	393.881.922.268
5	2020	77.851.245.360	278.208.977.000	88.947.246.561	445.007.468.921
	<b>TOTAL</b>	<b>70.051.864.000</b>	<b>149.635.000.000</b>	<b>147.568.610.000</b>	<b>367.255.474.000</b>

Tabel 20 Belanja Total

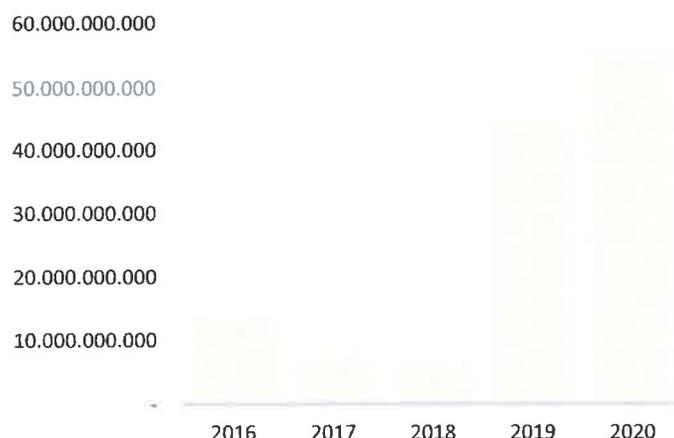
### 2.3.3 SILPA (SISA LEBIH PERHITUNGAN ANGGARAN TAHUN ANGGARAN SEBELUMNYA)

**Tabel 20**  
**SILPA RSUD Dr. H Abdul Moeloek tahun 2016 - 2020**

No	URAIAN	2016	2017	2018	2019	2020
1	SILPA	13.370.995.127,86	7.397.234.850,34	6.466.286.309,20	43.595.337.980,54	55.342.304.083,68

Sumber : Bagian Keuangan  
Tabel 21 SILPA

## SILPA 2016 - 2020



Sumber : Bagian Keuangan  
Grafik 18 Perkembangan SILPA

Adanya peningkatan SILPA khususnya di tahun 2019 – 2020 dikarenakan adanya kebijakan terkait intensnya penagihan piutang rumah sakit baik terhadap institusi maupun perorangan, sehingga piutang tahun – tahun sebelumnya dapat terbayarkan

### 2.4 INDIKATOR MUTU

Sebagai Institusi Rumah Sakit sekaligus sebagai PPK BLUD, Indikator mutu tergambar dari :

1. Indikator mutu pelayanan (SIRS )
2. Standar Pelayanan Minimal RS (Peraturan Menteri Kesehatan no 129 tahun 2008)
3. Indikator Kinerja Unit (Peraturan Dirjen Perbendaharaan Kementerian Keuangan nomor : 36 th. 2016)

#### 2.4.1 Indikator Mutu Rumah Sakit

**Tabel 22**  
**PENCAPAIAN INDIKATOR MUTU RUMAH SAKIT**  
**RSUD Dr H Abdul Moeloek Provinsi Lampung 2015 – 2019**

NO	INDIKATOR MUTU	NILAI STANDAR	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1	<b>BOR</b>	60 – 85%	64,93%	68,01%	68,24%	71,00%	67,26%	34,88%
2	<b>AvLOS</b>	6 – 9 hari	4,28	4,1	4,36	4	4,24	4,21
3	<b>BTO</b>	40 – 50 kali / th	45,6	55,32	55,65	68	57,52	48,46
4	<b>TOI</b>	1 – 3 hari	2,38	2,11	2,08	2	2,68	3,3
5	<b>NDR</b>	25 / 1000	31,96	33,72	33,51	47	117,916	38,7
6	<b>GDR</b>	45 / 1000	87,11	79,4	79,17	88	197,386	90,46
7	<b>TEMPAT TIDUR</b>	600 TT	<b>625</b>	<b>625</b>	<b>625</b>	<b>625</b>	<b>720</b>	<b>610</b>

Sumber : Instalasi Rekam Medik  
Tabel 22 Indikator Mutu RS

Adanya pandemi Covid-19 menyebabkan penurunan angka hunian rumah sakit yang sangat bermakna, sekitar 30 – 50%. Hal ini disebabkan karena keenganan masyarakat untuk dirawat di rumah sakit dikarenakan ketakutan akan tertular Covid-19 di rumah sakit

#### 2.4.2 Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

Standar Pelayanan Minimal di Rumah ditetapkan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan nomor : 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

**Tabel 2.5.2**  
**PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT**  
**RSUD Dr H Abdul Moeloek Provinsi Lampung 2018 - 2020**  
*(Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan no. 129 tahun 2008)*

NO	Indikator		Standar	Pencapaian		
	Jenis	Uraian		2018	2019	2020
<b>1</b>	<b>PELAYANAN GAWAT DARURAT</b>		<b>100</b>	<b>96</b>	<b>78</b>	<b>83</b>
	Input	1	Kemampuan menangani live saving	100%	100%	100%
		2	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan bersertifikat (ATLS/BTLS/ALS/PPGD/GELS) yang masih berlaku	100%	96,2%	100%
		3	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 Tim	1 Tim	1 Tim
	Proses	4	Jam buka pelayanan gawat darurat	24 Jam	24 jam	24 jam
		5	Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat	≤ 5 menit dilayani setelah pasien datang	≤ 5 menit	≤ 5 menit
		6	Tidak adanya keharusan membayar uang muka	100%	100%	100%

NO	Indikator		Standar	Pencapaian		
	Jenis	Uraian		2018	2019	2020
<b>1</b>	<b>PELAYANAN GAWAT DARURAT</b>		<b>100</b>	<b>96</b>	<b>78</b>	<b>83</b>
	Output	7	Kematian pasien di IGD ≤ 8 jam	≤ 2 perseribu	0,63%	1,68%
	Out come	8	Kepuasan pasien	≥70 %	70%	82,02

NO	Indikator		Standar	Pencapaian			
	Jenis	Uraian		2018	2019	2020	
<b>2</b>	<b>PELAYANAN RAWAT JALAN</b>		<b>100</b>	<b>97</b>	<b>88</b>	<b>98</b>	
	Input	1	Ketersediaan pelayanan	Minimal sesuai dengan jenis dan klasifikasi RS	100%	100%	100%
		2	Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	100% Dokter Spesialis	100%	100%	100%
	Proses	3	Jam buka pelayanan dengan ketentuan	08.00 - 13.00 setiap hari kerja kecuali Jumat 08.00 - 11.00	100%	100%	100%
		4	Waktu tunggu di Rawat Jalan	≤ 60 menit	80 menit	93 menit	80 menit
		5	Penegakkan diagnosa TB melalui pemeriksaan mikroskopis	100%	100%	100,0%	100%
	Proses	6	Pasien rawat jalan TB yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	100%	100%	100%
		7	Ketersediaan pelayanan VCT (HIV)	Tersedia dengan tenaga terlatih	100%	100%	100%
	Output	8	Peresepan obat sesuai formularium	100%	100%	100%	100%
		9	Pencatatan dan pelaporan TB di RS	100%	100%	100%	100%
	Outcome	10	Kepuasan pasien	≥ 90 %	80%	79,11%	79%

NO	Indikator		Standar	Pencapaian			
	Jenis	Uraian		2018	2019	2020	
<b>3</b>	<b>PELAYANAN RAWAT INAP</b>		<b>100</b>	<b>88</b>	<b>92</b>	<b>90</b>	
	Input	1	Ketersediaan pelayanan rawat inap	Sesuai jenis & kelas RS	95%	100%	98%
		2	Pemberi pelayanan di rawat inap	Sesuai pola ketenagaan, jenis dan kelas RS	100%	100%	100%
		3	Tempat tidur dengan pengaman	100%	76,7%	98,0%	98,3%
		4	Kamar mandi dengan pengaman pegangan tangan	100%	87%	100%	90%

NO	Indikator		Standar	Pencapaian			
	Jenis	Uraian		2018	2019	2020	
<b>3</b>	<b>PELAYANAN RAWAT INAP (lanjutan)</b>		<b>100</b>	<b>88</b>	<b>92</b>	<b>90</b>	
	Proses	5	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	100%	100%	100%
		6	Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 - 14.00	95,14%	90,61%	93,61%
		7	Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %	0%	0,29%	0,00%
		8	Kejadian infeksi nosokomial	≤ 9 %	0,08%	0,08%	0,87%

		9	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%	100%	100%	100%
		10	Pasien rawat inap TBC yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	100%	100%	100%
	Output	11	Pencatatan dan pelaporan TB di RS	100%	100%	100%	100%
		12	Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh	≤ 5 %	0,33%	0,04%	0,02%
		13	Kematian pasien ≥ 48 jam	≤ 0,24 %	1,76%	0,04%	1,09%
	Outcome	14	Kepuasan pasien	≥ 90 %	60%	78,16%	89%

NO	Indikator		Standar	Pencapaian			
	Jenis	Uraian		2018	2019	2020	
<b>4</b>	<b>PELAYANAN BEDAH SENTRAL</b>		<b>100</b>	<b>91</b>	<b>83</b>	<b>94</b>	
	Input	1	Ketersediaan tim bedah	Sesuai dg kls rs	sesuai standar	sesuai standar	sesuai standar
		2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan operasi	Sesuai dg kls rs	Sesuai kelas	sesuai kelas	sesuai kelas
		3	Kemampuan melakukan tindakan operatif	Sesuai dg kls rs	Sesuai kelas	sesuai kelas	sesuai kelas
	Proses	4	Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	1 bln	1 bln	1 bln
		5	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100%	90%	100%
		6	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%	100%	100%
		7	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100%	100%	100%
		8	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100%	100%	100%
		9	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, salah penempatan ET	≤ 6 %	0%	0,00%	0,00%
	Output	10	Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1 %	0%	0,00%	0,00%
	Outcome	11	Kepuasan Pelanggan	≥ 80%	80%	76,63%	79%

NO	Indikator		Standar	Pencapaian			
	Jenis	Uraian		2018	2019	2020	
<b>5</b>	<b>PERSALINAN DAN PERINATOLOGI</b>		<b>100</b>	<b>97</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	
	Input	1	Pemberi pelayanan persalinan normal	Dokter Sp. OG/ Dokter Umum/ Bidan	100%	100%	100%
		2	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK terlatih	Ada	Ada	Ada
		3	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operatif	Dokter Sp. OG, Dokter SpA, Dokter Sp. An	100%	100%	100%
		4	Kemampuan menangani BBLR (1500 - 2500 gr)	100%	100%	100%	100%

	5	Kemampuan menangani bayi lahir dengan asfiksia	100%	100%	100%	100%
	6	Pertolongan persalinan melalui seksio caesaria non rujukan	≤ 20 %	11,6%	11,6%	11,6%
	7	Pelayanan kontrasepsi mantap dilakukan oleh Sp.OG atau Sp.B, atau Sp.U, atau dokter Umum terlatih	100%	100%	100%	100%
	8	Konseling peserta KB mantap oleh bidan terlatih	100%	100%	100%	100%
Output	9	Kematian ibu karena persalinan	a. Perdarahan ≤ 1 %	0,00%	0,00%	0,00%
			b. Pre-eklampsia ≤ 30 %	0,00%	0,00%	0,00%
			c. Eklamsi	0,00%	0,00%	0,00%
			d. Sepsis ≤ 0,2%	0,00%	0,00%	0,00%
Out come	10	Kepuasan pasien	≥ 80 %	90%	90%	90%

NO	Indikator		Standar	Pencapaian		
	Jenis	Uraian		2018	2019	2020
<b>6</b>	<b>PELAYANAN INTENSIF</b>		<b>100</b>	<b>100</b>	<b>86</b>	<b>86</b>
Input	1	Pemberi pelayanan	Sesuai kelas RS dan standar ICU	Sesuai standar	sesuai standar	Sesuai standar
	2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan ruang ICU	Sesuai kelas RS dan standar ICU	Sesuai standar	sesuai standar	Sesuai standar
	3	Ketersediaan tempat tidur dengan monitoring dan ventilator	Sesuai kelas RS dan standar ICU	Sesuai standar	sesuai standar	Sesuai standar
Proses	4	Kepatuhan terhadap <i>hand hygiene</i>	100%	100%	100%	100%
	5	Kejadian infeksi nosokomial	< 21 %	0,003%	0,003%	0,003%
Output	6	Pasien yang kembali ke ruang perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3 %	0%	0%	0%
Out come	7	Kepuasan pasien	≥ 70 %	90%	91,76%	91,00%

NO	Indikator		Standar	Pencapaian			
	Jenis	Uraian		2018	2019	2020	
7	<b>PELAYANAN RADIOLOGI</b>		<b>100</b>	<b>97</b>	<b>86</b>	<b>97</b>	
	Input	1	Pemberian Pelayanan Radiologi	Dokter Spesialis Radiologi, Radiografer	100%	100%	100%
		2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiografi	Sesuai kelas RS	Sesuai 80%	87%	88%
	Proses	3	Waktu tunggu hasil pelayanan thoraks foto	≤ 3 jam	2,5 jam	2,5 jam	2,5 jam
		4	Kerusakan foto	≤ 2 %	1%	0,5%	≤ 0,54%
		5	Tidak terjadinya kesalahan pemberian label	100%	100%	100%	100%
	Output	6	Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan radiologi	Dokter Spesialis Radiologi	99%	99%	99%
	Out come	7	Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	-	77,08%	75.83%

NO	Indikator		Standar	Pencapaian			
	Jenis	Uraian		2018	2019	2020	
8	<b>PELAYANAN LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK</b>		<b>100</b>	<b>90</b>	<b>80</b>	<b>99</b>	
	Input	1	Pemberian Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik	Sesuai kelas RS	Sesuai standar	sesuai standar	Sesuai standar
		2	Fasilitas dan Peralatan	Sesuai kelas RS	Sesuai standar	sesuai standar	sesuai standar
		3	Waktu tunggu hasil lab patologi klinik	≤ 120 menit	85 menit	95 menit	95 menit
		4	Tidak adanya kejadian tertukarnya specimen	100%	100%	100%	100%
		5	Kemampuan memeriksa HIV/AIDS	Tersedia	100%	100%	100%
		6	Kemampuan Mikroskopis TB Paru	Tersedia	100%	100%	100%
	Output	1	Ekspertisi hasil pemeriksaan lab	100%	100%	100%	100%
		2	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan lab	100%	100%	100%	100%
		3	Kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu eksternal	100%	100%	belum ada PME	belum ada PME
	Out come	4	Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	-	77,72%	77%

NO	Indikator		Standar	Pencapaian			
	Jenis	Uraian		2018	2019	2020	
9	<b>PELAYANAN REHABILITASI MEDIK</b>		<b>100</b>	<b>78</b>	<b>80</b>	<b>100</b>	
	Input	1	Pemberi pelayanan rehabilitasi medik	sesuai persyaratan	Sesuai	sesuai	Sesuai
		2	Fasilitas dan peralatan rehabilitasi medis	kelas RS	Sesuai	sesuai	Sesuai
	Proses	3	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	100%	100%	100%
		4	Kejadian <i>drop out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan	≤ 50 %	6,25%	8,00%	0,5%
9	<b>PELAYANAN REHABILITASI MEDIK</b>		<b>100</b>	<b>78</b>	<b>80</b>	<b>100</b>	
	Out come	5	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	90%	80,08%	80%

NO	Indikator		Standar	Pencapaian			
	Jenis	Uraian		2018	2019	2020	
10	<b>PELAYANAN FARMASI</b>		<b>100</b>	<b>86</b>	<b>86</b>	<b>99</b>	
	Input	1	Pemberian pelayan farmasi	Sesuai Kelas RS	Sesuai	sesuai	Sesuai
		2	Fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi	Sesuai Kelas RS	Sesuai	sesuai	sesuai
		3	Ketersediaan Formularium	Tersedia & update	Tersedia	tersedia	tersedia
	Proses	4	Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 menit	23,22 menit	24 menit	17 menit
		5	Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit	46,05%	48,5 menit	28,28menit
	Output	6	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%	100%	100%
	Out come	7	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	-	77,61	77%

NO	Indikator		Standar	Pencapaian			
	Jenis	Uraian		2018	2019	2020	
11	<b>PELAYANAN GIZI</b>		<b>100</b>	<b>62</b>	<b>64</b>	<b>94</b>	
	Input	1	Pemberian pelayanan gizi	sesuai Pola	Sesuai	sesuai	sesuai
		2	Ketersediaan pelayanan konsultasi gizi	sesuai 100%	Sesuai 100%	sesuai 97,8%	sesuai 100%
		3	Ketepatan pemberian makanan pada pasien	100%	76,8%	86,4%	72,43%
		4	Tidak adanya kesalahan pemberian diet	100%	98,8%	98,8%	100,0%
Output	5	Sisa makan yang tidak dimakan oleh pasien	25%	30%	32,95%	27,87%	
Out come	6	Kepuasan pelanggan	80%	-	89,37%	89,0%	

