



PEMERINTAH KABUPATEN NGANJUK
RUMAH SAKIT DAERAH KERTOSONO

Jl. Panglima Sudirman Nomor 16 Kertosono Nganjuk Kode Pos 64315
Telepon (0358) 5501482 Fax (0358) 553975 Email : rsudkertosono@nganjukkab.go.id
www.nganjukkab.go.id



Nganjuk, 10 Januari 2023

Kepada

Yth. Kepala BAPPEDA

Kabupaten Nganjuk

di

NGANJUK

SURAT PENGANTAR

Nomor: 445/16/411.702/2023

NO	JENIS YANG DIKIRIM	BANYAKNYA	KETERANGAN
	Laporan Pengendalian dan Evaluasi Perencanaan Pembangunan Triwulan IV Tahun 2022	1 (Satu) berkas	Demikian untuk menjadikan periksa dan terima kasih

Plt. DIREKTUR RSD KERTOSONO
Kepala Dinas Kesehatan Kab. Nganjuk



dr. HENDRIYANTO

Pembina Tk.I

NIP. 19691108 200312 1 004

Evaluasi Hasil RKPD
RSD Kertosono Kabupaten Nganjuk
Tahun 2022

No	Sasaran	Kode	Urusan/Bidang Urusan Pemerintahan Daerah dan Program/Kegiatan/Sub-Kegiatan	Indikator Kinerja Program (Output) / Subkegiatan (Output)	Target RPJMD pada tahun 2019 s/d Tahun 2023 (Periode RPJMD)	Realisasi Capaian Kinerja Rencana RPJMD s.d. RKPD Tahun Lalu (2021)	Target Kinerja Anggaran RKPD Tahun berjalan yg diarahasi (2022)	Realisasi Kinerja Pada Trivulan				Realisasi Capaian Kinerja dan Anggaran RKPD yang dievaluasi (2022)		Tingkat Capaian Kinerja dan Realisasi Anggaran RKPD Tahun 2022 (%)		Realisasi Kinerja dan Anggaran RPJMD s/d tahun 2021 (Akhir tahun Pelaksanaan RKPD Tahun 2022)		Tingkat Capaian Kinerja dan Realisasi Anggaran RPJMD s/d Tahun 2022 (%)		OPD								
								I	II	III	IV	13 = 9+10+11+12	14 = 13/8x100%	15 = 7+13	16 = 15/6 x 100%													
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21								
					K	Rp	K	Rp	K	Rp	K	Rp	K	Rp	K	Rp	K	Rp	K	Rp								
Meningkatkan Mutu Pelayanan Kesehatan	Program : Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota	Indikator Program: Indeks Kepuasan Masyarakat Pelayanan Perangkat Daerah	Kegiatan : Administrasi Keuangan Perangkat Daerah	Indikator Kegiatan: Dokumen administrasi keuangan perangkat Daerah yang disusun																								
			Subkegiatan: Penyediaan Gaji dan Tunjangan ASN	Indikator Subkegiatan: Jumlah Penerimaan gaji dan Tunjangan ASN	95	64.544.605.425,00	92	17.130.695.587,00	72,10	20.152.203.000,00	18,49	3.725.873.483,00	26,87	5.415.729.906,00	26,73	5.387.207.359,00	20,53	4.137.334.063,00	92,63	18.666.146.811,00	128	92,63	###	18.666.146.811,00	97,50	28,92		
			Kegiatan : Peningkatan Pelayanan BLUD	Indikator Kegiatan: Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) terhadap pekayanan Rumah Sakit																								
			Subkegiatan: Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	Indikator Subkegiatan: Presentase SPM pelayanan Rumah Sakit yang memenuhi target	89,5	375.000.000.000,00	81	66.907.883.580,16	51,75	139.300.000.000,00	18,18	25.326.118.189,46	20,54	28.618.555.537,53	13,03	18.149.121.288,03	42,61	59.359.462.626,07	94,37	131.453.257.641,09	182	94,37	###	131.453.257.641,09	105,44	35,05		
			Presentase SPM yang memenuhi target		≥ 85 %		81,72 %		≥ 85 %		82,24 %		85,31 %		85,31 %		86,9 %		84,94 %		99,93 %		84,94 %		99,93 %			
			Jumlah penduduk yang Memanfaatkan Rumah Sakit		108.273 Org		80.952 Org		100,00 %		22.380 Org		27.461 Org		31.601 Org		35.878 Org		108 %		108,36 %		108 Org		0,10 %			
			Indek Kepuasan Masyarakat (IKM)		≥ 70 %		80,12 %		≥ 80 %		80,63 %		81,02 %		81,55 %		83,04 %		81,56 %		101,95 %		81,56 %		101,95 %			
			Bed Occupancy Rate (BOR)		≥ 70 %		37,42 %		≥ 70 %		33,23 %		51,54 %		57,44 %		62,88 %		51,27 %		73,25 %		51,27 %		73,25 %			
			Turnover Internal (TOI)		≤ 2,75 Hari		6,26 Hari		≤ 2,75 Hari		6,46 Hari		4,10 Hari		2,99 Hari		2,41 Hari		3,99 Hari		68,92 %		3,99 Hari		145,09 %			
			Nett Dead Rate (NDR)		≤ 24 %		40,11 %		≤ 24 %		31,78 %		34,15 %		33,89 %		23,40 %		30,81 %		77,91 %		30,81 %		128,35 %			
			Cost Recovery Rate (CRR)		≥ 85 %		110,8 %		≥ 85 %		26,24 %		211,4 %		115,52 %		48,93 %		100,53 %		118,26 %		100,53 %		118,26 %			
			Tercapainya Tertib Administrasi Rumah Sakit		≥ 90 %		- %		≥ 90 %		90 %		83 %		94 %		94 %		90,25 %		100,28 %		90,25 %		100,28 %			
			Rata-rata Capaian kinerja (%)																93,61 %	93,50		95,90 %						
			Program : Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat	Indikator Program: Prosentase Fasilitas Pelayanan Kesehatan Terakreditasi	Kegiatan: Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Kewenangan Daerah Kabupaten/Kota	Indikator Kegiatan: Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk UKM dan UKP kewenangan Daerah Kabupaten/Kota																						
					Subkegiatan: Pengadaan Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Pelayanan Kesehatan (DAK)	Indikator Subkegiatan: Jumlah Pengadaan Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Pelayanan Kesehatan	85	105.170.079.291,00	64	10.116.437.821,00										0,00						0,00	0,00	
Kegiatan: Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Rujukan Tingkat Daerah Kabupaten/Kota	Indikator Kegiatan: Jumlah Pengadaan Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Pelayanan Kesehatan																											
Subkegiatan : Operasional Pelayanan Rumah Sakit (DAU)	Indikator Subkegiatan : Jumlah Operasional Pelayanan Rumah Sakit	99	29.234.147.536,00	68	7.836.481.567,00																		0,00	0,00				
Rata-rata Capaian Kinerja (%)																												
Predikat Kinerja																												