NO	Indikator		Standar	Pencapaian			
	Jenis	Uraian		2018	2019	2020	
<b>12</b>	<b>PELAYANAN TRANSFUSI DARAH</b>		<b>100</b>	<b>58</b>	<b>60</b>	<b>92</b>	
	Input	1	Tenaga penyedia pelayanan bank darah RS	Sesuai standar BDRS	Sesuai	sesuai	sesuai
		2	Kesediaan fasilitas dan peralatan bank darah RS	Sesuai standar BDRS	Sesuai	sesuai	sesuai
	Proses	3	Kejadian reaksi tranfusi	≤ 0,01 %	0,09%	0,05%	0,13%
	Output	4	Pemenuhan kebutuhan darah untuk pelayanan tranfusi di RS	100%	88,53%	99,53%	90,89%
	Out come	5	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	-	88,36%	88%

NO	Indikator		Standar	Pencapaian			
	Jenis	Uraian		2018	2019	2020	
<b>13</b>	<b>PELAYANAN PASIEN KELUARGA MISKIN</b>		<b>100</b>	<b>92</b>	<b>83</b>	<b>100</b>	
	Input	1	Kesediaan pelayanan untuk keluarga miskin	Tersedia ada	Tersedia ada	Ada	Tersedia ada
		2	Kebijakan RS untuk pelayanan keluarga miskin	Ada	Ada	Ada	Ada
	Proses	3	Waktu tunggu verifikasi kepesertaan pasien keluarga miskin	≤ 15 menit	5 menit	5 menit	5 menit
		4	Tidak adanya biaya tambahan uang ditagihkan pada keluarga miskin	100%	100%	100%	100%
	Output	5	Semua pasien keluarga miskin yang dilayani	100%	100%	100%	100%
	Out come	6	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	60%	60%	90%

NO	Indikator		Standar	Pencapaian			
	Jenis	Uraian		2018	2019	2020	
<b>14</b>	<b>PELAYANAN REKAM MEDIK</b>		<b>100</b>	<b>72</b>	<b>78</b>	<b>91</b>	
	Input	1	Pemberian pelayanan rekam medik	sesuai persyaratan	Sesuai	sesuai	Sesuai
	Proses	2	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit	10 menit	10 menit	10 menit
		3	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit	15 menit	15 menit	15 menit
	Output	4	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan Rawat Jalan Rawat Inap	100%	100%	65%	65%
		5	Kelengkapan <i>informed consent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	78%	75%	90%
	Out come	6	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	Belum survei	belum survei	belum survei

NO	Indikator		Standar	Pencapaian			
	Jenis	Uraian		2018	2019	2020	
<b>15</b>	<b>PENGELOLAAN LIMBAH</b>		<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	
	Input	1	Adanya penanggungjawab pengelola limbah RS	Adanya SK Direktur sesuai Kelas RS (Permenkes Nomor 1204 tahun 2004)	Ada, 100%	100%	100%
		2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah RS, padat, cair	Sesuai persyaratan Kelas RS (Permenkes Nomor 1204 tahun 2004)	Sesuai	sesuai	sesuai
	Proses	3	Pengelolaan limbah cair	Sesuai persyaratan Kelas RS (Permenkes Nomor 1204 tahun 2004)	Sesuai	sesuai	sesuai
		4	Pengelola limbah padat	Sesuai persyaratan Kelas RS (Permenkes Nomor 1204 tahun 2004)	Sesuai	sesuai	sesuai
	Output	5	Baku mutu limbah cair	100%	100%	100%	

NO	Indikator		Standar	Pencapaian			
	Jenis	Uraian		2018	2019	2020	
<b>16</b>	<b>ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN</b>		<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>80</b>	
	Input	1	Kelengkapan pengisian jabatan sesuai persyaratan jabatan dalam struktur organisasi	≥ 90 %	100%	100%	95%
		2	Adanya peraturan internal rumah sakit	Ada	Ada	Ada	100%
		3	Adanya peraturan karyawan RS	Ada	Ada	Ada	Ada
		4	Daftar urutan kepangkatan	Ada	Ada	Ada	Ada
		5	Rencana Strategi Rumah sakit	Ada	Ada	Ada	Ada
	Proses	6	Adanya perencanaan pengembangan SDM RS	Ada	Ada	Ada	Ada
		7	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%	Ada	Ada	100%
		8	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%	95%	98%
		9	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%	100%	95%	98%
		10	Pelaksanaan rencana pengembangan SDM	≥ 90 %	100%	80%	40%
		11	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	≥ 90 %	100%	100%	100%
	Output	12	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 Jam	1,5 jam	1,5 jam	1,5 jam
		13	Cost Recovery	≥ 60%	98%	115.03 %	116,71%
		14	Kelengkapan pelaporan akuntabilitas kinerja	100%	98%	96%	98%
		15	Karyawan mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun	≥ 60%	≥ 54%	≥ 54%	25 %
		16	Ketepatan waktu pemberian insentif sesuai kesepakatan waktu	100%	100%	100%	100%

NO	Indikator		Standar	Pencapaian		
	Jenis	Uraian		2018	2019	2020
17	<b>PELAYANAN AMBULANS DAN MOBIL JENAZAH</b>		<b>100</b>	<b>70</b>	<b>69</b>	<b>88</b>
Input	1	Ketersediaan pelayanan ambulance dan mobil jenazah	24 jam	24 jam	24 jam	90%
	2	Penyedia pelayanan ambulance dan mobil jenazah	Supir ambulance terlatih	15,5%	15,5%	50,0%
	3	Ketersediaan mobil ambulance dan mobil jenazah	Mobil ambulance dan mobil jenazah terpisah	90%	90%	80%
Proses	4	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di RS	≤ 30 menit	15 menit	10 menit%	10 menit%
	5	Waktu tanggap pelayanan ambulance kepada masyarakat yang membutuhkan	≤ 30 menit	15 menit	10 menit	10 menit
Output	6	Tidak terjadinya kecelakaan ambulance/ mobil jenazah yang menyebabkan kecacatan atau kematian	100%	90%	90%	15%
Out come	7	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	76,67%	76%	76%

NO	Indikator		Standar	Pencapaian		
	Jenis	Uraian		2018	2019	2020
18	<b>PERAWATAN JENAZAH</b>		<b>100</b>	<b>93</b>	<b>84</b>	<b>99</b>
Input	1	Ketersediaan pelayanan pemulasaraan jenazah	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam
	2	Ketersediaan fasilitas kamar jenazah	sesuai kelas RS	90%	90%	100%
	3	Ketersediaan tenaga di Instalasi Perawatan jenazah	Ada SK Direktur	Ada	Ada	Ada
Proses	4	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah	≤ 15 menit setelah di kamar jenazah	15 menit	15 menit	≤ 15 menit
	5	Perawatan jenazah sesuai standar <i>universal precaution</i>	100%	100%	100%	100%
Output	6	Tidak terjadinya kesalahan identifikasi jenazah	100%	100%	100%	100%
Out come	7	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	76,67%	76%	76%

NO	Indikator		Standar	Pencapaian		
	Jenis	Uraian		2018	2019	2020
19	<b>PELAYANAN LAUNDRY</b>		<b>100</b>	<b>96</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
Input	1	Ketersediaan pelayanan laundry	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia
	2	Adanya penanggungjawab pelayanan laundry	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia
	3	Ketersediaan fasilitas dan peralatan laundry	100%	75%	100%	100%
Proses	4	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap dan ruang pelayanan	100%	100%	100%	100%
Output	5	Ketepatan pengelolaan linen infeksius	100%	100%	100%	100%
	6	Ketersediaan linen	2,5-3 par	2,5-3 par	2,5-3 par	2,5 - 3 par
	7	Kesediaan linen steril untuk kamar operasi	100%	100%	100%	100%

NO	Indikator		Standar	Pencapaian		
	Jenis	Uraian		2018	2019	2020
20	<b>PEMELIHARAAN SARANA PRASARANA RS</b>		<b>100</b>	<b>91</b>	<b>99</b>	<b>83</b>
Input	1	Adanya Penanggung Jawab IPSRS	SK Direktur	Ada	Ada	Ada
	2	Ketersediaan bengkel kerja	Tersedia sesuai dengan kelas rumah sakit	Tersedia	Tersedia	Tersedia
Proses	3	Waktu tanggap kerusakan alat	≥ 80 %	85%	85%	85%
	4	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	90%	95%	95%
	5	Ketepatan waktu kalibrasi alat kesehatan	100%	85%	100%	100%
Output	6	Alat ukur dan alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu	100%	85%	100%	100%

NO	Indikator		Standar	Pencapaian		
	Jenis	Uraian		2018	2019	2020
21	<b>PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI</b>		<b>100</b>	<b>63</b>	<b>87</b>	<b>93</b>
Input	1	Adanya anggota Tim PPI yang terlatih	Anggota Tim PPI yg terlatih 75%	60%	70%	75%
	2	Ketersediaan APD di setiap instalasi/ departemen	≥ 60 %	40%	60%	80%
	3	Rencana Program PPI sesuai rencana	Ada	Ada	Ada	Ada
Proses	4	Pelaksanaan program PPI sesuai rencana	100%	50%	55%	80%
	5	Penggunaan APD saat melaksanakan tugas	100%	40%	65%	80%

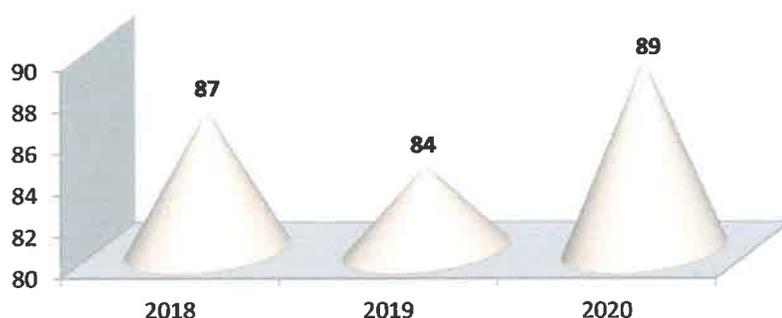
		6	6. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / <i>health care associated infection</i> (HAI) di RS	≥ 75 %	90%	90%	90%
--	--	---	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------	-----	-----	-----

NO	Indikator		Standar	Pencapaian		
	Jenis	Uraian		2018	2019	2020
<b>22</b>	<b>PELAYANAN KEAMANAN</b>		<b>100</b>	<b>94</b>	<b>78</b>	<b>72</b>
	Input	1	Petugas keamanan bersertifikat pengamanan	100%	100%	50%
		2	Sistem pengamanan	100%	84%	85%
	Proses	3	Petugas keamanan melakukan pengawasan keliling RS	100%	92%	100%
		4	Evaluasi terhadap sistem pengamanan	100%	92%	100%
	Output	5	Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang	100%	98%	99%
	Out come	6	Kepuasan pasien terhadap pelayanan keamanan	≥ 90%	96%	-

NO	Indikator		Standar	Pencapaian		
	Jenis	Uraian		2018	2019	2020
<b>23</b>	<b>PELAYANAN RADIOTERAPI</b>					<b>83</b>
	Input	1	Pemberi pelayanan radioterapi	100%	-	100%
		2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan radioterapi	Sesuai standar	-	Sesuai standar
	Proses	3	Waktu tunggu/ antrian pasien radiasi < 14 hari	≥80%	-	≥80%
		4	Waktu tunggu rawat jalan < 60 menit	100%	-	≥80%
		5	Ketepatan Overall Treatment Time	≥80%	-	≥85%
		6	Standar waktu penyelesaian pelayanan tiap tindakan	≥80%	-	≥80%
	Output	7	Kejadian efek samping akut derajat III-IV	< 35%	-	< 30%
	Out come	8	Kepuasan pasien	> 80%	-	-

Tabel 23 Standar Pelayanan Minimal RS

**Grafik 19**  
**Rata – rata pencapaian SPM th 2018 – 2020**



*Grafik 19 Rata - rata pencapaian SPM*

Adanya penurunan nilai Standar Pelayanan Minimal dikarenakan perubahan kelas rumah sakit pada tahun 2019 yang membawa perubahan pada kesesuaian standar pelayanan, sedangkan pada tahun 2020 terdapat penurunan beberapa indikator dikarenakan pandemi Covid-19, walaupun secara rata – rata terjadi peningkatan nilai Instalasi onkologi radiasi mulai aktif melakukan pelayanan pada tahun 2019 akhir dan baru dilakukan penilaian standar pelayanan minimal pada tahun 2020

#### 2.4.3 Indikator Kinerja Unit

**Tabel 24**  
**INDIKATOR KINERJA UNIT**  
**RSUD Dr H Abdul Moeloek Provinsi Lampung 2015 – 2019**  
(Berdasarkan Peraturan Dirjen Perbendaharaan Kementerian Keuangan nomor : 36 th. 2016)

No	URAIAN	NILAI IDEAL	SKOR 2018	SKOR 2019	SKOR 2020
I	<b>RASIO KEUANGAN</b>				
1	Rasio Kas ( <i>Cash Ratio</i> )	2.00	0.25	0.25	1.00
2	Rasio Lancar ( <i>Current Ratio</i> )	2.50	0.50	0.50	0.50
3	Periode Penagihan Piutang( <i>Collection Period</i> )	2.00	0.50	2.00	1.50
4	Perputaran Aset Tetap ( <i>Fixed Asset Turnover</i> )	2.00	2.00	2.00	2.00
5	Imbalan atas Aset Tetap( <i>Return On Fixed Asset</i> )	2.00	2.00	2.00	2.00
6	Imbalan Ekuitas ( <i>Return On Equity</i> )	2.00	2.00	2.00	2.00
7	Perputaran Persediaan( <i>Inventory Turn over</i> )	2.00	1.00	1.50	1.50
8	Rasio Pendapatan Operasional thd Biaya Operasional	2.50	2.50	2.50	2.50
9	Rasio Subsidi Biaya Pasien	2.00	-	0.50	1.00
	<b>Sub Total</b>	<b>19.00</b>	<b>10.75</b>	<b>13.25</b>	<b>13.50</b>

No	URAIAN	NILAI IDEAL	SKOR 2018	SKOR 2019	SKOR 2020
<b>II</b>	<b>KEPATUHAN PENGELOLAAN KEUANGAN</b>				
1	Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA)	2.00	1.00	1.60	2.00
2	Laporan Keuangan	2.00	1.00	1.65	2.00
3	Pengesahan Pendapatan dan Belanja	2.00	1.00	2.00	2.00
4	Tarif Layanan	1.00	1.00	0.25	1.00
5	Sistem dan Kebijakan Akuntansi	1.00	1.00	1.00	1.00
6	Persetujuan Rekening	0.50	0.50	0.40	0.50
7	SOP Pengelolaan Kas	0.50	0.25	0.50	0.50
8	SOP Pengelolaan Piutang	0.50	0.25	0.50	0.50
9	SOP Pengelolaan Utang	0.50	0.50	0.50	0.50
10	SOP Pengadaan Barang dan Jasa	0.50	0.50	0.50	0.50
11	SOP Pengelolaan Barang Inventaris	0.50	0.50	0.50	0.50
	<b>Sub Total</b>	<b>11.00</b>	<b>7.50</b>	<b>9.40</b>	<b>11.00</b>

No	URAIAN	NILAI IDEAL	SKOR 2018	SKOR 2019	SKOR 2020
<b>III</b>	<b>PERTUMBUHAN PRODUKTIVITAS</b>				
1	Pertumbuhan Rata-rata Kunjungan Rawat Jalan	2.00	2.50	2.00	2.50
2	Pertumbuhan Rata-rata Kunjungan Rawat Darurat	2.00	1.50	1.00	1.50
3	Pertumbuhan Hari Perawatan Rawat Inap	2.00	1.50	1.50	1.50
4	Pertumbuhan Pemeriksaan Radiologi	2.00	1.50	1.25	1.50
5	Pertumbuhan Pemeriksaan Laboratorium	2.00	2.00	1.25	2.00
6	Pertumbuhan Operasi	2.00	1.50	1.50	1.50
7	Pertumbuhan Rehab Medik	2.00	2.50	2.00	2.50
8	Pertumbuhan Peserta Didik Pendidikan Kedokteran	2.00		1.50	1.50
9	Pertumbuhan Penelitian yang Dipublikasikan	2.00		1.50	1.50
	<b>Sub Total</b>	<b>18.00</b>	<b>13.00</b>	<b>13.50</b>	<b>13.00</b>

No	URAIAN	NILAI IDEAL	SKOR 2018	SKOR 2019	SKOR 2020
<b>IV</b>	<b>EFEKTIVITAS PELAYANAN</b>				
1	Kelengkapan Rekam Medik 24 Jam Selesai Pelayanan	2.00	2.00	2.00	2.00
2	Pengembalian Rekam Medik	2.00	-	1.50	1.25
3	Angka Pembatalan Operasi	2.00	1.50	1.50	1.50
4	Angka Kegagalan Hasil Radiologi	2.00	1.50	0.50	1.50
5	Penulisan Resep Sesuai Formularium	2.00	2.00	2.00	2.00
6	Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium	2.00	1.50	1.50	1.50
7	Bed Occupancy Rate (BOR)	2.00	1.50	1.50	1.50
	<b>Sub Total</b>	<b>14.00</b>	<b>10.00</b>	<b>10.50</b>	<b>11.25</b>