Faktor Pendorong Keberhasilan Kinerja:
Faktor Penghambat Pencapaian Kinerja:
Tindak Lanjut yang diperlukan dalam trivulan berikutnya:
Tindak Lanjut yang diperlukan dalam RKPD tahun berikutnya:

Nganjuk, 10 Januari 2023
Dr. HENDRIYANTO
Kepala Dinas Kesehatan Kab. Nganjuk
NIP. 19691082003121004



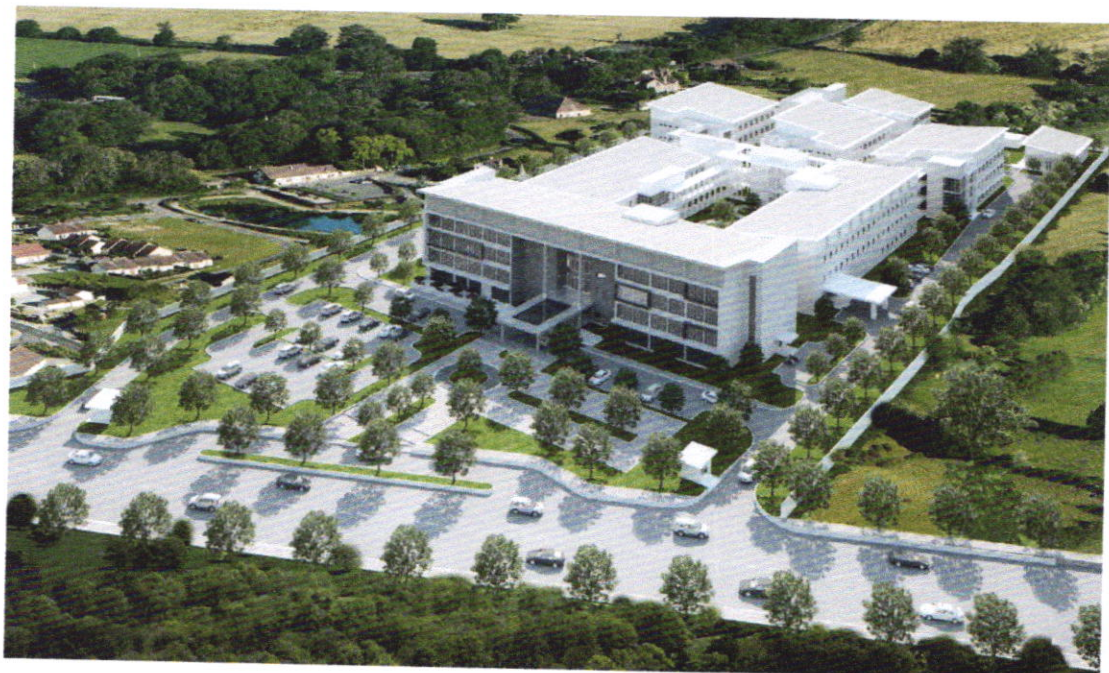
Evaluasi Hasil RKFD
RSD Kertosono Kabupaten Nganjuk
Tahun 2021

No	Kode	Urusan/Bidang Urusan Pemerintahan Daerah dan Program/Kegiatan/S ubKegiatan	Indikator Kinerja Program (outcome) / SubKegiatan (Output)	Target RKMD pada tahun 2019 s/d Tahun 2023 (Periode RKMD1)		Realisasi Capaian Kinerja Renstra RKMD s.d. RKPD Tahun Lelu (2020)		Target Kinerja Anggaran RKPD Tahun berjalan yg dievaluasi (2021) (berdasarkan hasil mapping RKPD 2021)		Realisasi Kinerja Pada Trivium				Realisasi Capaian Kinerja dan Anggaran RKPD yang dievaluasi (2021)		Tingkat Capaian Kinerja dan Realisasi Anggaran RKPD Tahun 2021 (P4)		Realisasi Kinerja dan Anggaran RKMD s/d tahun 2020 akhir tahun Pelaksanaan RKPD Tahun 2021)		Tingkat Capaian Kinerja dan Realisasi Anggaran RKMD s/d Tahun 2021 (P4)		OPD						
				K	Rp	K	Rp	K	Rp	K	Rp	K	Rp	K	Rp	K	Rp	K	Rp	K	Rp							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23						
					K	Rp	K	Rp	K	Rp	K	Rp	K	Rp	K	Rp	K	Rp	K	Rp	K	Rp						
Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan		Program : Program Peningkatan Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota	Indikator Program: Indeks Kepuasan Masyarakat Pelayanan Perangkat Daerah																									
		Kegiatan : Administrasi Keuangan Perangkat Daerah	Indikator Kegiatan: Dokumen administrasi keuangan perangkat Daerah yang disusun																									
		SubKegiatan: Penyediaan Gaji dan Tunjangan ASN	Indikator SubKegiatan: Jumlah Penyerimaan gaji dan Tunjangan ASN	95	64.544.605.425,00	86,07	16.236.613.701,00	91,74	18.673.345.000,00	19,49	3.638.802.186,00	32,5	6.072.600.729,00	19,70	3.679.476.300,00	20,03	3.739.816.372,00	91,74	17.130.695.587,00	100	45,87	177,81	33.367.309.288,00	187,167	51,70			
		Kegiatan : Peningkatan Pelayanan BLUD	Indikator Kegiatan: Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) terhadap pelayanan Rumah Sakit																									
		SubKegiatan: Pelayanan dan Peningkatan Pelayanan BLUD	Indikator SubKegiatan: Prosesitas SPM pelayanan Rumah Sakit yang memenuhi target	89,5	375.000.000.000,00	98,60	66.214.648.494,79	80,59	83.021.150.069,53	13,37	11.516.905.013,00	19,1	15.861.757.149,15	18,70	15.527.527.075,00	28,91	24.001.694.343,00	80,59	66.907.883.580,15	100	80,59	179,19	133.152.532.074,94	200,214	35,51			
				≥ 85 %		≥ 82 %		≥ 85 %		81,72 %		81,72 %		81,72 %		81,72 %		326,88 %		384,56 %		408,88 %		481,035 %				
				98,430 org		85,591 org		98,430 org		15,946 org		20,818 org		17,623 org		25,639 org		80,026 org		81,30 org		165,617 org		168,259 org				
				≥ 80 %		78,80 %		≥ 80 %		77,372 %		77,67 %		84,43 %		81,01 %		320,48 %		400,60 %		399,28 %		499,10 %				
				≥ 60 %		39,45 %		≥ 60 %		45,34 %		37,42 %		29,23 %		35,09 %		147,08 %		245,13 %		186,53 %		310,883 %				
				≤ 3 Hari		6 Hari		≤ 3 Hari		6,66 Hari		9,14 Hari		5,88 Hari		28,31 Hari		943,67 Hari		34,31 Hari		1143,67 Hari		1017,8 Hari				
				≤ 25 %		37,68 %		≤ 25 %		50,67 %		32,71 %		94,17 %		39,22 %		216,77 %		867,08 %		254,45 %		1017,8 %				
				≥ 83 %		94,59 %		≥ 83 %		88,95 %		35,83 %		103,91 %		192,40 %		421,09 %		507,34 %		515,68 %		621,30 %				
				Rata-rata Capaian kinerja (P4)																								
																			489,96 %		126,46 %		606,01 %					
		Program : Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat	Indikator Program: Prosentase Fasilitas Pelayanan Kesehatan Terakreditasi																									
		Kegiatan : Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Kewenangan Daerah Kabupaten/Kota	Indikator Kegiatan: Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk UKM dan UKP kewenangan daerah kabupaten/kota																									
		SubKegiatan : Pengadaan Alat Kesehatan/Alat Pemungjung Medik Fasilitas Pelayanan Kesehatan (DAK)	Indikator SubKegiatan: Jumlah Pengadaan Alat Kesehatan/Alat Pemungjung Medik Fasilitas Pelayanan Kesehatan (DAK)	85	105.170.079.291,00	87,12	6.330.749.995,00	63,95	15.820.000.000,00							63,95	10.116.437.821,00	63,95	10.116.437.821,00	100	63,95	151,07	16.447.187.816,00	177,726	15,64			
		Kegiatan : Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Rujukan Tingkat Daerah Kabupaten/Kota	Indikator Kegiatan:																									
		SubKegiatan : Operasional Pelayanan Rumah Sakit (DAU)	Indikator SubKegiatan : Jumlah Operasional Pelayanan Rumah Sakit	99	29.234.147.536,00	85,39	5.039.160.940,00	67,53	11.590.757.137,00					41,72	4.835.782.976,00	25,91	3.002.698.591,00	67,53	7.838.481.567,00	100	67,53	153,02	12.927.642.507,00	154,563	44,22			
													Rata-rata Capaian kinerja (P4)															
													Predikat Kinerja															
Faktor Pendukung Keberhasilan Kinerja:																												
Faktor Penghambat Pencapaian Kinerja:																												
Tindak Lanjut yang diperlukan dalam triwulan berikutnya:																												
Tindak Lanjut yang diperlukan dalam RKPD tahun berikutnya:																												