No	URAIAN	NILAI IDEAL	SKOR 2018	SKOR 2019	SKOR 2020
V	<b>PERTUMBUHAN PEMBELAJARAN</b>				
1	Rata-rata Jam Pelatihan/ Karyawan	1.00	0.50	1.00	0.50
2	Persentase Dokter Pendidik Klinis yang mendapat TOT	1.00	-	1.00	-
3	Program <i>Reward and Punishment</i>	1.00	1.50	0.50	1.50
	<b>Sub Total</b>	<b>3.00</b>	<b>2.00</b>	<b>2.50</b>	<b>2.00</b>

No	URAIAN	NILAI IDEAL	SKOR 2018	SKOR 2019	SKOR 2020
VI	<b>MUTU LAYANAN</b>				
1	<i>Emergency Response Time Rate</i>	2.00	2.00	2.00	2.00
2	Waktu Tunggu Rawat Jalan	2.00	1.50	0.50	1.50
3	<i>Length of Stay</i>	2.00	2.00	2.00	2.00
4	Kecepatan Pelayanan Resep Obat Jadi	2.00	1.00	2.00	1.00
5	Waktu Tunggu Sebelum Operasi	2.00	2.00	2.00	2.00
6	Waktu Tunggu Hasil Laboratorium	2.00	2.00	2.00	2.00
7	Waktu Tunggu Hasil Radiologi	2.00	2.00	2.00	2.00
	<b>Sub Total</b>	<b>14.00</b>	<b>12.50</b>	<b>12.50</b>	<b>12.50</b>

No	URAIAN	NILAI IDEAL	SKOR 2018	SKOR 2019	SKOR 2020
VII	<b>MUTU KLINIK</b>				
1	Angka Kematian di Gawat Darurat	2.00	1.50	2.00	1.50
2	Angka Kematian / Kebutaan $\geq$ 48Jam	2.00	2.00	2.00	2.00
3	<i>Post Operative Death Rate</i>	2.00	1.50	2.00	1.50
4	Angka Infeksi Nosokomial	4.00	2.75	1.00	2.75
5	Angka Kematian Ibu di Rumah Sakit	2.00	1.00	2.00	1.00
	<b>Sub Total</b>	<b>12.00</b>	<b>8.75</b>	<b>9.00</b>	<b>8.75</b>

No	URAIAN	NILAI IDEAL	SKOR 2018	SKOR 2019	SKOR 2020
VIII	<b>KEPEDULIAN THD MASYARAKAT / PELANGGAN</b>				
1	Pembinaan kepada Pusat Kesehatan Masyarakat dan Sarana Kesehatan lain	1.00	-	1.00	1.00
2	Penyuluhan Kesehatan	1.00		1.00	1.00
3	Rasio Tempat Tidur Kelas III	2.00	2.00	2.00	2.00
	<b>Sub Total</b>	<b>4.00</b>	<b>2.00</b>	<b>4.00</b>	<b>4.00</b>

No	URAIAN	NILAI IDEAL	SKOR 2018	SKOR 2019	SKOR 2020
IX	<b>KEPUASAN PELANGGAN</b>				
1	Penanganan Pengaduan / Komplain	1.00	1.00	1.00	1.00
2	Kepuasan Pelanggan	1.00	0.80	0.80	0.80
	<b>Sub Total</b>	<b>2.00</b>	<b>1.80</b>	<b>1.80</b>	<b>1.80</b>

No	URAIAN	NILAI IDEAL	SKOR 2018	SKOR 2019	SKOR 2020
X	<b>KEPEDULIAN KE LINGKUNGAN</b>				
1	Kebersihan Lingkungan (Program RS Berseri)	2.00	-	2.00	2.00
2	Proper Lingkungan	1.00	-	1.00	1.00
	<b>Sub Total</b>	<b>3.00</b>	<b>-</b>	<b>3.00</b>	<b>3.00</b>

Tabel 24 Indikator Kinerja Unit

## 2.5 TANTANGAN DAN PELUANG PENGEMBANGAN PELAYANAN

### Langkah-Langkah Pencapaian

#### 1. Mengembangkan Kompetensi SDM

Untuk mencapai hal tersebut dilakukan dengan memberi kesempatan dokter umum untuk melanjutkan pendidikan menjadi spesialis, dan dari dokter spesialis menjadi dokter Sub Spesialis /Konsultan. Demikian juga untuk perawat dari Ners menjadi Ners Spesialis dan Ners Konsultan. Serta dilakukan pelatihan-pelatihan keahlian teknis dan non teknis. Menempatkan SDM yang sesuai dengan keahliannya serta menjalankan sistem penghargaan dan hukuman

#### 2. Melengkapi peralatan canggih dan modern

Mengacu pada Sarpras Kelas A kemajuan IPTEK bidang kedokteran memungkinkan kebutuhan pasien terhadap pelayanan yang bermutu dan cepat akan terpenuhi. Pemanfaatan sarana dan prasarana secara optimal sehingga dapat dengan mudah mendiagnosis penyakit dengan cepat dan tepat

#### 3. Pemasaran

Menyebarkan informasi yang terpadu tentang produk layanan dan unggulan, serta fasilitas yang dimiliki dilakukan melalui : Media Sosial ( WEB, IG, FB), brosur atau leaflet, media masa atau media *online*, membuka *homepage* untuk menarik pasar melalui sarana informasi berbasis teknologi. Selain itu dapat juga dilakukan pendidikan kepada masyarakat secara daring melalui webinar, podcast, Ig live dan sebagainya

#### 4. Sistem Informasi Teknologi

RSUD Dr. H. Abdul Moeloek saat ini telah menggunakan SIM RS sebagai fasilitas penunjang pelayanan terutama kepada pasien, beberapa proses pelayanan telah mengalami perubahan yang lebih baik. Saat ini pemanfaatan SIM-RS meliputi Pendaftaran rawat jalan (ROSS) , Laporan Pengaduan Pelanggan Terintegrasi Billing Sistem yang akan dikembangkan untuk seluruh Rumah Sakit (SIAP), E- Rekam Medik, *E- Purchasing*, strategi pelayanan mobil jenazah dan ambulan dengan sistem IT, pembagian jasa layanan berbasis aplikasi, Elektronik Survei Kepuasan Pasien secara online

### 5. Pembenahan Infra Struktur

Memberikan kenyamanan pada pelanggan dengan membenahi ruang - ruang pelayanan, sistem keamanan, perparkiran, dan menambah fasilitas-fasilitas umum

## BAB III PERMASALAHAN DAN ISUE-ISUE STRATEGIS

### 3.1 IDENTIFIKASI PERMASALAHAN

**Tabel 25**  
**Identifikasi Permasalahan Yang Berasal Dari Lingkungan Intenal**

	Internal	Eksternal	
			Capaian Kinerja Pelayanan Kurang Optimal
<b>Sumber Daya Manusia</b>	Kompetensi dokter spesialis, konsultan dan sub spesialis masih kurang	Penempatan SDM belum proporsional berdasarkan kompetensi yang dimiliki	
<b>Cost Recovery Rate</b>	Efisiensi dan promosi RS belum optimal  Pendapatan Rumah Sakit Belum Optimal	Proses Bisnis pelayanan rumah sakit belum efisien	Sebagai BLUD harus mengacu kepada accrual basis tetapi sebagai instansi pemerintah harus tetap menyajikan laporan keuangan cash basis

*Tabel 25 Identifikasi Permasalahan Internal*

Identifikasi Permasalahan Berdasarkan Tugas dan Fungsi yang bersumber dari permasalahan internal SKPD.

**Tabel. 26**  
**Identifikasi Permasalahan Yang Berasal Dari Lingkungan Eksternal**

NO	PERMASALAHAN	
1	Dinamika Nasional	Dinamika Regional/Lokal
2	Penerapan UU SJSN BPJS 2014	<p>Penerapan system rujukan berjenjang dimana sebagai rumah sakit kelas A hanya bisa melayani tindakan sub spesialis, sehingga tidak banyak pasien yang dirujuk ke RSUDAM dikarenakan sudah terlayani di kelas rumah sakit di B atau C atau D</p> <p>Tidak ada kepastian bayar piutang pemerintah dan pihak ke -3 terhadap layanan rumah sakit yang telah diberikan</p>
3	Keterbatasan pemerintah pusat dalam memberikan subsidi kepada RSUDAM	Keterbatasan dana pemerintah daerah dalam memberikan subsidi ke RSUDAM. Saat ini subsidi masih diperlukan khususnya dalam investasi rumah sakit dan pembayaran gaji / honor. Kebutuhan RS yang lain sudah dapat terpenuhi dari BLUD.
4	Berdirinya rumah sakit baru dengan konsep modern	Sebagian besar RS Swasta telah menerima pasien JKN, sementara banyak dokter spesialis RSUDAM yang merasa nyaman bekerja RS Swasta tersebut dikarenakan kepastian pembayaran jasa medis seras fasilitas lain yang diberikan RS swasta tersebut Sehingga menyebabkan beberapa tenaga dokter spesialis meninggalkan tempat tugas untuk bekerja di rumah sakit lain
5	Pandemi Covid -19	Pandemi Covid-19 yang dimulai sejak Februari 2021 di Indonesia telah membawa dampak yang sangat besar terhadap pelayanan di RSUDAM. Sebagai rumah sakit rujukan Penyakit Infeksi Emerging yang ditetapkan Kementerian Kesehatan, RSUDAM diwajibkan untuk dapat melayani pasien Covid dengan berbagai derajat keparahan. Hal ini menyebabkan berkurangnya secara drastis pasien dengan penyakit lain dikarenakan ketakutan akan tertular Covid-19

*Tabel 26 Identifikasi Permasalahan Eksternal*

### 3.2 VISI DAN MISI

Visi merupakan arah pembangunan atau kondisi masa depan daerah .yang ingin dicapai dalam 5 (lima) tahun mendatang (*clarity of direction*). Visi juga harus menjawab permasalahan pembangunan daerah dan/atau isu strategis yang harus diselesaikan dalam jangka menengah serta sejalan dengan visi dan arah pembangunan jangka panjang daerah.

Dengan mempertimbangkan kondisi daerah, permasalahan pembangunan, tantangan yang dihadapi serta isu-isu strategis, dan mengacu pada visi yang telah disampaikan oleh Gubernur hasil pemilihan kepala daerah tahun 2018 maka Visi Propinsi Lampung Tahun 2024 – 2026, adalah :

#### **“RAKYAT LAMPUNG BERJAYA”**

Visi : Visi Provinsi Lampung

#### **“ Rakyat Lampung Berjaya “**

Visi RSUD Dr. H. Abdoel Moeloek Provinsi Lampung

**“ Rumah Sakit Unggul dalam Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian Kesehatan di Sumatera”**

Misi : Misi 3 Provinsi Lampung

**“ Meningkatkan Kualitas Sumber Daya Manusia dan Mengembangkan Upaya Perlindungan Anak, Pemberdayaan Perempuan dan Penyandang Disabilitas ”**

Misi RSUD Dr. H. Abdoel Moeloek Provinsi Lampung

- 1. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu, Profesional dengan mengutamakan keselamatan pasien**
- 2. Menyelenggarakan proses pendidikan dan penelitian yang mengarah pada pengembangan ilmu dan teknologi di bidang kedokteran dan perumahsakititan yang menunjang pelayanan kesehatan prima berdasar standar Nasional dan Internasional**

### 3.3 TELAAH RENSTRA KEMENTERIAN KESEHATAN DAN PROVINSI

Sesuai Renstra Kementerian Kesehatan RI Tahun 2024- 2026, Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan RI adalah “Memenuhi Kebutuhan pelayanan dasar berupa kesehatan bagi masyarakat Indonesia” Sasaran strategis Kementerian Kesehatan tersebut diatas sangat bersinergis dengan sasaran strategis RSUD dr. H. Abdul Moeloek yaitu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat (Lampung Sehat).

### 3.4 TELAAHAN RENCANA TATA RUANG WILAYAH

Kebijakan-kebijakan yang terkait dengan rencana tata ruang dan rencana tata wilayah (RTRW) tidak berpengaruh pada pengembangan RSUD dr. H. Abdul Moeloek demikian juga terkait dengan Kajian Lingkungan Hidup Strategis (KLHS) RSUD dr. H. Abdul Moeloek tidak menimbulkan dampak negatif pada lingkungan.

### 3.5 ISUE- ISUE STRATEGIS

Rumah sakit berada pada *Hold/Maintain (Strategi Market Penetration, Market/Product development)*.

#### 3. Manajemen/ Organisasi

Rumah Sakit Kelas A

- a. RSUD Dr. H. Abdul Moeloek sudah memiliki falsafah dan tujuan sendiri
- b. RSUD Dr. H. Abdul Moeloek sudah memiliki struktur organisasi
- c. Standar Operasional Prosedur (SOP) sudah dimiliki tiap-tiap unit/bagian/instalasi, dan sudah melibatkan unsur manajemen organisasi dalam penetapan SOP.
- d. Kelompok Staf Medis telah memiliki Panduan Praktik Klinik dan *Clinical Pathway* untuk minimal 5 penyakit terbanyak, yang digunakan sebagai panduan dalam penatalaksanaan kasus

#### 4. Manajemen Mutu

Akreditasi RS dan Akreditasi RS Pendidikan

- a. RSUD Dr H Abdul Moeloek telah terakreditasi paripurna versi SNARS Edisi 1

- b. Manajemen sudah berorientasi kepada pelanggan;
  - c. Perbaikan yang terus menerus masih belum sepenuhnya dilakukan;
  - d. RSUD Dr. H. Abdul Moeloek sudah memiliki Komite Mutu , tetapi belum sepenuhnya dijalankan;
  - e. Konsep penghargaan dan hukuman secara teori sudah ada (dengan diterbitkannya SK Direktur nomor : 800/586/VII.01/2.3/III/2020 tentang Reward dan Punishment) , tetapi dalam penerapan belum dilaksanakan sepenuhnya;
  - f. Program pendidikan dan latihan sumber daya manusia yang berkaitan dengan tugas tenaga medis, paramedis, maupun karyawan administrasi sudah dilakukan;
  - g. Pengambilan keputusan belum sepenuhnya berdasarkan kebutuhan dan data yang akurat
5. Sumber Daya Manusia
- Kompetensi dokter, dokter spesialis dan sub spesialis (konsultan) masih belum terpenuhi apabila dibandingkan dengan standar kebutuhan tenaga sebagaimana tercantum dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 3 tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. Demikian juga ners spesialis dan ners konsultan
- Uji kompetensi perawat dan tenaga kesehatan lainnya menjadi syarat mutlak dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- Pelayanan terhadap masyarakat dilakukan oleh tenaga medis, tenaga paramedis perawatan, tenaga paramedis non keperawatan, dan tenaga non medis/administrasi sesuai dengan kompetensi dan kualifikasi keilmuan yang dimiliki.
6. Pemasaran
- Diperlukan pengelolaan pemasaran yang profesional, sehingga pemanfaatan fasilitas Rumah Sakit bisa optimal memberi layanan kepada masyarakat luas.

7. Keuangan

Sebagai BLUD harus mengacu kepada *accrual basis* tetapi sebagai instansi pemerintah harus tetap menyajikan laporan keuangan *cash basis*

8. Produk Layanan

1. Pelayanan Unggulan yang ada di RSAM :

- a. Pelayanan Jantung Terpadu
- b. Pelayanan Onkologi Terpadu
- c. Pelayanan Perinatologi
- d. Pelayanan Urologi

2. RSUD Dr. H. Abdul Moeloek merupakan rumah sakit rujukan tertinggi di Provinsi Lampung; dan

3. Diharapkan segera tersedia pelayanan alat-alat dan tersedianya layanan-layanan unggulan sesuai dengan standar

## **BAB IV TUJUAN DAN SASARAN**

---

Tujuan dan sasaran pada hakekatnya merupakan arahan bagi pelaksanaan setiap pelaksanaan tugas pokok dan fungsi organisasi dalam mendukung pelaksanaan misi, untuk mewujudkan visi RSUD dr. H. Abdul Moeloek selama kurun waktu 2020-2024. Tujuan dan sasaran pada masing-masing misi diuraikan sebagai berikut :

### **4.1 TUJUAN :**

#### **TUJUAN MISI 3 PROVINSI LAMPUNG**

*Meningkatkan kualitas sumber daya manusia dan mengembangkan upaya perlindungan anak, pemberdayaan perempuan dan penyandang disabilitas dengan meningkatkan kualitas, pemerataan, dan akses pelayanan kesehatan dan kesejahteraan sosial sampai ke tingkat desa bekerjasama dengan Pemerintah Kab/Kota dan lembaga terkait (NGO, lembaga donor, dunia usaha, dll);*

Penjabaran dari tujuan Misi 3 Provinsi Lampung untuk RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Adalah :

1. Perluasan dan Fleksibilitas sistem rujukan rumah sakit
2. Peningkatan kualitas mutu pelayanan rumah sakit dengan memenuhi standar Nasional

### **4.2 SASARAN**

Sasaran RPJMD Provinsi Lampung : Meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan.