**LAPORAN KINERJA INSTANSI PEMERINTAH
(LKjIP)
TAHUN 2020**



**RSUD KERTOSONO
2021**

KATA PENGANTAR

Dengan mengucap puji syukur kehadirat Allah SWT Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan karuniaNya sehingga Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) RSUD Kertosono tahun 2020 telah selesai disusun dengan baik. Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) merupakan laporan kinerja yang disusun setiap tahun sebagai wujud pertanggungjawaban tentang kinerja lembaga pemerintah selama satu tahun anggaran.

Dalam LKjIP ini akan disajikan hasil pengukuran kinerja dari RSUD Kertosono pada tahun 2020 serta evaluasi dan analisis akuntabilitas kinerja, sehingga dapat memberikan informasi keberhasilan atau kegagalan RSUD Kertosono dalam mencapai indikator dan target yang telah ditentukan sebelumnya. Penyusunan LKjIP RSUD Kertosono benar-benar didasarkan pada pengukuran kinerja yang realistis dan obyektif, sehingga hasilnya dapat dijadikan sebagai bahan untuk menentukan langkah dan kebijakan RSUD Kertosono di tahun selanjutnya serta dapat mendorong peningkatan kinerja para penyelenggara pemerintahan daerah dalam mewujudkan visi - misi Pemerintah Kabupaten Nganjuk.

Atas tersusunnya Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) RSUD Kertosono ini, kami tim penyusun mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan sumbangsih sehingga laporan ini dapat tersaji dengan baik. Kritik, tanggapan serta saran-saran untuk perbaikan terhadap laporan sangat kami harapkan guna peningkatan kinerja dimasa yang akan datang. Kami berharap, semoga LKjIP RSUD Kertosono Tahun 2020 ini dapat memberikan manfaat sebesar-besarnya kepada kita semua, Amin.

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	2
DAFTAR ISI.....	3
BAB I. PENDAHULUAN.....	4
A. LATAR BELAKANG.....	4
B. GAMBARAN UMUM.....	5
BAB II. PERENCANAAN STRATEGIS DAN PERJANJIAN KINERJA.....	10
A. PERENCANAAN STRATEGIS.....	10
B. PERJANJIAN KINERJA.....	22
BAB III. AKUNTABILITAS KINERJA.....	24
A. AKUNTABILITAS KINERJA BIDANG PELAYANAN.....	24
B. AKUNTABILITAS KINERJA BIDANG KEUANGAN.....	33
C. PRESTASI CAPAIAN KINERJA.....	36
BAB IV. PENUTUP.....	38
A. KESIMPULAN.....	38
B. SARAN.....	38
LAMPIRAN I.....	40
LAMPIRAN II.....	43
LAMPIRAN III.....	44

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Setiap Instansi Pemerintah sebagai unsur penyelenggara pemerintah Negara mempunyai kewajiban untuk mempertanggungjawabkan pelaksanaan tugas pokok dan fungsinya serta kewenangan pengelolaan sumber daya dengan didasarkan pada suatu perencanaan strategis yang telah ditetapkan oleh masing-masing instansi, sebagaimana hal ini telah diatur dalam Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah dan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah guna mendorong terwujudnya sebuah pemerintahan yang baik (Good Governance) di Indonesia.

Penyusunan Laporan Kinerja (LKjIP) Tahunan sangatlah penting dan strategis oleh karena memiliki tujuan sebagai berikut:

- a. Memberikan informasi kinerja yang terukur kepada pemberi mandat atas kinerja yang telah dan seharusnya di capai
- b. Sebagai upaya perbaikan berkesinambungan bagi instansi pemerintah untuk meningkatkan kinerjanya

Dengan dilatarbelakangi hal-hal tersebut diatas, maka RSUD Kertosono sebagai salah satu Instansi Pemerintah Kabupaten Nganjuk juga mempunyai kewajiban untuk menyusun Laporan Kinerja (LKjIP) Tahunan sebagai salah satu bentuk pertanggungjawaban keberhasilan maupun kegagalan dari pelaksanaan visi dan misi untuk mencapai sasaran dan tujuan yang telah ditetapkan.