Adapun Sasaran yang akan dicapai oleh RSUD Dr. H. Abdul Moeloek adalah sebagai berikut : “Mempermudah proses rujukan kerumah sakit serta meningkatkan Pelayanan Kesehatan bermutu dan Profesional

**Tabel 27**  
**Formulasi visi, misi, tujuan dan sasaran serta indikator sasaran**  
**RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung**

MISI	TUJUAN	INDIKATOR TUJUAN	TARGET TUJUAN	IKU RPJMD	IKD
<b>Meningkatkan kualitas SDM dan mengembangkan upaya perlindungan anak, pemberdayaan perempuan dan penyandang disabilitas</b>	Meningkatkan kualitas sumber daya manusia	Indeks Pembangunan Manusia	71,5	Angka Harapan Hidup	Akreditasi Rumah Sakit
					Tingkat Layanan Sub Spesialis
					Nilai SPM
					Survei Kepuasan Pasien / Penerima Layanan

Sumber : bagian Perencanaan

Tabel 27 Formulasi Visi, Misi, Tujuan, Indikator, Sasaran Indikator

**BAB V**  
**STRATEGI DAN ARAH KEBIJAKAN**

---

**STRATEGI DAN ARAH KEBIJAKAN**

Strategi dan kebijakan adalah merupakan rumusan perencanaan komprehensif dalam mencapai tujuan dan sasaran dalam Rencana Strategis Bisnis RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung 2024- 2026 dengan efektif dan efisien. Untuk mewujudkan Visi yang dilaksanakan melalui 1 Misi dan agar lebih terarah dalam mencapai tujuan dan sasaran, maka dirumuskan strategi dan kebijakan kurun waktu 5 (lima) tahun mendatang.

Untuk menyusun strategi yang tepat maka perlu dilakukan analisis secara sistematis dan komprehensif mencakup Analisis Internal dan Eksternal berbasis *balanced scored card*, Analisis Asumsi Strategis, sebagai berikut :

**5.1 ANALISIS SWOT**

**Tabel 30**  
**STRENGTHS-WEAKNESSES-OPPORTUNITIES-THREATS MATRIX**

	<b>STRENGTHS (S)</b>	<b>WEAKNESSES (W)</b>
	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Pengelolaan keuangan secara BLUD</li><li>2. Rumah Sakit Rujukan Tertinggi di Provinsi Lampung</li><li>3. Rumah Sakit Kelas A</li><li>4. Rumah Sakit Pendidikan Utama untuk Fakultas Kedokteran Universitas Lampung</li><li>5. Fasilitas pelayanan medik dan penunjang medik sesuai standar Kelas A</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Jumlah dan kompetensi SDM kesehatan belum mencukupi kebutuhan organisasi</li><li>2. Kompetensi SDM Non Kesehatan belum memadai untuk kebutuhan organisasi</li><li>3. Penempatan SDM belum seluruhnya berdasarkan kompetensi yang dimiliki</li><li>4. Rencana pengembangan SDM belum komprehensif dan berkelanjutan</li></ol>

	<b>STRENGTHS (S)</b>	<b>WEAKNESSES (W)</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Letak geografis yang strategis</li> <li>7. Rumah Sakit Rujukan Jejaring Kardiovaskular</li> <li>8. Memiliki pelayanan unggulan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jantung Terpadu</li> <li>• Onkologi Terpadu (Kemoterapi dan Radioterapi)</li> <li>• Perinatologi</li> <li>• Layanan Urologi (ESWL dan PCNL)</li> </ul> </li> <li>9. Diterapkannya sistem Teknologi Informasi Rumah Sakit</li> <li>10. Rumah Sakit Terakreditasi PARIPURNA KARS versi SNARS edisi 1</li> <li>11. Fasilitas gedung baru yang modern</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS) belum berjalan optimal</li> <li>6. Belum semua kelompok staf medis fungsional mempunyai clinical pathway yang merupakan acuan dalam pelaksanaan pelayanan</li> <li>7. Kurangnya kepatuhan penerapan terhadap standar operasional prosedur</li> <li>8. Pendapatan rumah sakit belum optimal</li> <li>9. Kurangnya kesadaran masyarakat rumah sakit untuk memelihara sarana dan prasarana</li> <li>10. Proses bisnis pelayanan rumah sakit belum efisien</li> <li>11. Pemasaran belum dapat dilaksanakan secara optimal dikarenakan ketidakdisiplinan tenaga medis dalam memberikan pelayanan</li> <li>12. Sistem teknologi informasi masih menggunakan pihak ketiga</li> </ol>
<b>OPPORTUNITIES (O)</b>	<b>STRATEGI (SO)</b>	<b>STRATEGI (WO)</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sebagai rumah sakit pelaksana pelayanan JKN</li> <li>2. Jumlah penduduk, tingkat pendidikan, kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan sangat tinggi</li> <li>3. Dukungan subsidi APBD, APBN dan pihak ketiga untuk pengembangan rumah sakit</li> <li>4. Tingginya minat masyarakat memilih pelayanan rumah sakit Abdul Moeloek</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Efektif, efisien, kendali biaya dan kendali mutu</li> <li>2. Pelayanan paripurna dan berkualitas</li> <li>3. Pemanfaatan teknologi informasi sebagai media Promosi layanan unggulan pada masyarakat di daerah yang berbatasan dengan provinsi Lampung</li> <li>4. Pemanfaatan IT dalam rangka mengakses layanan RSUDAM</li> <li>5. Diversifikasi pelayanan rumah sakit</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rekrutmen dan menyekolahkan SDM kesehatan sesuai kebutuhan organisasi</li> <li>2. Peningkatan kualitas dan kompetensi SDM Non Kesehatan melalui pelatihan dan pendidikan</li> <li>3. Penyusunan proses bisnis/alur layanan rumah sakit yang efektif dan efisien</li> <li>4. Optimalisasi pendapatan rumah sakit dengan melihat peluang yang ada</li> </ol>

<b>OPPORTUNITIES (O)</b>	<b>STRATEGI (SO)</b>	<b>STRATEGI (WO)</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diminati oleh berbagai perusahaan swasta mengadakan kerjasama (KSO)</li> <li>2. Tingginya minat Institusi Pendidikan untuk bekerjasama dengan rumah sakit Abdul Moeloek</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peningkatan fasilitas umum dan <i>go green hospital</i> / <i>healing garden</i></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. MONEV / audit rutin terhadap pelaksanaan standar SPO</li> <li>2. Melakukan audiensi secara intensif kepada <i>stake holder</i> sehingga dukungan terhadap pencapaian <i>Master Plan</i> terlaksana</li> </ol>
<b>TREATHS</b>	<b>STRATEGI (TS)</b>	<b>STRATEGI (TW)</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Globalisasi dibidang pelayanan kesehatan</li> <li>2. Berdirinya rumah sakit baru dengan konsep modern</li> <li>3. Tidak ada kepastian bayar piutang Pemerintah dan pihak Ke-3 terhadap layanan rumah sakit yang telah diberikan</li> <li>4. Ketentuan pengelolaan keuangan di rumah sakit pesaing fleksibel</li> <li>5. Perubahan regulasi perumahan sakitan yang sering berubah dalam waktu singkat</li> <li>6. Persepsi masyarakat bahwa mutu pelayanan rumah sakit pesaing lebih baik</li> <li>7. Prosedur pelayanan di rumah sakit pesaing mudah dan cepat</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pembangunan dan penataan gedung baru yang modern berdasarkan regulasi yang berlaku dan memperhatikan konsep keindahan, kenyamanan dan keamanan</li> <li>2. Pemenuhan SDM profesional dan pengembangan jenis layanan sesuai dengan perkembangan kedokteran modern</li> <li>3. Melengkapi fasilitas pelayanan dan penunjang medik</li> <li>4. Optimalisasi pendapatan lain-lain rumah sakit di luar pendapatan dari pelayanan</li> <li>5. Promosi capaian rumah sakit dalam hal mutu dan kualitas layanan</li> <li>6. Pemanfaatan IT dalam rangka mengakses layanan RSUDAM</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penyusunan regulasi rencana pengembangan SDM kesehatan yang komprehensif dan berkelanjutan</li> <li>2. Mengupayakan adanya regulasi khusus untuk Rumah sakit pemerintah terkait fleksibilitas keuangan, dan rekrutmen SDM Kesehatan</li> <li>3. Mengupayakan adanya regulasi kepastian bayar terhadap piutang pemerintah dan pihak Ke-3</li> </ol>

Tabel 28 Analisa SWOT

## 5.2 ANALISA INTERNAL

**Tabel 31**  
**INTERNAL FAKTOR EVALUATION (IFE) MATRIKS**

FAKTOR SUKSES KRITIS		BOBOT	RATE	SKOR BOBOT
<b>KEKUATAN (STRENGTHS)</b>				
1	Pengelolaan keuangan BLUD	0.10	4	0.4
2	Sebagai Rumah Sakit Pusat rujukan Provinsi Lampung	0.03	2	0.06
3	Sebagai Rumah Sakit Kelas B Pendidikan	0.03	2	0.06
4	Fasilitas pelayanan medik dan penunjang medik sesuai standar Kelas A	0.05	3	0.15
5	Letak geografis yang strategis	0.05	1	0.05
6	Memiliki pelayanan unggulan : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kardiologi Intervensi</li> <li>• Onkologi Terpadu (Kemoterapi dan Radioterapi)</li> <li>• Perinatologi</li> <li>• Layanan Urologi (ESWL dan PCNL)</li> </ul>	0.08	2	0.16
7	Diterapkannya sistem Teknologi Informasi Rumah Sakit	0.03	1	0.03
8	Rumah Sakit Terakreditasi PARIPURNA versi KARS 2012	0.05	2	0.1
9	Fasilitas gedung baru yang modern	0.06	4	0.24
<b>KELEMAHAN (WEAKNESSES)</b>				
1	Jumlah dan kompetensi SDM kesehatan belum mencukupi kebutuhan organisasi	0.10	4	0.4
2	Kompetensi SDM Non Kesehatan belum memadai untuk kebutuhan organisasi	0.06	4	0.24
3	Penempatan SDM belum Proporsional berdasarkan kompetensi yang dimiliki	0.03	2	0.06
4	Belum ada rencana pengembangan SDM kesehatan yang komprehensif dan berkelanjutan	0.05	3	0.15
5	Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS) belum berjalan optimal	0.03	1	0.03
6	Kurangnya kepatuhan penerapan terhadap standar operasional prosedur	0.08	3	0.24
7	Pendapatan rumah sakit belum optimal	0.08	3	0.24
8	Kurangnya kesadaran masyarakat rumah sakit untuk memelihara sarana dan prasarana	0.06	2	0.12
9	Proses bisnis pelayanan rumah sakit belum efisien	0.03	2	0.06
<b>Nilai</b>		<b>1</b>		<b>2.79</b>

Tabel 29 Analisa Internal

### 5.3 ANALISA EKSTERNAL

**Tabel 32**  
**EXTERNAL FAKTOR EVALUATION (EFE) MATRIKS**

FAKTOR SUKSES KRITIS		BOBOT	RATE	SKOR BOBOT
<b>PELUANG (OPPORTUNITIES)</b>				
1	Sebagai rumah sakit pelaksana pelayanan JKN	0.10	4	0.4
2	Jumlah penduduk, tingkat pendidikan, kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan sangat tinggi	0.05	1	0.05
3	Dukungan subsidi APBD, APBN dan pihak ketiga untuk pengembangan rumah sakit	0.06	3	0.18
4	Tingginya minat masyarakat memilih pelayanan rumah sakit Abdul Moeloek	0.08	3	0.24
5	Diminati oleh berbagai perusahaan swasta mengadakan kerjasama (KSO)	0.05	2	0.1
6	Tingginya minat Institusi Pendidikan untuk bekerjasama dengan rumah sakit Abdul Moeloek	0.08	3	0.24
7	Lokasi strategis dan akses terjangkau	0.05	2	0.1
<b>ANCAMAN (THREATS)</b>				
1	Globalisasi dibidang pelayanan kesehatan	0.04	1	0.04
2	Berdirinya rumah sakit baru dengan konsep modern	0.04	1	0.04
3	Tidak ada kepastian bayar piutang Pemerintah dan pihak Ke-3 terhadap layanan rumah sakit yang telah diberikan	0.10	3	0.3
4	Ketentuan pengelolaan keuangan di rumah sakit pesaing fleksibel	0.05	2	0.1
5	Perubahan regulasi perumahan sakitan yang sering berubah dalam waktu singkat	0.10	4	0.4
6	Persepsi masyarakat bahwa mutu pelayanan rumah sakit pesaing lebih baik	0.08	3	0.24
7	Prosedur pelayanan di rumah sakit pesaing mudah dan cepat	0.12	4	0.48
<b>Nilai</b>		<b>1</b>		<b>2.91</b>

*Tabel 30 Analisa Eksternal*

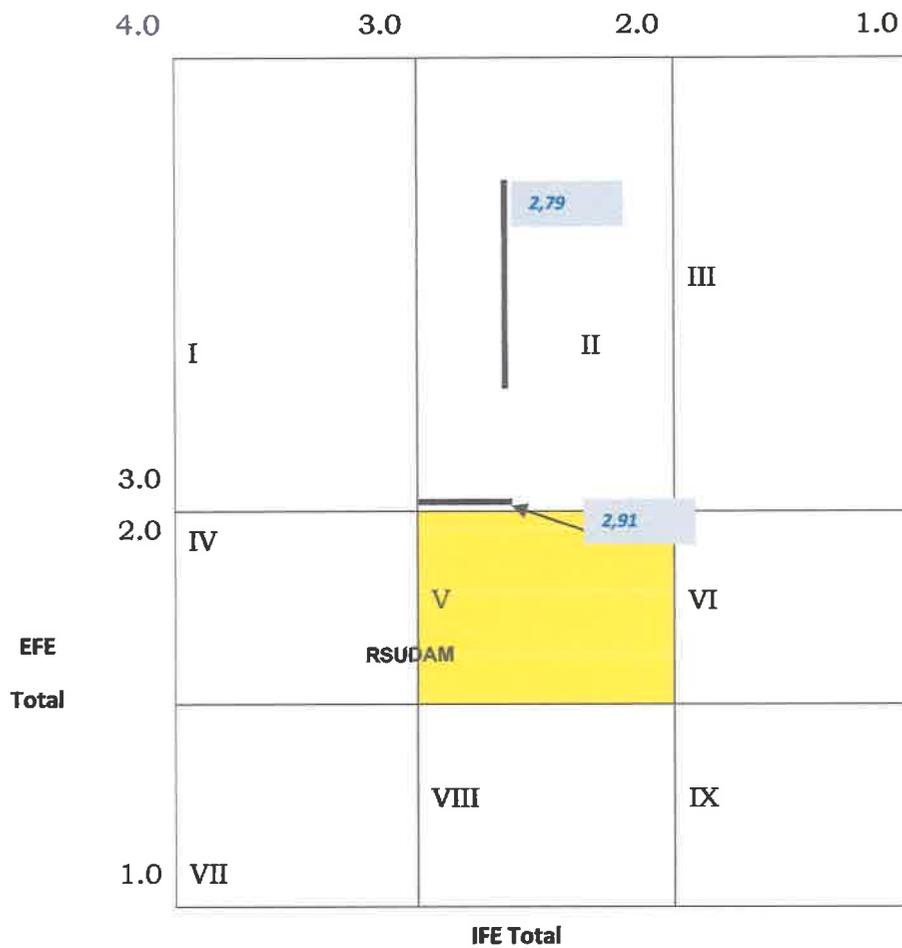
**Penjelasan :**

Total nilai yang didapat pada IFE matriks adalah sebesar 2,79 menandakan bahwa RSUD. Dr. H. Abdul Moeloek memiliki nilai Internal yang kuat.

Total nilai yang didapat pada EFE matriks adalah sebesar 2,91 menandakan bahwa mengindikasikan bahwa RSUD. Dr. H. Abdul Moeloek merespon sangat baik terhadap peluang dan ancaman yang datang seperti ancaman dari Rumah Sakit pesaing disekitarnya.

**5.4 SIKLUS KEHIDUPAN BISNIS**

**INTERNAL-EXTERNAL MATRIKS**



Grafik 20 Internal - Eksternal Matriks



Dalam mencapai tujuan tersebut, RSUD Dr H Abdul Moeloek telah menetapkan program prioritas sebagai berikut :

1. Pelayanan Jantung Terpadu
2. Pelayanan Onkologi Terpadu
  - Onkologi radiasi
  - Kemoterapi
  - Kedokteran nuklir (tahap pengembangan)
3. Perinatologi
4. Revitalisasi Mahan Munyai A sebagai layanan eksekutif
5. Pengembangan dan Peningkatan Layanan Potensial Lain
  - Pengembangan layanan *Vasculo Uro Nephrology*
  - Pengembangan Unit *Stroke dan Neuroscience centre*
  - *Digestive Centre*
  - *Diagnostic Terpadu*
6. Pemantapan Sistem
  - Hospital Information System yang dilakukan secara mandiri
  - Pendidikan, pelatihan dan penelitian

Dengan demikian dalam kurun waktu 2021 s/d 2024, kegiatan RSUD Dr H Abdul Moeloek difokuskan pada keenam hal di atas, dengan tidak meninggalkan kegiatan lainnya.

## **BAB VI**

### **RENCANA PROGRAM, KEGIATAN DAN KEUANGAN**

---

Program dapat didefinisikan sebagai penjabaran kebijakan OPD dalam bentuk upaya yang berisi satu atau lebih kegiatan dengan menggunakan sumber daya yang disediakan untuk mencapai hasil yang terukur sesuai dengan misi daerah, sedangkan kegiatan merupakan bagian dari program yang dilaksanakan oleh satu atau lebih unit kerja pada OPD sebagai bagian dari pencapaian sasaran terukur pada suatu program dengan melibatkan sumber daya sebagai masukan (*input*) untuk menghasilkan keluaran (*output*) dalam bentuk barang/jasa. Penentuan rumusan program yang dilakukan melalui perencanaan yang komprehensif dalam sebuah organisasi/lembaga merupakan hal penting yang harus dilakukan agar program-program tersebut dapat menunjang terlaksananya tujuan dari organisasi/lembaga. Guna mendukung keberhasilan pelaksanaan program-program pembangunan yang berkesinambungan yang tertuang dalam visi kepala daerah yang tercantum dalam Perubahan RPJMD Provinsi Lampung 2020-2024, dan sebagai arah kebijakan RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung, maka berikut ini disusunlah Rencana Program dan Kegiatan, Indikator Kinerja, Kelompok Sasaran, dan Pendanaan Indikatif sesuai dengan tugas pokok dan fungsi yang dijabarkan dalam tabel berikut ini.

Untuk kegiatan yang bersumberdana BLUD, ditetapkan target kegiatan berdasarkan perhitungan **Estimasi Permintaan (EP)** terhadap unit pelayanan pada sisa 4 (empat) tahun mendatang, yang dapat dilihat pada tabel berikut :

## 6.1 ESTIMASI PERMINTAAN KEGIATAN

**Tabel 33**  
**Estimasi Permintaan Pelayanan Direktorat Pelayanan**  
**RSUD.Dr. H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2023 - 2026**  
**Pasien dibayar berdasarkan aktivitas**

No	UNIT PELAYANAN	ACTIVITY DRIVER	ESTIMASI PERMINTAAN / TARGET UTILISASI			
			2023	2024	2025	2026
1	Instalasi Gawat Darurat	Kunjungan	1.352	5.416	5.220	5.024
2	Instalasi Rawat Jalan	Kunjungan	22.073	23.807	25.197	26.587
3	Instalasi Rawat Inap	Hari rawat	4.424	3.519	3.383	3.247

No	UNIT PELAYANAN	ACTIVITY DRIVER	ESTIMASI PERMINTAAN / TARGET UTILISASI			
			2023	2024	2025	2026
4	Instalasi Bedah Sentral	Operasi	2.418	250	245	240
5	Instalasi Intensif Terpadu	Hari rawat	24	29	34	39
6	Instalasi Onkologi Radiasi	Kunjungan	11.333	239	288	337
7	Instalasi Radiologi	Foto	254	488	457	425
8	Instalasi Patologi Klinik	Pemeriksaan	2.060	2.686	3.026	3.365
9	Instalasi Patologi Anatomi	Pemeriksaan	39	142	95	48
10	Instalasi Rehab. Medik	Tindakan	11.068	16.804	18.095	19.386
11	Instalasi Farmasi	Resep	33.689	40.941	48.476	56.011
12	Instalasi Gizi	Pasien	421	662	796	931
13	Instalasi <i>Medical Check Up</i>	Pelanggan	6.331	8.039	7.321	6.604
14	Instalasi Forensik	Pelanggan	1.299	3.044	3.551	4.058
15	UTDRS	Kantong Darah	1.485	3.196	4.067	4.939
16	Layanan Hemodialisa	Pelanggan	16.637	200	236	273
17	Layanan Endoskopi	Pelanggan	135	40	49	59
	<b>TOTAL</b>		<b>115.030</b>	<b>109.501</b>	<b>120.536</b>	<b>131.572</b>

Tabel 31 Estimasi Permintaan Layanan Dir Yan Pasien dibayar berdasar Pergub

Catatan :

Estimasi permintaan layanan diambil berdasarkan perhitungan *forecast* dari layanan 3 tahun sebelumnya

**Tabel 34**  
**Estimasi Permintaan Pelayanan Direktorat Pelayanan**  
**RSUD.Dr. H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2023-2026**  
**Pelayanan Pasien Berdasar Pembiayaan**

No	UNIT PELAYANAN	ACTIVITY DRIVER	ESTIMASI PERMINTAAN / TARGET UTILISASI			
			2023	2024	2025	2026
1	Pasien dibayar berdasar aktivitas (Pergub Tarif)	Kunjungan	3.655	3.519	3.383	3.247
2	Pasien Jaminan	Kunjungan				
	a. JKN		27.032	26.504	25.977	25.449
	b. Asuransi Swasta		30	41	51	62
	c. Korporasi (PT. KAI,dinsos dsb)		31	22	13	4
	d. Asuransi Pemerintah (Jasaraharja, Jamkesda)		2.534	2.080	1.626	1.172
	<b>TOTAL</b>		<b>3.568</b>	<b>4.816</b>	<b>6.064</b>	<b>7.312</b>

*Tabel 32 Estimasi Permintaan Layanan Dir Yan Pasien berdasar Pembiayaan*

**Tabel 35**  
**Estimasi Permintaan Layanan Direktorat Umum dan Keuangan**  
**RSUD.Dr. H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2023 - 2026**

No	UNIT PELAYANAN	ACTIVITY DRIVER	ESTIMASI PERMINTAAN / TARGET UTILISASI			
			2023	2024	2025	2026
1	Instalasi Loundri	Kg Cucian	211.783	261.097	310.410	359.724
2	Pelayanan Ambulance dan mobil Jenazah	Pelanggan	1.604	1.871	2.138	2.405
3	Instalasi Kesling	Kg	90.484	92.199	93.913	95.628
4	Instalasi Rekam Medik	Kunjungan Pasien Baru	221.327	272.496	323.664	374.833
5	Aula	Pertemuan	246	288	330	372
6	Unit Parkir	Kendaraan	702.297	770.823	839.350	907.876

*Tabel 33 Estimasi Permintaan Layanan Dir Umum dan Keuangan*

**Tabel 36**  
**Estimasi Permintaan Layanan Direktorat Diklat**  
**RSUD.Dr. H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2023 -2026**

No	UNIT PELAYANAN	ACTIVITY DRIVER	ESTIMASI PERMINTAAN / TARGET UTILISASI			
			2023	2024	2025	2026
1	Instalasi Diklat	Siswa	9.270	11.307	13.344	15.381
2	Pihak Ketiga (KSO)	Perjanjian	32	34	37	39

*Tabel 34 Estimasi Permintaan Layanan Dir Diklat*

- Setelah diketahui target produksi berdasarkan Estimasi Permintaan, maka dikonversi menjadi target pembiayaan operasional dengan cara dikalikan dengan Unit cost per *activity driver*
- Kemudian dikonversikan menjadi pendapatan (*Revenue*) dengan cara dikalikan tarif per *activity driver*
- Estimasi permintaan masing-masing unit pelayanan dihitung dengan rumus extrapolasi linier yang memunculkan besaran estimasi permintaan selama 5 tahun dilakukan koreksi berdasarkan isue-isue strategis nasional, regional dan daerah.
- Data estimasi permintaan yang telah dikoreksi dimasukkan kedalam tabel untuk menggambarkan target produksi selama 5 tahun sesuai dengan Rencana Bisnis yang merupakan perencanaan jangka menengah
- Setiap pelayanan memiliki *activity driver* yang berbeda

## 6.2 ESTIMASI PENDAPATAN

**Tabel 37**  
**Target Pendapatan Direktorat Pelayanan**  
**RSUD. Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2023 - 2026**  
**Pasien Dibayar Berdasarkan Aktivitas (Activity Driver)**

No	UNIT PELAYANAN	ESTIMASI PENDAPATAN Th ke -			
		2023	2024	2025	2026
1	Instalasi Gawat Darurat	2.533.089.198	2.872.005.718	2.775.630.342	2.832.053.258
2	Instalasi Rawat Jalan	3.894.209.155	4.415.237.715	4.267.076.381	4.353.817.359
3	Instalasi Rawat Inap	5.785.008.789	6.559.018.268	6.338.918.478	6.467.775.789
4	Instalasi Bedah Sentral	3.651.236.720	4.139.756.605	4.000.839.541	4.082.168.466
5	Instalasi Intensif Terpadu	842.707.607	955.458.288	923.396.147	942.166.911
6	Instalasi Onkologi Radiasi	3.089.274.161	3.502.605.855	3.385.069.544	3.453.881.118
7	Instalasi Radiologi	3.089.274.161	3.502.605.855	3.385.069.544	3.453.881.118
8	Instalasi Patologi Klinik	17.261.096.717	19.570.557.768	18.913.832.100	19.298.311.811
9	Instalasi Patologi Anatomi	83.996.430	95.234.793	92.039.017	93.909.983
10	Instalasi Rehab. Medik	89.570.703	101.554.880	98.147.022	100.142.151
11	Instalasi Farmasi	7.474.941.390	8.475.056.636	8.190.660.693	8.357.160.155
12	Instalasi Gizi	29.146.208	33.045.846	31.936.933	32.586.146
13	Instalasi <i>Medical Check Up</i>	5.716.727.895	6.481.601.682	6.264.099.746	6.391.436.145
14	Instalasi Forensik	1.733.479.951	1.965.412.167	1.899.459.187	1.938.071.326
15	UTDRS	1.459.118.247	1.654.342.039	1.598.827.583	1.631.328.493
16	Layanan Hemodialisa	196.344.977	222.615.097	215.144.842	219.518.299
17	Layanan Endoskopi	77.629.380	88.015.859	85.062.327	86.791.471
	<b>TOTAL PENDAPATAN</b>	<b>57.006.851.687</b>	<b>64.634.125.073</b>	<b>62.465.209.428</b>	<b>63.735.000.000</b>

*Tabel 35 Target Pendapatan Pasien Dibayar Berdasar Aktivitas (Pergub)*

**Tabel 38**  
**Target Pendapatan Direktorat Pelayanan**  
**RSUD.Dr. H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2023 - 2026**  
**Pelayanan Pasien Berdasar Pembiayaan**

No	UNIT PELAYANAN	ESTIMASI PENDAPATAN Th ke -			
		2023	2024	2025	2026
1	Pasien dibayar berdasar aktivitas (Pergub)	57.006.851.687	64.634.125.073	62.465.209.428	63.735.000.000
2	Pasien Jaminan				
	a.JKN	93.797.529.475	106.347.238.485	102.778.563.437	104.867.842.447
	b.BPJS Tenaga Kerja	218.363.474	247.579.574	239.271.591	244.135.496
	c.Asuransi Swasta	88.831.830	100.717.150	97.337.403	99.316.074
	d.Jampersal	292.753.099	331.922.214	320.783.960	327.304.845
	e.Kemitraan APBD	570.184.244	646.472.462	624.778.903	637.479.386
	f.COVID	105.278.490.729	119.364.303.341	115.358.817.002	117.703.826.962
	g.Iur Biaya	557.793.348	632.423.717	611.201.589	623.626.073
	h.Jasa Raharja	77.340.698	87.688.553	84.746.004	86.468.718
	<b>TOTAL</b>	<b>257.888.138.584</b>	<b>292.392.470.570</b>	<b>282.580.709.317</b>	<b>288.325.000.000</b>

*Tabel 36 Target Pendapatan Pasien Berdasar Pembiayaan*

**Tabel 39**  
**Target Pendapatan Operasional Lain**  
**Direktorat Umum dan Keuangan**  
**RSUD.Dr. H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2023 - 2026**

No	UNIT PELAYANAN	ESTIMASI PENDAPATAN Th ke -			
		2023	2024	2025	2026
1	Instalasi Loundri	8.514.287	9.653.462	9.329.523	9.519.173
2	Pelayanan Ambulance dan mobil Jenazah	434.737.026	492.902.984	476.362.728	486.046.213
3	Instalasi Kesling	97.485.117	110.528.209	106.819.234	108.990.652
4	Instalasi Rekam Medik	1.558.647.968	1.767.188.412	1.707.887.190	1.742.605.061
5	Aula	1.905.657.614	2.160.626.467	2.088.122.715	2.130.570.000
6	Unit Parkir	1.424.181.959	1.614.731.425	1.560.546.175	1.592.268.902
	<b>TOTAL PENDAPATAN</b>	<b>5.429.223.970</b>	<b>6.155.630.959</b>	<b>5.949.067.565</b>	<b>6.070.000.000</b>

*Tabel 37 Target Pendapatan Operasional Lain*

**Tabel 40**  
**Target Pendapatan Lain - Lain**  
**Direktorat Umum dan Keuangan**  
**RSUD.Dr. H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2023 - 2026**

No	UNIT PELAYANAN	ESTIMASI PENDAPATAN Th ke -			
		2023	2024	2025	2026
1	Jasa Giro	2.189.259.561	2.482.173.145	2.398.879.309	2.447.643.643
2	Korporasi	307.053.106	348.135.501	336.453.181	343.292.589
	<b>TOTAL PENDAPATAN</b>	<b>2.496.312.668</b>	<b>2.830.308.646</b>	<b>2.735.332.490</b>	<b>2.790.936.233</b>

*Tabel 38 Target Pendapatan Lain – lain*

**Tabel 41**  
**Target Pendapatan Direktorat Diklat dan SDM**  
**RSUD.Dr. H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2023 - 2026**

No	UNIT PELAYANAN	ESTIMASI PENDAPATAN Th ke -			
		2023	2024	2025	2026
1	Instalasi Diklat	5.429.223.970	6.155.630.959	5.949.067.565	6.070.000.000
2	Kerjasama Operasional	218.299.317	247.506.834	239.201.292	244.063.767
	<b>TOTAL PENDAPATAN</b>	<b>5.647.523.287</b>	<b>6.403.137.793</b>	<b>6.188.268.856</b>	<b>6.314.063.767</b>

*Tabel 39 Target Pendapatan Dir Diklat*

**Tabel 6.12**  
**Target Pendapatan Total**  
**Per Direktorat**  
**RSUD.Dr. H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2023 - 2026**

No	UNIT PELAYANAN	ESTIMASI PENDAPATAN Th ke -			
		2023	2024	2025	2026
1	Wakil Direktur Keperawatan, Pelayanan dan Penunjang Medik	257.888.138.584	292.392.470.570	282.580.709.317	288.325.000.000
2	Wakil Direktur Umum dan Keuangan	7.925.536.638	8.985.939.605	8.684.400.055	8.860.936.233
3	Wakil Direktur Pendidikan, Pengembangan SDM dan Hukum	5.647.523.287	6.403.137.793	6.188.268.856	6.314.063.767
	<b>TOTAL PENDAPATAN</b>	<b>271.461.198.509</b>	<b>307.781.547.968</b>	<b>297.453.378.228</b>	<b>303.500.000.000</b>

*Tabel 40Target Pendapatan Total*

### 6.3. MATRIKS PROGRAM DAN KEGIATAN RENCANA BISNIS TAHUN 2025 s/d 2026

**Tabel 43**  
**MATRIK PROGRAM DAN KEGIATAN RENCANA STRATEGIS BISNIS (RSB) RSUD Dr H ABDUL MOELOEK PROVINSI LAMPUNG TAHUN 2025 S.D 2026**

NO	URUSAN /PROGRAM/KEGIATAN/SUB KEGIATAN	INDIKATOR KINERJA	2025		2026	
			TARGET	PAGU	TARGET	PAGU
	<b>URUSAN WAJIB PELAYANAN DASAR</b>					
	<b>KESEHATAN</b>					
I	Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat	Persentase upaya kesehatan peeorangan dan kesehatan masyarakat	100%	66.695.043.946	100%	56.943.752.000
1	Kegiatan Penyediaan fasilitas pelayanan, sarana prasaraana dan alat kesehatan untuk UKP rujukan UKM dan UKM rujukan tingkat daerah provinsi	Tersedianya fasilitas pelayanan rumah sakit sesuai kebutuhan pelayanan	100%	65.606.891.946	100%	55.143.600.000
1,1	Sub Kegiatan Pengembangan Rumah Sakit	Pembangunan gedung pelayanan	5 unit	61.905.959.994	5 unit	35.143.600.000
1,2	Sub. Kegiatan Pengadaan alat kesehatan/ penunjang medik fasilitas layanan kesehatan (DAK)	Alat Kesehatan Rumah sakit	47 unit	3.700.931.952	15 unit	20.000.000.000
2	Kegiatan penyediaan layanan kesehatan untuk UKP rujukan UKM dan UKM rujukan tingkat daerah provinsi	Terlasanakan pelayanan kesehatan rumah sakit sesuai standar dan mutu pelayanan rumah sakit	100%	1.088.152.000	100%	1.800.152.000