B. GAMBARAN UMUM

Rumah Sakit Umum Daerah Kertosono adalah rumah sakit type C yang berlokasi di Jl. Panglima Sudirman No. 16 Kertosono Kabupaten Nganjuk, yang secara administrasi merupakan rumah sakit milik dari Pemerintah Kabupaten Nganjuk.

Pada jaman penjajahan sekitar tahun 1920, RSUD Kertosono awalnya merupakan sarana pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan pada karyawan Pabrik Gula Lestari yang berlokasi di Kecamatan Patianrowo yang didirikan suatu perusahaan milik Pemerintah Hindia Belanda yaitu *Hendels Vereeniging Amsterdam (HVA)*. Namun setelah Proklamasi Kemerdekaan Republik Indonesia, Sarana Pelayanan Kesehatan tersebut diambil alih oleh Pemerintah Republik Indonesia dan sekarang dibawah kepemilikan Pemerintah Kabupaten Nganjuk sarana pelayanan kesehatan tersebut dirubah atau dikembangkan menjadi rumah sakit yang diberi nama Rumah Sakit Umum Daerah Kertosono yang lokasinya di Kabupaten Nganjuk bagian timur yaitu di Wilayah Kecamatan Kertosono.

Seiring dengan adanya perkembangan dan tuntutan jaman dan semakin banyaknya kepercayaan yang diberikan oleh masyarakat membuat bangunan di RSUD Kertosono terasa kurang memadai dan harus dilakukan pengembangan. Tetapi kalau melihat kondisi geografis di sekitar RSUD Kertosono dirasa tidak memungkinkan untuk pengembangan lagi. Kemudian bila dilihat dari segi fisik bangunan RSUD Kertosono tidak bisa menambah tempat layanan baru karena keterbatasan lahan. Untuk itu dalam rangka memberikan akses pelayanan kesehatan yang memadai bagi masyarakat Nganjuk Pemerintah Kabupaten Nganjuk mendirikan gedung rumah sakit baru yang bertujuan untuk mengakomodir kebutuhan akan pelayanan kesehatan yang semakin bertambah setiap tahunnya. Maka pada tahun 2017 Rumah Sakit Umum Daerah Kertosono dipindahkan ke gedung rumah sakit baru yang terletak di Jalan Panglima Sudirman Nomor 16 Desa Kepuh Kec. Kertosono Kabupaten Nganjuk.

Rumah Sakit ini dibangun diatas tanah berukuran 30.354 M² / 3,035 H dengan luas bangunan 21.872 M². Pada tahun 2018 RSUD Kertosono Kabupaten Nganjuk telah menerima Sertifikat Akreditasi Rumah Sakit dengan predikat Madya (bintang tiga) dari Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.

1. Tugas Pokok

Rumah Sakit Umum Daerah Kertosono mempunyai tugas pokok melaksanakan penyusunan dan pelaksanaan kebijakan daerah di bidang pelayanan kesehatan paripurna dengan upaya kesehatan secara berdayaguna dan berhasil guna dan mengutamakan upaya penyembuhan, pemulihan, rehabilitas yang dilaksanakan secara serasi, terpadu dengan upaya peningkatan serta pencegahan dan melaksanakan upaya rujukan.

2. Fungsi

Fungsi RSUD Kertosono diantaranya adalah:

- a. Perumusan kebijakan teknis di bidang pelayanan kesehatan paripurna;
- b. Pemberian dukungan atas penyelenggaraan daerah di bidang pelayanan kesehatan paripurna;
- c. Pembinaan dan pelaksanaan tugas di bidang pelayanan kesehatan paripurna;
- d. Penyelenggaraan pelayanan medis;
- e. Penyelenggaraan pelayanan penunjang medis dan non medis;
- f. Penyelenggaraan pelayanan dan asuhan keperawatan;
- g. Penyelenggaraan pelayanan rujukan;
- h. Pelaksanaan penelitian dan pengembangan;
- i. Pengelolaan administrasi umum dan keuangan;
- j. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Bupati sesuai dengan tugas dan fungsinya.