NO	URUSAN /PROGRAM/KEGIATAN/SUB KEGIATAN	INDIKATOR KINERJA	2025		2026	
			TARGET	PAGU	TARGET	PAGU
2,1	Sub kegiatan upaya pengurangan risiko krisis kesehatan	Pasien miskin dan trasport jenazah kelas III.	1000 orang	1.088.152.000	1500 orang	1.800.152.000
<b>II</b>	Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan	Persentase SDM kesehatan yang sesuai standar kompetensi	100%	402.303.000	100%	552.200.000
3	Kegiatan Pengembangan mutu dan peningkatan kompetensi teknis sumber daya manusia kesehatan tingkat provinsi	Tersedianya SDM sesuai kompetensi yang dibutuhkan	100%	402.303.000	100%	552.200.000
3,1	Sub kegiatan peningkatan kompetensi dan kualifikasi sumber daya manusia kesehatan	Jumlah SDM yang mengikuti pendidikan	9 orang	402.303.000	10 orang	552.200.000
<b>III</b>	Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah	Persentase layanan penunjang urusan pemerintah daerah	100%	392.113.037.574	100%	352.176.479.372
4	Kegiatan Administrasi Keuangan Perangkat Daaerah	Terlaksananya kegiatan administrasi dan pelayanan RS	100%	76.770.733.491	100%	71.225.479.372
4,1	Sub kegiatan Penyediaan gaji dan tunjangan ASN	Gaji dan tunjangan ASN	14 bulan	65.837.501.491	14 bulan	71.155.529.372
4,2	Sub kegiatan penyediaan administrasi pelaksanaan tugas ASN	Jasa pengelola keuangan	12 bulan	10.933.232.000	12 bulan	69.950.000
5	Kegiatan Penyediaan jasa penunjang urusan pemerintah daerah	Tersedianya jasa penunjang urusan pemerintah daaerah			100%	10.951.000.000
5,1	Sub. Kegiatan Penyediaan jasa pelayanan umum kantor	Jasa pengelola keuangan dan honor PTHL			13 Bulan	10.951.000.000
6	Kegiatan Peningkatan Pelayanan BLUD	Terlaksananya pelayanan BLUD	100%	315.342.304.083	100%	376.537.598.433

Tabel 41 Matriks Program Rencana Kegiatan dan Sub Kegiatan

**BAB VII**  
**KINERJA YANG MENGACU PADA TUJUAN DAN SASARAN RPJMD**

Pada bagian ini dikemukakan indikator kinerja RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung yang secara langsung menunjukkan kinerja yang akan dicapai RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung dalam lima tahun mendatang sebagai komitmen untuk mendukung pencapaian tujuan dan sasaran RPJMD sebagaimana pada Tabel

TUJUAN RSUD	INDIKATOR TUJUAN RSUD	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA SASARAN /IKU OPD	SATUAN	FORMULA	BASELINE 20122	TARGET IKU	
							2025	2026
Meningkatkan aksesibilitas dan kualitas Kesehatan masyarakat	Angka Harapan hidup	Pelayanan Kesehatan bermutu dan profesional	1 Akreditasi Rumah Sakit	Dokumen	Standar Komite Akreditasi Rumah Sakit	Paripurna KARS Versi 2012	Verifikasi Paripurna	Verifikasi Paripurna
			2 Pelayanan Sub Spesialis	Persentase	Standar Pelayanan RS Kelas A	-	88%	95%
			3 Pencapaian SPM	Nilai rata - rata capaian SPM	Standar SPM Rumah Sakit	-	88%	91%
			4 Survei kepuasan pasien / penerima layanan	Nilai rata - rata responden	Survei terhadap pelanggan	-	87%	88%

berikut :

*Tabel 42 Kinerja yang mengacu pada RPJMD*

Indikator Kinerja disusun berdasarkan SK Direktur Utama RSUD Dr H Abdul Moeloek nomor : 050/6420.A/VII.02/2.2/X/2020 tentang Penetapan IKU RSUDAM

## **BAB VIII PENUTUP**

---

Dalam mengantisipasi perkembangan pada masa yang akan datang, maka Dalam mengantisipasi perkembangan pada masa yang akan datang, maka Dalam mengantisipasi perkembangan pada masa yang akan datang, maka RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung dituntut untuk mempersiapkan diri dan secara terus menerus melakukan perubahan kearah perbaikan melalui tahapan-tahapan yang konsisten dan berkelanjutan. Penyusunan Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2024-2026 mengacu pada visi dan misi Gubernur Provinsi Lampung. RSB ini disusun dengan tujuan agar dapat menjawab dan memfokuskan upaya RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan.

### **Kaidah Pelaksanaan**

RPJMD Provinsi Lampung Tahun 2024-2026 merupakan penjabaran dari visi, misi dan program Kepala Daerah dan Wakil Kepala Daerah terpilih yang dijadikan pedoman dalam menyusun RSB RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung dan RKPD yang hendaknya dapat dilaksanakan secara konsisten, jujur, transparan, profesional, partisipatif dan penuh tanggung jawab. Sehubungan dengan hal tersebut, perlu dirumuskan kaidah-kaidah pelaksanaan sebagai berikut:

- 1 Renstra Bisnis RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2024-2026 yang berpedoman pada Revisi RPJMD Provinsi Lampung Tahun 2024 - 2026 diarahkan dan dikendalikan langsung oleh Direktur RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung ;
- 2 Seluruh komponen pada RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung dan seluruh pemangku kepentingan agar mendukung pencapaian target-target sebagaimana yang telah ditetapkan di dalam Renstra Bisnis RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2024- 2026;
- 3 Seluruh komponen pada RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung dan seluruh pemangku kepentingan agar melaksanakan program-program yang tercantum di dalam Renstra Bisnis RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2024-2026 dengan sebaik- baiknya;

- 4 Renstra Bisnis ini harus dijadikan pedoman dalam menyusun rencana kerja tahunan RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung selama periode Renstra.
- 5 Renstra Bisnis ini harus dijadikan dasar evaluasi kinerja SKPD dan laporan pelaksanaan Renstra SKPD.
- 6 Untuk menjaga fleksibilitas namun tetap konsisten pada Visi RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung, Renstra ini dapat direvisi apabila terjadi perubahan kebijakan dimasa yang akan datang
- 7 Rencana Strategi Bisnis RSAM tahun 2024 - 2026 memuat kajian strategis dan penetapan kebijakan strategis RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung untuk 3 tahun yang akan datang. Beberapa indikator keberhasilan pelaksanaan juga telah ditetapkan sebagai target yang harus dicapai. Untuk implementasi Rencana Strategi tersebut dibutuhkan komitmen yang tinggi, kerja keras, dedikasi, loyalitas dari seluruh jajaran Rumah Sakit.

Demikian Renstra Bisnis RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2024-2026 telah disusun, sebagai panduan bagi RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung dalam melaksanakan strategi pada 5 (lima) tahun ke depan. Oleh karena itu konsistensi, kerjasama, transparansi dan inovasi serta rasa tanggung jawab tinggi diperlukan guna pencapaian target-target yang telah ditetapkan dalam Renstra.Bisnis

Diharapkan Rencana Strategi Bisnis tahun 2024-2026 ini dapat mengantarkan RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung menjadi lebih baik dalam pelayanan kesehatan rujukan kepada masyarakat Provinsi Lampung serta dukungan seluruh pemangku kepentingan terutama Pemerintah Provinsi Lampung, sehingga dapat mendukung Visi Provinsi Lampung yaitu **"RAKYAT LAMPUNG BERJAYA"**.

---

**Pj. GUBERNUR LAMPUNG,**

ttd

**SAMSUDIN**

Salinan sesuai aslinya  
**KEPALA BIRO HUKUM,**  
  
**PUADI JAILANI, SH, MH.**  
Pembina Utama Muda  
NIP. 19650905 199103 1 004

LAMPIRAN II : PERATURAN GUBERNUR LAMPUNG

NOMOR : TAHUN 2024

TANGGAL : 2024

RENCANA PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM)

RSUD Dr. H. ABDUL MOELOEK PROVINSI LAMPUNG

TAHUN 2024 S.D 2026

NO	JENIS PELAYANAN DASAR	Indikator		Definisi Operasional	Standar	RENCANA TARGET			PJ		
		Jenis	Uraian			2024	2025	2026			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
1	GAWAT DARURAT	Input	1	Kemampuan menangani <i>live saving</i>	Upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan <i>Circulation, Airway, dan Breathing</i>	100%	80%	80%	80%	Pelayanan	
			2	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan bersertifikat (ATLS/BTLS/ALS/PPGD/GELS) yang masih berlaku	Tenaga Kompeten adalah tenaga pemberi pelayanan gawat darurat yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS/BTLS/ALS/ PPGD/GELS yang masih berlaku	100%	80%	80%	80%		
		Proses	3	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	Tim yang dibentuk di RS dengan tujuan untuk memberukan pertolongan klinis dalam penanggulangan akibat bencana alam yang terjadi.	1 Tim	100%	100%	100%		
			4	Jam buka pelayanan gawat darurat	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh	24 Jam	24 jam	24 jam	24 jam		
			5	Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat	Waktu yang dibutuhkan mulai pasien datang di IGD sampai mendapat pelayanan dokter	≤ 5 menit dilayani setelah pasien datang	≤ 5 menit	≤ 5 menit	≤ 5 menit		
			6	Tidak adanya keharusan membayar uang muka	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak RS sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan	100%	100%	100%	100%		
			Output	7	Kematian pasien di IGD ≤ 8 jam	Kematian ≤ 8 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 8 jam sejak pasien datang	≤ 2 perseribu	4%	4%		4%
			Outcome	8	Kepuasan pasien	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan oleh dokter, perawat, petugas loket	≥70 %	80%	80%		80%
2	PELAYANAN RAWAT JALAN	Input	1	Ketersediaan pelayanan	Ketersediaan pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang disediakan oleh RS sesuai dengan klasifikasi RS	Minimal sesuai dengan jenis dan klasifikasi RS	100%	100%	100%	Pelayanan	
			2	Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di RS yang dilayani oleh dokter spesialis (untuk RS pendidikan dapat dilayani oleh PPDS)	100% Dokter Spesialis	90%	90%	90%		
		Proses	3	Jam buka pelayanan dengan ketentuan	jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis, jam buka antara pukul 08.00 - 13.00 setiap hari kerja kecuali Jumat pukul 08.00 - 11.00 wib	08.00 - 13.00 setiap hari kerja kecuali Jumat 08.00 - 11.00	80%	80%	80%		

NO	JENIS PELAYANAN DASAR	Indikator		Definisi Operasional	Standar	RENCANA TARGET			PJ
		Jenis	Uraian			2024	2025	2026	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
			4 Waktu tunggu di Rawat Jalan	Waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis	≤ 60 menit	70 menit	70 menit	70 menit	
			5 Penegakkan diagnosa TB melalui pemeriksaan mikroskopis	dengan ditemukannya <i>Mycobacterium tuberculosis</i> melalui 3x pemeriksaan mikroskopis	100%	100%	100%	100%	
2	PELAYANAN RAWAT JALAN		6 Pasien rawat jalan TB yang ditangani dengan strategi DOTS	Pelayanan TBC dengan 5 strategi penanggulangan TBC nasional. Penegakan diagnosis dan <i>follow up</i> pengobatan pasien TBC harus melalui pemeriksaan mikroskopis TBC, pengobatan harus menggunakan panduan obat anti TBC yang sesuai dengan standar penanggulangan TBC nasional, dan semua pasien yang TBC yang diobati dievaluasi secara Kohort sesuai dengan penanggulangan TBC nasional	100%	100%	100%	100%	Pelayanan
			7 Ketersediaan pelayanan VCT (HIV)	Pelayanan di RS kepada masyarakat yang secara sukarela untuk melakukan test dan konseling HIV/AIDS	Tersedia dengan tenaga terlatih	100%	100%	100%	
		Output	8 Peresepan obat sesuai formularium	Formularium adalah daftar obat-obatan yang digunakan di RS	100%	95%	95%	95%	
			9 Pencatatan dan pelaporan TB di RS	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan di RS	100%	100%	100%	100%	
		Outcome	10 Kepuasan pasien	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan oleh dokter, perawat, petugas loket	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	
3	PELAYANAN RAWAT INAP	Input	1 Ketersediaan pelayanan	Jenis-jenis pelayanan rawat inap oleh dokter spesialis yang disediakan oleh RS sesuai kelas RS	Sesuai jenis & kelas RS	Sesuai jenis & kelas RS	Sesuai jenis & kelas RS	Sesuai jenis & kelas RS	Keperawatan
			2 Pemberi pelayanan di rawat inap	Pemberi pelayanan adalah dokter dan perawat yang kompeten (minimal D3)	Sesuai pola ketenagaan, jenis dan kelas RS	100%	100%	100%	
			3 Tempat tidur dengan pengaman	Pengaman adalah peralatan yang dipasang pada tempat tidur pasien agar tidak jatuh dari tempat tidur	100%	100%	100%	100%	
			4 Kamar mandi dengan pengaman pegangan tangan	Pengaman adalah pegangan tangan yang dipasang di kamar mandi untuk membantu pasien agar tidak jatuh di dalam kamar mandi	100%	90%	90%	90%	
		Proses	5 Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	Adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien	100%	100%	100%	100%	
			6 Jam Visite Dokter Spesialis	Kunjungan dokter spesialis setiap hari sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 s.d 14.00 wib	08.00 - 14.00	100%	100%	100%	

NO	JENIS PELAYANAN DASAR	Indikator		Definisi Operasional	Standar	RENCANA TARGET			PJ
		Jenis	Uraian			2024	2025	2026	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
			7 Kejadian infeksi pasca operasi	Adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di RS dan ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (rubor), penerasan (dolor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	
			8 Kejadian infeksi nosokomial	Infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di RS yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi	≤ 9 %	12%	12%	12%	
3	PELAYANAN RAWAT INAP		9 Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/ kematian	Kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb	100%	100%	100%	100%	Keperawatan
			10 Pasien rawat inap TBC yang ditangani dengan strategi DOTS	Pelayanan TBC dengan 5 strategi penanggulangan TBC nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien TBC harus melalui pemeriksaan mikroskopis TBC, pengobatan harus menggunakan panduan obat anti TBC yang sesuai dengan standar penanggulangan TBC nasional, dan semua pasien yang TBC yang diobati dievaluasi secara Kohort sesuai dengan penanggulangan TBC nasional	100%	100%	100%	100%	
		<b>Output</b>	11 Pencatatan dan pelaporan TB di RS		100%	100%	100%	100%	
			12 Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh	Pulang sebelum sembuh adalah pulang permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter	≤ 5 %	≤ 5 %	≤ 5 %	≤ 5 %	
			13 Kematian pasien ≥ 48 jam	Kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk RS	≤ 0,24 %	0,30%	0,30%	0,30%	
		<b>Outcome</b>	14 Kepuasan pasien	Kepuasan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan oleh dokter, perawat, dan kondisi ruangan	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	
		<b>Input</b>	1 Ketersediaan tim bedah	Tim operator adalah tim yang siap untuk melaksanakan pelayanan bedah sesuai kebutuhan dan sesuai kelas rumah sakit baik cito maupun elektif, yang terdiri dari dokter spesialis, perawat	Sesuai dg kls rs	sesuai	sesuai	sesuai	
			2 Ketersediaan fasilitas dan peralatan operasi	Fasilitas dan peralatan ruang operasi adalah ruang mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan bedah sentral baik cito maupun elektif sesuai dengan kelas RS	Sesuai dg kls rs	Sesuai dg kls rs	Sesuai dg kls rs	Sesuai dg kls rs	

NO	JENIS PELAYANAN DASAR	Indikator		Definisi Operasionl	Standar	RENCANA TARGET			PJ
		Jenis	Uraian			2024	2025	2026	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	PELAYANAN BEDAH SENTRAL	3	Kemampuan melakukan tindakan operatif	Tindakan operatif adalah tindakan pembedahan mayor yang dilaksanakan di Instalasi Bedah Sentral dan petugas instrumen sesuai ketentuan yang berlaku	Sesuai dg kls rs	sesuai	sesuai	sesuai	Pelayanan
			Proses	4 Waktu tunggu operasi elektif	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan	≤ 2 hari	6 hari	7 hari	
		5 Tidak adanya kejadian operasi salah sisi		Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya yang dioperasi di sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya	100%	100%	100%	100%	
		6 Tidak adanya kejadian operasi salah orang	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah	100%	100%	100%	100%		
4	PELAYANAN BEDAH SENTRAL	7	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan	100%	100%	100%	100%	Pelayanan
			8 Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan	100%	0%	100%	100%	
			9 Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, salah penempatan ET	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube	≤ 6 %	≤ 2 %	≤ 2 %	≤ 2 %	
		Output	10 Kejadian kematian di meja operasi	Kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi diatas meja operasi berlangsung yg diakibatkan oleh tindakan anestesi manapun tindakan pembedahan	≤ 1 %	0%	0%	0%	
		Outcome	11 Kepuasan Pelanggan	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan instalasi bedah sentral yang diberikan oleh dokter, perawat	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	
		Input	1 Pemberi pelayanan persalinan normal	Adalah dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan	Dokter Sp.OG/ Dokter Umum/ Bidan	100%	100%	100%	

NO	JENIS PELAYANAN DASAR	Indikator		Definisi Operasional	Standar	RENCANA TARGET			PJ		
		Jenis	Uraian			2024	2025	2026			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
5	PERSALINAN DAN PERINATOLOGI		2	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Adalah tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp. OG, dengan dokter umum, dokter Sp.A, bidan dan perawat yang terlatih. Penyulit dalam persalinan antara lain meliputi partus lama, ketuban pecah dini, kelainan letak janin, berat badan janin diperkirakan kurang dari 2500 gr, kelainan panggul, perdarahan ante partum, eklampsia dan preeklampsia berat, tali pusat menubung	Tim PONEK terlatih	Ada	Ada	Ada	Keperawatan	
			3	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operatif	Pemberian pelayanan persalinan dengan tindakan operatif adalah dokter Sp. OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anestesi	Dokter Sp. OG, Dokter SpA, Dokter Sp. An	100%	100%	100%		
			4	Kemampuan menangani BBLR (1500-2500 gr)	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 - 2500 gr	100%	100%	100%	100%		
			5	Kemampuan menangani bayi lahir dengan asfiksia	Bayi baru lahir dengan asfiksia adalah bayi baru lahir tidak dapat bernafas secara spontan dan teratur	100%	100%	100%	100%		
			6	Pertolongan persalinan melalui seksio caesaria non rujukan	Seksio caesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi.	≤ 20 %	15%	15%	15%		
			7	Pelayanan kontrasepsi mantap dilakukan oleh Sp. OG atau Sp. B, atau Sp. U, atau dokter Umum terlatih	Kontrasepsi mantap adalah vasektomi dan tubektomi. Tenaga yang kompeten adalah dokter Sp. OG, dokter Sp. B, dan dokter umum yang terlatih.	100%	100%	100%	100%		
5	PERSALINAN DAN PERINATOLOGI		8	Konseling peserta KB mantap oleh bidan terlatih	Kontrasepsi mantap adalah vasektomi dan tubektomi. Konseling dilakukan minimal oleh tenaga bidan terlatih	100%	100%	100%	100%	Keperawatan	
			Output	9	Kematian ibu karena persalinan	Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena pendarahan, preeklampsia, dan sepsis	a. Perdarahan ≤ 1 %	1,4%	1,4%		1,4%
							b. Pre-eklampsia ≤ 30 %	1,1%	1,1%		1,1%
							c. Eklamsi	1,00%	1,00%		1,00%
				d. Sepsis ≤ 0,2%	0,01%	0,01%	0,01%				
		Outcome	10	Kepuasan pasien	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan	≥ 80 %	100%	100%	100%		
		Input	1	Pemberi pelayanan	Adalah dokter spesialis, dokter umum dan perawat yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam persyaratan kelas RS	Sesuai kelas RS dan standar ICU	sesuai	sesuai	sesuai		
			2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan ruang ICU	Fasilitas dan peralatan pelayanan intensif adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan intensif baik sesuai dengan persyaratan kelas RS	Sesuai kelas RS dan standar ICU	sesuai	sesuai	sesuai		

NO	JENIS PELAYANAN DASAR	Indikator		Definisi Operasional	Standar	RENCANA TARGET			PJ	
		Jenis	Uraian			2024	2025	2026		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
6	PELAYANAN INTENSIF		3	Ketersediaan tempat tidur dengan monitoring dan ventilator	Tempat tidur yang dapat diubah posisi yang dilengkapi dengan monitoring dan ventilator	Sesuai kelas RS dan standar ICU	Sesuai kelas RS dan standar ICU	Sesuai kelas RS dan standar ICU	Sesuai kelas RS dan standar ICU	Pelayanan
		Proses	4	Kepatuhan terhadap <i>hand hygiene</i>	<i>Hand hygiene</i> adalah prosedur cuci tangan sesuai dengan ketentuan 6 langkah cuci tangan	100%	100%	100%	100%	
			5	Kejadian infeksi nosokomial	Infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di RS yang meliputi decubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi	< 21 %	< 20 %	< 20 %	< 20 %	
		Output	6	Pasien yang kembali ke ruang perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	Jelas	≤ 3 %	≤ 2 %	≤ 2 %	≤ 2 %	
		Outcome	7	Kepuasan pasien	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan di ruang intensif	≥ 70 %	≥ 70 %	≥ 70 %	≥ 70 %	
7	RADIOLOGI	Input	1	Pemberian Pelayanan Radiologi	Pemberian pelayanan radiologi adalah dokter spesialis radiologi dan radiografer sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit	Dokter Spesialis Radiologi, Radiografer	100%	100%	100%	Pelayanan
			2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiografi	Fasilitas dan peralatan ruang operasi adalah ruang mesin dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan radiografi baik cito maupun elektif sesuai dengan kelas rumah sakit	Sesuai kelas RS	sesuai 80%	sesuai 80%	sesuai 80%	
		Proses	3	Waktu tunggu hasil pelayanan thoraks foto	Waktu tunggu hasil foto thorax adalah tenggang waktu mulai pasien difoto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi	≤ 3 jam	3 jam	3 jam	3 jam	
7	RADIOLOGI		4	Kerusakan foto	Kerusakan foto adalah foto hasil pemeriksaan yang tidak dapat dibaca	≤ 2 %	≤ 1,4%	≤ 1,4%	≤ 1,4%	Pelayanan
			5	Tidak terjadinya kesalahan pemberian label	Kejadian kesalahan pemberian label meliputi kesalahan identitas dan atau kesalahan penanda kanan/kiri	100%	100%	100%	100%	
		Output	6	Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan radiologi	Pelaksanaan ekpertisi rontgen adalah dokter spesialis radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen/hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantukannya tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta	Dokter Spesialis Radiologi	100%	100%	100%	
		Outcome	7	Kepuasan Pelanggan	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi	≥ 80 %	80%	80%	80%	

NO	JENIS PELAYANAN DASAR	Indikator		Definisi Operasional	Standar	RENCANA TARGET			PJ	
		Jenis	Uraian			2024	2025	2026		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
8	LAB PATOLOGI KLINIK	Input	1	Pemberian Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik	Pemberian pelayanan patologi klinik adalah dokter spesialis patologi klinik dan analis sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit	Sesuai kelas RS	sesuai standar	sesuai standar	sesuai standar	Pelayanan
			2	Fasilitas dan Peralatan	Fasilitas dan peralatan ruang operasi adalah ruang mesin dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan patologi klinik baik cito maupun elektif sesuai dengan kelas rumah sakit	Sesuai kelas RS	sesuai standar	sesuai standar	sesuai standar	
			3	Waktu tunggu hasil lab patologi klinik	Pemeriksaan lab yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan lab untuk pemeriksaan lab adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sampel sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi	≤ 120 menit	120 menit	120 menit	120 menit	
			4	Tidak adanya kejadian tertukarnya specimen	Kejadian tertukar spesimen pemeriksaan lab adalah tertukarnya spesimen milik orang yang satu dengan orang lain	100%	100%	100%	100%	
			5	Kemampuan memeriksa HIV/AIDS	Pemeriksaan lab HIV/AIDS adalah pemeriksaan skrining HIV kepada pasien yang diduga mengidap HIV/AIDS	Tersedia	100%	100%	100%	
			6	Kemampuan Mikroskopis TB Paru	Pemeriksaan Mikroskopis tubercolusis paru adalah pemeriksaan mikroskopis untuk mendeteksi adanya Mycobacterium tubercolusis pada sediaan dahak pasien	Tersedia	100%	100%	100%	
8	LAB PATOLOGI KLINIK	Output	7	Ekspertisi hasil pemeriksaan lab	pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yg mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan lab. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tandatangan pd lembar hasil pemeriksaan yg dikirimkan pd dokter yg meminta	100%	100%	100%	100%	Pelayanan
			8	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan lab	Kesalahan administrasi dalam pelayanan lab meliputi kesalahan identifikasi, kesalahan registrasi, kesalahan pelabelan sampel, dan kesalahan penyerahan hasil lab	100%	100%	100%	100%	
			9	Kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu eksternal	Baku mutu eksternal adalah pemeriksaan mutu pelayanan lab patologi klinik oleh pihak di luar RS yang kompeten	100%	100%	100%	100%	
		Outcome	10	Kepuasan Pelanggan	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium	≥ 80 %	100%	100%	100%	

NO	JENIS PELAYANAN DASAR	Indikator		Definisi Operasionil	Standar	RENCANA TARGET			PJ		
		Jenis	Uraian			2024	2025	2026			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
9	REHABILITASI MEDIK	Input	1	Pemberi pelayanan rehabilitasi medik	Pemberian pelayanan rehabilitasi medik adalah dokter spesialis RM dan fisioterapis yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam persyaratan kelas RS	sesuai persyaratan	sesuai	sesuai	sesuai	Pelayanan	
			2	Fasilitas dan peralatan rehabilitasi medis	Fasilitas dan peralatan pelayanan intensif adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan rehabilitasi medik baik sesuai dengan persyaratan kelas RS	kelas RS	sesuai	sesuai	sesuai		
		Proses	3	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	kesalahan tindakan rehabilitasi medik adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi medik yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan atau tidak sesuai dengan pedoman/standar pelayanan RM	100%	100%	100%	100%		
			Output	4	Kejadian <i>drop out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan	<i>Drop out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan	≤ 50 %	20%	20%		20%
				Outcome	5	Kepuasan pelanggan	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik	≥ 80 %	80%		80%
10	FARMASI	Input	1	Pemberian pelayan farmasi	Pemberian pelayanan farmasi adalah Apoteker dan Asisten Apoteker yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam persyaratan kelas RS	Sesuai Kelas RS	sesuai	sesuai	sesuai	Pelayanan	
			2	Fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi	Fasilitas dan peralatan Pelayanan Farmasi adalah ruang mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan farmasi baik cito maupun elektif sesuai dengan kelas rumah sakit	Sesuai Kelas RS	sesuai	sesuai	sesuai		
10	FARMASI	Proses	3	Ketersediaan Formularium	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di RS	tersedia & update	tersedia	tersedia	tersedia	Pelayanan	
			4	Waktu tunggu pelayanan obat jadi	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi	≤ 30 menit	30 menit	30 menit	30 menit		
			5	Waktu tunggu pelayanan obat racikan	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan	≤ 60 menit	45 menit	45 menit	45 menit		

NO	JENIS PELAYANAN DASAR	Indikator		Definisi Operasionl	Standar	RENCANA TARGET			PJ
		Jenis	Uraian			2024	2025	2026	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		<b>Output</b>	6 Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	Kesalahan pemberian obat meliputi : 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah	100%	100%	100%	100%	
		<b>Outcome</b>	7 Kepuasan pelanggan	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi	≥ 80 %	100%	100%	100%	
11	<b>GIZI</b>	<b>Input</b>	1 Pemberian pelayanan gizi	Pemberian pelayanan gizi adalah tenaga ahli gizi yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam persyaratan kelas RS	Sesuai pola	sesuai	sesuai	sesuai	<b>Pelayanan</b>
			2 Ketersediaan pelayanan konsultasi gizi	Fasilitas dan peralatan Pelayanan Gizi adalah ruang mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan gizi yang sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit	Sesuai kelas RS	sesuai	sesuai	sesuai	
			3 Ketepatan pemberian makanan pada pasien	Ketepatan waktu pemberian makan pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan	≥ 90 %	100%	100%	100%	
			4 Tidak adanya kesalahan pemberian diet	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet	100%	100%	100%	100%	
		<b>Output</b>	5 Sisa makan yang tidak dimakan oleh pasien	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi RS)	≤ 20 %	25%	25%	25%	
		<b>Outcome</b>	6 Kepuasan pelanggan	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan gizi	≥ 80 %	80%	80%	80%	
12	<b>TRANFUSI DARAH</b>	<b>Input</b>	1 Tenaga penyedia pelayanan bank darah RS	Pemberian pelayanan Bank Darah adalah tenaga yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam RS untuk pelayanan bank darah	Sesuai standar BDRS	sesuai	sesuai	sesuai	<b>Pelayanan</b>
			2 Ksediaan fasilitas dan peralatan bank darah RS	Fasilitas dan peralatan Pelayanan Bank Darah adalah ruang mesin dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan Bank darah yang sesuai dengan persyaratan dalam pedoman bank darah rumah sakit	Sesuai standar BDRS	sesuai	sesuai	scsuai	

NO	JENIS PELAYANAN DASAR	Indikator		Definisi Operasionl	Standar	RENCANA TARGET			PJ
		Jenis	Uraian			2024	2025	2026	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12	TRANSFUSI DARAH	Proses	3 Kejadian reaksi transfusi	Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisis akibat golongan darah tidak sesuai/gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah	≤ 0,01 %	0,25%	0,25%	0,25%	Pelayanan
		Output	4 Pemenuhan kebutuhan darah untuk pelayanan transfusi di RS	Cukup Jelas	100%	100%	100%	100%	
		Outcome	5 Kepuasan pelanggan	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan Bank Darah	≥ 80 %	80%	80%	80%	
13	PELAYANAN PASIEN KELUARGA MISKIN	Input	1 Ketersediaan pelayanan untuk keluarga miskin	Pasien keluarga miskin adalah pasien yang mempunyai kartu jaminan kesehatan masyarakat (jamkesmas) atau kartu jaminan kesehatan daerah atau membawa surat keterangan tidak mampu yang sah	Tersedia ada	Tersedia ada	Tersedia ada	Tersedia ada	Keperawatan
			2 Kebijakan RS untuk pelayanan keluarga miskin	Pasien keluarga miskin adalah pasien yang mempunyai kartu jaminan kesehatan masyarakat (jamkesmas) atau kartu jaminan kesehatan daerah atau membawa surat keterangan tidak mampu yang sah	Ada	Ada	Ada	Ada	
		Proses	3 Waktu tunggu verifikasi kepesertaan pasien keluarga miskin	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai verifikasi kepesertaan selesai	≤ 15 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit	
			4 Tidak adanya biaya tambahan uang ditagihkan pada keluarga miskin	Biaya tambahan adalah biaya yang ditagihkan kepada pasien keluarga miskin	100%	100%	100%	100%	
		Output	5 Semua pasien keluarga miskin yang dilayani	Gakin adalah pasien pemegang kartu Jamkesmas atau Jamkesda yang bekerjasama dengan RS	100%	100%	100%	100%	
		Outcome	6 Kepuasan pelanggan	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan keluarga miskin	≥ 80 %	75%	75%	75%	
		14	REKAM MEDIK	Input	1 Pemberian pelayanan rekam medik	Pemberian pelayanan rekam medik adalah tenaga yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam persyaratan kelas RS untuk pelayanan RM	sesuai persyaratan	sesuai	

NO	JENIS PELAYANAN DASAR	Indikator		Definisi Operasional	Standar	RENCANA TARGET			PJ	
		Jenis	Uraian			2024	2025	2026		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
14	REKAM MEDIK	Proses	2	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	Adalah dokumen rekam medik pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen RM mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medik disediakan/ditemukan oleh petugas	≤ 10 menit	30 menit	30 menit	30 menit	Perencanaan
			3	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	Adalah dokumen rekam medik pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. waktu penyediaan dokumen RM pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai RM rawat inap tersedia di bangsal pasien	≤ 15 menit	10 menit	10 menit	10 menit	
		Output	4	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	RM yang lengkap adalah rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu ≤ 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tidak lanjut, dan resume	100%	100%	100%	100%	
			a. Rawat Jalan							
			b. Rawat Inap							
		5	Kelengkapan <i>informed consent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas	<i>Informed Consent</i> adalah persetujuan yang diberikan pasien atau keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut	100%	100%	100%	100%		
Outcome	6	Kepuasan pelanggan	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan Rekam Medik	≥ 80 %	80%	80%	80%			
15	PENGELOLAAN LIMBAH	Input	1	Adanya penanggungjawab pengelola limbah RS	Adalah seorang yang kompeten dan ditetapkan oleh Direktur RS sebagai penanggungjawab pengelolaan limbah RS	Adanya SK Direktur sesuai Kelas RS (Permenkes Nomor 1204 tahun 2004)	100%	100%	100%	Umum & RT
			2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah RS, padat, cair	Fasilitas dan peralatan Pengelolaan Limbah adalah ruang mesin, perlengkapan, dan peralatan yang harus tersedia untuk pengelolaan Limbah RS yang sesuai dengan persyaratan dalam pedoman rumah sakit dan Permenkes Nomor 1204 tahun 2004	Sesuai persyaratan Kelas RS (Permenkes Nomor 1204 tahun 2004)	sesuai	sesuai	sesuai	
		Proses	3	Pengelolaan limbah cair	Limbah cair adalah limbah cair yang dihasilkan dalam kegiatan pelayanan RS baik pelayanan klinis maupun penunjang dan yang berasal dari berbagai alat sanitasi di RS	Sesuai persyaratan Kelas RS (Permenkes Nomor 1204 tahun 2004)	sesuai	sesuai	sesuai	
		4	Pengelola limbah padat	Limbah padat yang dihasilkan dalam kegiatan pelayanan RS baik pelayanan klinis maupun penunjang yang dihasilkan dari pengunjung RS	Sesuai persyaratan Kelas RS (Permenkes Nomor 1204 tahun 2004)	sesuai	sesuai	sesuai		