3. Jumlah Pegawai

Jumlah Pegawai per tahun 2020 sebanyak 492 Orang yang terdiri dari:

- PNS : 286 Orang
- Jumlah Tenaga Harian Lepas (THL) : 104 Orang

- Jumlah Tenaga BLUD : 102 Orang

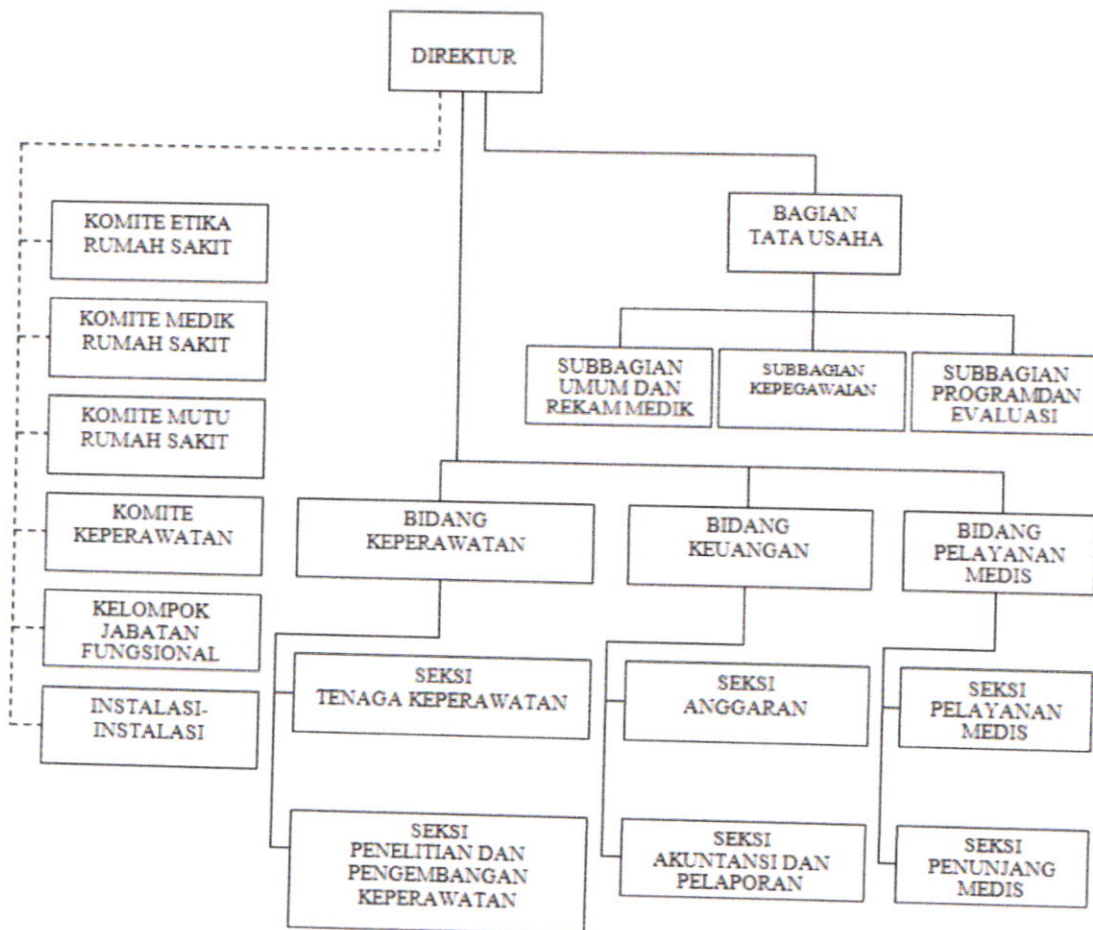
4. Struktur Organisasi

Susunan struktur organisasi RSUD Kertosono terdiri dari:

- 1) Direktur
- 2) Kabag Tata Usaha
 - Kasubag Umum & Rekam Medis
 - Kasubag Kepegawaian
 - Kasubag Program & Evaluasi
- 3) Kabid Keuangan
 - Kasi Akutansi & Pelaporan
 - Kasi Anggaran
- 4) Kabid Pelayanan Medis
 - Kasi Pelayanan Medis
 - Kasi Penunjang Medis
- 5) Kabid Keperawatan
 - Kasi Tenaga Keperawatan
 - Kasi Penelitian & Pengembangan Keperawatan

GAMBAR 1.1

SUSUNAN STRUKTUR ORGANISASI RSUD KERTOSONO



Sumber: Data Kepegawaian RSUD Kertosono

5. Kondisi Sarana dan Prasarana yang Digunakan

Sebagai Badan Layanan Umum Daerah Pemerintah Kabupaten Nganjuk, sarana dan prasarana yang dikelola oleh RSUD Kertosono dalam memberikan pelayanan merupakan aset milik Pemerintah Kabupaten Nganjuk, sebagaimana diatur dalam PP No 23 Th 2005 tentang PPK BLU, bahwa aset BLU tidak dipisahkan dari aset instansi induknya.