NO	JENIS PELAYANAN DASAR	Indikator		Definisi Operasional	Standar	RENCANA TARGET			PJ		
		Jenis	Uraian			2024	2025	2026			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
15	<b>PENGELOLAAN LIMBAH</b>		5 Baku mutu limbah cair	Baku Mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator : BOD ( <i>Biological Oxygen Demand</i> ) : 30mg/liter; COD ( <i>Chemical Oxygen Demand</i> ) : 80 mg/liter; TSS ( <i>Total Suspended Solid</i> ) 30 mg/liter; PH : 6 - 9 ; ammonia <0.1 mg/1; Fosfat <2mg/1	100%	100%	100%	100%	<b>Umum &amp; RT</b>		
16	<b>ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN</b>	<b>Input</b>	1	Kelengkapan pengisian jabatan sesuai persyaratan jabatan dalam struktur organisasi	Jabatan adalah jabatan struktural dan fungsional sebagaimana tersurat dalam struktur organisasi rumah sakit	≥ 90 %	100%	100%	100%	<b>Hukum</b>	
			2	Adanya peraturan internal rumah sakit	Peraturan Internal RS adalah peraturan yg disusun oleh pemilik yang mengatur tata hubungan kerja pemilik, direksi dan praktisi medis di RS	Ada	Ada	Ada	Ada		
			3	Adanya peraturan karyawan RS	Peraturan Karyawan RS adalah seperangkat peraturan yang ditetapkan oleh RS, berlaku dan mengikat bagi setiap karyawan, dimaksudkan sebagai peraturan kerja agar ada kepastian tugas, kewajiban, dan hak-hak karyawan RS, sehingga tercipta dan terpelihara keserasian hubungan kerja untuk menjamin keseimbangan antara kesejahteraan dan kinerja pelayanan	Ada	Ada	Ada	Ada		
		4	Daftar urutan kepangkatan	Daftar urutan kepangkatan adalah salah satu bahan objektif untuk melaksanakan pembinaan karir karyawan berdasarkan sistem karir dan prestasi kerja	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	<b>Umum &amp; RT</b>	
		5	Rencana Strategi Rumah sakit	Perencanaan strategis adalah perencanaan jangka panjang RS untuk menentukan strategi serta mengambil keputusan untuk mengalokasikan sumber daya untuk mencapai tujuan strategi	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	<b>Perencanaan</b>	
		<b>Proses</b>	6	Adanya perencanaan pengembangan SDM RS	Perencanaan pengembangan SDM adalah perencanaan kebutuhan, dan perencanaan pengembangan kompetensi dan karir SDM	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	<b>Pengembangan SDM</b>
			7	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan 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	100%	100%	100%	100%	100%	<b>Semua Bidang / Bagian</b>

NO	JENIS PELAYANAN DASAR	Indikator		Definisi Operasional	Standar	RENCANA TARGET			PJ	
		Jenis	Uraian			2024	2025	2026		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
			8	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober	100%	100%	100%	100%	Umum & RT
			9	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No. 8 /1974, UU No. 43 /1999)	100%	100%	100%	100%	Umum & RT
16	ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN		10	Pelaksanaan rencana pengembangan SDM	Adalah perencanaan kebutuhan, dan perencanaan pengembangan kompetensi dan karir SDM	≥ 90 %	100%	100%	100%	Pengembangan SDM
			11	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya	≥ 90 %	100%	100%	100%	Keuangan
			12	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	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	≤ 2 Jam	≤ 2 Jam	≤ 2 Jam	≤ 2 Jam	Keuangan
		Output	13	Cost Recovery	Adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu	≥ 60%	100%	100%	100%	Keuangan
		14	Kelengkapan pelaporan akuntabilitas kinerja	Adalah perwujudan kewajiban RS untuk bertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM, indikator kinerja pada rencana strategik bisnis RS, dan indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali	100%	100%	100%	100%	Perencanaan	
		15	Karyawan mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumah sakit ataupun di luar RS yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun	≥ 60%	≥ 54%	≥ 54%	≥ 54%	Pengembangan SDM	

NO	JENIS PELAYANAN DASAR	Indikator		Definisi Operasional	Standar	RENCANA TARGET			PJ	
		Jenis	Uraian			2024	2025	2026		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
			16	Ketepatan waktu pemberian insentif sesuai kesepakatan waktu	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan prestasi kerja. Ketepatan waktu adalah ketepatan terhadap waktu yang disepakati/peraturan RS	100%	100%	100%	100%	Keuangan
17	PELAYANAN AMBULAN DAN MOBIL JENAZAH	Input	1	Ketersediaan pelayanan ambulance dan mobil jenazah	Mobil Ambulance adalah mobil pengangkut untuk orang sakit. Mobil Jenazah adalah mobil pengangkut untuk Jenazah.	24 jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	Umum & RT
			2	Penyedia pelayanan ambulance dan mobil jenazah	Pemberian Pelayanan Ambulance dan mobil jenazah adalah supir ambulance/mobil jenazah yang terlatih	Supir ambulance terlatih	50%	50%	50%	
17	PELAYANAN AMBULAN DAN MOBIL JENAZAH		3	Ketersediaan mobil ambulance dan mobil jenazah	Mobil Ambulance adalah mobil pengangkut untuk orang sakit. Mobil Jenazah adalah mobil pengangkut untuk jenazah.	Mobil ambulance dan mobil jenazah terpisah	100%	100%	100%	Umum & RT
		Proses	4	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di RS	Kecepatan pemberian pelayanan ambulance/mobil jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulans/mobil jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di RS sampai tersedianya ambulance/mobil jenazah, minimal tidak lebih dari 30 menit	≤ 30 menit	30 menit	30 menit	30 menit	
			5	Waktu tanggap pelayanan ambulance kepada masyarakat yang membutuhkan	Waktu tanggap pelayanan ambulance/mobil jenazah kepada masyarakat adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance/mobil jenazah diajukan oleh masyarakat sampai ambulance/mobil jenazah berangkat dari RS	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	
		Output	6	Tidak terjadinya kecelakaan ambulance/ mobil jenazah yang menyebabkan kecacatan atau kematian	Adalah kecelakaan akibat penggunaan ambulance/mobil jenazah di jalan raya yang berakibat kecacatan dan atau kematian bagi penumpang dan atau masyarakat	100%	75%	75%	75%	
		Outcome	7	Kepuasan pelanggan	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan ambulance/mobil jenazah	≥ 80 %	70%	70%	70%	
		Input	1	Ketersediaan pelayanan pemulasaraan jenazah	Adalah perawatan terhadap jenazah sesuai dengan adat dan agama sesuai permintaan keluarga	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	
	2		Ketersediaan fasilitas kamar jenazah	Fasilitas dan peralatan kamar jenazah adalah ruang, perlengkapan, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan kamar jenazah sesuai dengan kelas rumah sakit	sesuai kelas RS	sesuai 100%	sesuai 100%	sesuai 100%		

NO	JENIS PELAYANAN DASAR	Indikator		Definisi Operasional	Standar	RENCANA TARGET			PJ	
		Jenis	Uraian			2024	2025	2026		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
18	PERAWATAN JENAZAH	Proses	3	Ketersediaan tenaga di Instalasi Perawatan jenazah	Tenaga pelayanan perawat kamar jenazah adalah tenaga yang ditunjuk melalui SK direktur untuk memberikan pelayanan perawatan jenazah	Ada SK Direktur	Ada	Ada	Ada	Pelayanan
			4	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah	Adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas tidak lebih 2 jam	≤ 15 menit setelah di kamar jenazah	10 menit	10 menit	10 menit	
			5	Perawatan jenazah sesuai standar <i>universal precaution</i>	<i>Universal Precaution</i> adalah kewaspadaan terhadap penyakit HIV/AIDS dengan menggunakan standar alat pelindung diri (APD)	100%	100%	100%	100%	
		Output	6	Tidak terjadinya kesalahan identifikasi jenazah	Kesalahan identifikasi adalah kejadian tertukarnya identifikasi jenazah di kamar jenazah	100%	100%	100%	100%	
18	PERAWATAN JENAZAH	Outcome	7	Kepuasan pelanggan	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan perawatan jenazah	≥ 80 %	80%	80%	80%	Pelayanan
19	PELAYANAN LOUNDRY	Input	1	Ketersediaan pelayanan laundry	Pelayanan laundry adalah pelayanan pencucian, penyiapan dan penyediaan linen bersih di RS baik dilakukan oleh RS atau pihak ketiga	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	Umum dan RT
			2	Adanya penanggungjawab pelayanan laundry	Penanggungjawab pelayanan laundry adalah seorang yang kompeten dan ditetapkan oleh Direktur RS sebagai penanggungjawab pengelolaan dan penyediaan linen di RS	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	
			3	Ketersediaan fasilitas dan peralatan laundry	Fasilitas dan peralatan laundry adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan laundry sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit	100%	100%	100%	100%	
		Proses	4	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap dan ruang pelayanan	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan	100%	100%	100%	100%	
		Output	5	Ketepatan pengelolaan linen infeksius	Linen infeksius adalah linen yang dicurigai terkontaminasi cairan tubuh dan berpotensi menularkan penyakit menular	100%	100%	100%	100%	
			6	Ketersediaan linen	Ketersediaan linen adalah tersedianya linen yang terdiri dari sprai, sarung bantal, selimut, sticklaken dan perlak dalam jumlah cukup	2,5-3 par	2,5-3 par	2,5-3 par	2,5-3 par	
			7	Kesediaan linen steril untuk kamar operasi	Linen steril adalah linen yang bebas kuman yang disediakan untuk keperluan tindakan operatif	100%	100%	100%	100%	

NO	JENIS PELAYANAN DASAR	Indikator		Definisi Operasional	Standar	RENCANA TARGET			PJ	
		Jenis	Uraian			2024	2025	2026		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
20	PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT	Input	1	Adanya Penanggung Jawab IPSRS	Penanggung jawab pemeliharaan sarana adalah seorang yang kompeten dan ditetapkan oleh direktur rumah sakit sebagai penanggung jawab pengelolaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit	SK Direktur	Ada	Ada	Ada	Umum & RT
			2	Ketersediaan bengkel kerja	Bengkel kerja adalah tempat untuk melakukan pemeliharaan dan perbaikan sarana, prasarana, mesin dan peralatan yang ada di rumah sakit.	Tersedia sesuai dengan kelas rumah sakit	Tersedia	Tersedia	Tersedia	
		Proses	3	Waktu tanggap kerusakan alat	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 menit harus sudah ditanggapi	≥ 80 %	90%	90%	90%	
	PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT		4	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/ <i>service</i> untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku	100%	100%	100%	100%	Umum & RT
			5	Ketepatan waktu kalibrasi alat kesehatan	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan oleh lembaga kalibrasi yang sah	100%	90%	90%	90%	
		Output	6	Alat ukur dan alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan oleh lembaga kalibrasi yang sah	100%	100%	100%	100%	
21	PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI	Input	1	Adanya anggota Tim PPI yang terlatih	Tim PPI adalah tim pencegahan pengendalian infeksi yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI	Anggota Tim PPI yg terlatih 75%	75%	75%	75%	Keperawatan
			2	Ketersediaan APD di setiap instalasi/ departemen	APD adalah alat standar yang digunakan untuk melindungi tubuh dari tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RS, seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan gaun	≥ 60 %	50%	50%	50%	
			3	Rencana Program PPI sesuai rencana	Rencana Program PPI adalah rencana tahunan kegiatan tim PPI berupa program dan kegiatan yang akan dilaksanakan di RS selama satu setahun	Ada	Ada	Ada	Ada	
		4	Pelaksanaan program PPI sesuai rencana	Pelaksanaan program PPI adalah pelaksanaan tahun kegiatan tim PPI berupa program dan kegiatan yang dilaksanakan di RS selama satu tahun	100%	80%	80%	80%		

NO	JENIS PELAYANAN DASAR	Indikator		Definisi Operasional	Standar	RENCANA TARGET			PJ	
		Jenis	Uraian			2024	2025	2026		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
		Proses	5	Penggunaan APD saat melaksanakan tugas	Alat pelindung diri adalah alat standar yang digunakan untuk melindungi tubuh dari tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RS seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots, dan gaun	100%	60%	60%	60%	
			6	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / <i>health care associated infection</i> (HAI) di RS	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data ( <i>check list</i> ) pada Instalasi yang ada di RS, minimal satu parameter dari ILO < ILI < VAP <ISK	≥ 75 %	100%	100%	100%	
22	PELAYANAN KEAMANAN	Input	1	Petugas keamanan bersertifikat pengamanan	Petugas keamanan bersertifikat keamanan adalah petugas keamanan yang telah mendapat pelatihan pengamanan dari kepolisian sesuai dengan standar pengamanan yang berlaku	100%	100%	100%	100%	Umum & RT
			2	Sistem pengamanan	Sistem pengamanan adalah kebijakan Direktur rumah sakit yang mengatur tentang pola pengamanan khususnya bagi bayi, anak dan usia lanjut serta tempat yang diidentifikasi rawan keamanan	100%	100%	100%	100%	
22	PELAYANAN KEAMANAN	Proses	3	Petugas keamanan melakukan pengawasan keliling RS	Petugas keamanan melakukan pengamanan keliling RS adalah kegiatan mengelilingi fasilitas RS setiap jam dalam rangka kewaspadaan terhadap kondisi keamanan rumah sakit	100%	100%	100%	100%	Umum & RT
			4	Evaluasi terhadap sistem pengamanan	Evaluasi terhadap sistem pengamanan adalah proses penilaian yang dilakukan terhadap sistem pengamanan yang telah ditetapkan dan dilakukan perbaikan apabila ditemukan kekurangan	100%	99%	99%	99%	
		Output	5	Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang	Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan rumah sakit yang hilang adalah semua barang milik pasien, pengunjung dan karyawan tetap terjaga dan tidak hilang	100%	100%	100%	100%	
		Outcome	6	Kepuasan pasien terhadap pelayanan keamanan	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan keamanan	≥ 90%	100%	100%	100%	
		Input	1	Pemberi pelayanan radioterapi	Dokter spesialis onkologi radiasi dan tenaga fungsional lain yang berijazah atau telah mengikuti pelatihan dan memiliki sertifikat kompetensi di bidang Radioterapi	100%	100%	100%	100%	
			2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan radioterapi	Ketersediaan peralatan mayor (linear accelerator, brakhiterapi, simulator, treatment planning system, moulding system, dan dosimetri) di rumah sakit	Radioterapi Sekunder (RS)	RS	RS	RS	

NO	JENIS PELAYANAN DASAR	Indikator		Definisi Operasional	Standar	RENCANA TARGET			PJ
		Jenis	Uraian			2024	2025	2026	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23	PELAYANAN RADIOTHERAPI	Proses	3	Waktu tunggu/ antrian pasien radiasi < 14 hari	Waktu pelayanan radiasi eksterna dari proses registrasi pasien baru radioterapi sampai mulai radiasi pertama < 14 hari	≥80%	≥80%	≥80%	Pelayanan
			4	Waktu tunggu rawat jalan < 60 menit	Waktu tunggu pasien semenjak mendaftar di poliklinik radioterapi hingga bertemu / dilayani dokter	≥80%	100%	100%	
			5	Ketepatan Overall Treatment Time	Total waktu terapi radiasi (hari) sesuai dengan guidelines yang berlaku	≥80%	≥80%	≥80%	
			6	Standar waktu penyelesaian pelayanan tiap tindakan	CT Simulator tanpa kontras: <45 menit	≥80%	≥80%	≥80%	
		CT Simulator dengan kontras: <60 menit							
		Radiasi eksterna fraksi pertama: <30 menit							
		Radiasi eksterna fraksi kedua dan seterusnya: <20 menit							
Output	7	Kejadian efek samping akut derajat III-IV	Pengerjaan target dan perencanaan radiasi: < 7 hari kerja	<10%	4%	4%	4%		
			Brakhiterapi 2 Dimensi: < 3 jam						
			Brakhiterapi 3 Dimensi: < 4 jam						
23	PELAYANAN RADIOTHERAPI	Outcome	8	Kepuasan pasien	Penilaian pasien terhadap kebersihan ruangan dan pelayanan seluruh personil (resepsionis, dokter, perawat, petugas penyinaran, satpam, dan petugas kebersihan) melalui kuesioner	>80	>80	>80	Pelayanan

Pj. GUBERNUR LAMPUNG,

ttd

SAMSUDIN

Salinan sesuai aslinya  
KEPALA BIRO HUKUM  
  
PUADI JAILANI, SH, MH.  
Pembina Utama Muda  
NIP. 19650905 199103 1 004