Sebagai Rumah Sakit Umum Daerah milik Pemerintah Kabupaten, RSUD Kertosono memiliki sarana prasarana yang cukup representatif. Gedung yang dimiliki RSUD Kertosono terdiri dari beberapa kelompok gedung dalam satu lokasi yang meliputi:

- a. Gedung A, terdiri dari Ruang Poliklinik, Rekam Medik dan Administrasi Rumah Sakit dengan rincian:
 - Lantai 1 terdiri dari Ruang Kontrol Utama, Klinik Rawat Jalan, Toilet dan Mushola, Front Office, Loker Pendaftaran, Instalasi Farmasi dan Apotek, Klinik Rawat Jalan, Cafeteria, Minimarket, Koperasi dan Bank Jatim.
 - Lantai 2 terdiri dari Klinik Rawat Jalan, Toilet dan Mushola
 - Lantai 3 terdiri dari Ruang Bagian Tata Usaha, Ruang Bidang Pelayanan Medis, Ruang Bidang Keuangan, Ruang Bendahara, Ruang Bidang Keperawatan, Ruang Staf Sistem Informasi Manajemen, Gudang Arsip, Klinik Rawat Jalan, Ruang Rekam Medik, Toilet dan Mushola
 - Lantai 4 terdiri dari Ruang Direktur, Ruang Akreditasi, Gudang Arsip, Gudang Kepegawaian, Ruang Dokter, Ruang Rapat Cendana, Ruang Dharma Wanita, Ruang K3PPI, Ruang Komite Keperawatan, Ruang Komite Medik, Ruang Rapat Wijayakusuma, Ruang Pertemuan Sakura, Toilet dan Mushola.
- b. Gedung B, terdiri dari Ruang IGD, Hemodialisa, ICU/ICCU dan Instalasi Bedah Sentral dengan rincian:
 - Lantai 1 terdiri dari Ruang Instalasi Gawat Darurat dan Ruang Hemodialisa;
 - Lantai 2 terdiri dari Ruang ICU dan Ruang CSSD

- Lantai 3 terdiri dari Ruang Instalasi Bedah Sentral
- c. Gedung C, terdiri dari Ruang Radiologi, Laboratorium, Bank Darah Rumah Sakit, NICU dan Kebidanan dan Kandungan dengan rincian:
 - Lantai 1 terdiri dari Instalasi Radiologi, Instalasi Laboratorium dan Bank Darah Rumah Sakit
 - Lantai 2 terdiri dari Ruang NICU Kebidanan
- d. Gedung D, terdiri dari Ruang Instalasi Rawat Inap Kelas VIP dan VVIP dengan rincian:
 - Lantai 1 terdiri dari Ruang VIP
 - Lantai 2 terdiri dari Ruang VIP
 - Lantai 3 terdiri dari Ruang VIP
- e. Gedung E, terdiri dari Ruang Instalasi Rawat Inap Kelas 3 dengan rincian:
 - Lantai 1 terdiri Ruang Rawat Inap Kelas 3 Dahlia
 - Lantai 2 terdiri Ruang Rawat Inap Kelas 3 Lily
 - Lantai 3 terdiri Ruang Rawat Inap Kelas 3 Bogenville
- f. Gedung F, terdiri dari Ruang Instalasi Rawat Inap Kelas 3 dan Kelas 1 dengan rincian:
 - Lantai 1 terdiri dari Ruang Rawat Inap Jasmine
 - Lantai 2 terdiri dari Ruang Rawat Inap Anak Krisan
 - Lantai 3 terdiri dari Ruang Rawat Inap Edelweis
- g. Gedung G, terdiri dari : Ruang Instalasi Jenazah dan Forensik
- h. Gedung H : Masjid.
- i. Gedung I, terdiri dari : Ruang Instalasi Gizi dan Dapur
- j. Gedung J, terdiri dari : Ruang IPSRS, Workshop dan Laundry
- k. Gedung K : Power House
- l. Gedung L : IPAL.
- m. Gedung M : Incenerator
- n. Gedung N : TPS
- o. Gedung N : TPS

BAB II

PERENCANAAN STRATEGIS DAN PERJANJIAN KINERJA

A. PERENCANAAN STRATEGIS

Perencanaan strategis merupakan suatu proses yang berorientasi pada hasil yang ingin dicapai selama kurun waktu tertentu dengan memperhitungkan potensi, peluang, kendala dan ancaman yang mungkin terjadi. Dalam rangka mewujudkan tujuan organisasi, maka ditetapkan rencana strategis RSUD Kertosono yang terdiri dari sasaran dan indikator kinerja yang harus dicapai. Secara umum sasaran yang ingin dicapai RSUD Kertosono mengacu kepada visi, misi, motto dan tujuan sebagaimana termuat dalam rencana strategis yang telah ditetapkan.

1. Visi

Sejalan dengan visi Pemerintah Kabupaten Nganjuk dan tugas pokok Rumah Sakit Umum Daerah Kertosono Kabupaten Nganjuk maka RSUD Kertosono menetapkan visi:

“ Terwujudnya Rumah Sakit yang Unggul, Bermutu, Inovatif dan Menjadi Pilihan Masyarakat ”

Dengan adanya rumusan visi tersebut, RSUD Kertosono selalu berupaya untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas sarana dan prasarana pelayanan kesehatan serta meningkatkan kualitas dan kuantitas sumber daya manusianya sehingga dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat sesuai dengan yang di harapkan masyarakat dimana seluruh komponen yang ada di RSUD Kertosono dapat menghargai hak-hak pasien khususnya dapat memberikan pelayanan yang efektif dan efisien serta dapat memberikan pelayanan yang dapat “mengorbankan orang” atau menghargai keberadaan pasien, sehingga terwujudlah Rumah Sakit Yang Unggul, Bermutu, Inovatif dan Menjadi Pilihan Masyarakat.

2. Misi

Untuk mewujudkan visi yang telah ditetapkan tersebut, maka Rumah Sakit Umum Daerah Kertosono Kabupaten Nganjuk mempunyai misi sebagai berikut :

- a. Memberikan pelayanan paripurna yang prima dan mengutamakan keselamatan pasien dengan fokus pada kepuasan masyarakat;
- b. Meningkatkan kompetensi dan produktifitas Sumber Daya Manusia dengan mengembangkan teknologi informasi;
- c. Mewujudkan tata kelola Rumah Sakit yang profesional, akuntabel, inovatif dan transparan;
- d. Mewujudkan Rumah Sakit Pendidikan yang berbasis pada perkembangan IPTEK dan bersinergi dengan mutu pelayanan.

3. Motto

Motto atau dalam bahasa Inggris dituliskan dengan Motto, merupakan sebuah kalimat ataupun kata yang dijadikan sebagai prinsip dan semboyan dalam kehidupan atau juga sering disebut sebagai semboyan atau pedoman yang menggambarkan motivasi, semangat, dan tujuan dari suatu organisasi. Dari gambaran di atas dirumuskan motto RSUD Kertosono yakni :

“ KEPUASAN ANDA PRIORITAS KAMI ”

Yakni merupakan komitmen bersama dalam mewujudkan kepuasan dalam pelayanan dirumah sakit yang benar - benar nyaman, sejuk, penuh keramahan dan menghadirkan nuansa yang bersahabat seperti dirumah dalam menunjang kesembuhan pasien.

4. Tujuan

Tujuan RSUD Kertosono secara umum adalah meningkatnya derajat kesehatan masyarakat. Dalam mencapai tujuan tersebut RSUD Kertosono menetapkan sasaran yang ingin dicapai yaitu meningkatnya mutu pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien dimana dalam mencapai hal tersebut ditentukan oleh beberapa indikator yang dijabarkan pada tabel 2.1 dan 2.2

Tabel 2.1. Perencanaan Strategis RSUD Kertosono 2020

TUJUAN	SASARAN			CARA MENCAPAI TUJUAN DAN SASARAN		KETERANGAN
	URAIAN	INDIKATOR	KEBIJAKAN	PROGRAM	PROGRAM	
1 Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat	2 Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan dan Keselamatan Pasien	3 1. Persentase SPM yang memenuhi target 2. Persentase Jumlah penduduk yang memanfaatkan Rumah Sakit 3. Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) 4. Bed Occupancy Rate (BOR) 5. Turn Over Interval (TOI) 6. Nett Death Rate (NDR) 7. Cost Recovery Rate (CRR)	4 Melaksanakan, menambah mengadakan kegiatan baru	5 1. Peningkatan Kesehatan Program 2. Peningkatan dan perbaikan sarana dan prasarana fasilitas pelayanan kesehatan (RSUD) beserta jaringannya	6 RSUD Kertosono	

Tabel 2.2 Perencanaan Strategis Standar Pelayanan Minimal (SPM) RSUD Kertosono 2020 (sesuai KMK RI NO. 129/MENKES/SK/II/2008 tentang SPM Rumah Sakit)

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	KEBIJAKAN	PROGRAM
1	GawatDarurat	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa Jam buka pelayanan gawat darurat Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat yang masih berlaku (ATLS/BTLS/ACLS/PPGD) Kesediaan tim penanggulangan bencana Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat	100% 24 jam 100% Satu tim ≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang	Melaksanakan, menambah dan mengadakan kegiatan baru	1. Peningkatan Pelayanan Kesehatan Program 2. Pengadaan peningkatan dan perbaikan sarana dan prasarana fasilitas pelayanan kesehatan (RSUD) beserta jaringannya

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	KEBIJAKAN	PROGRAM
		<p>Kepuasan pelanggan</p> <p>Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka</p> <p>Kematian pasien ≤ 24 jam</p>	<p>≥ 70%</p> <p>100%</p> <p>≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)</p> <p>100%</p> <p>DokterSpesialis</p>		
2	Rawat Jalan	<p>Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis</p> <p>Ketersediaan pelayanan</p> <p>Jam buka pelayanan</p> <p>Waktu tunggu di rawat jalan</p> <p>Kepuasan pelanggan</p> <p>a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB</p> <p>b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit</p>	<p>a. Klinik Anak</p> <p>b. Klinik Penyakit Dalam</p> <p>c. Klinik Kebidanan</p> <p>d. Klinik Bedah</p> <p>08.00s/d 13.00</p> <p>Setiap hari kerja kecuali Jum'at :</p> <p>08.00- 11.00</p> <p>≤ 60 menit</p> <p>≥ 90%</p> <p>a. ≥ 60%</p> <p>b. ≥60 %</p>		
3	Rawat Inap	<p>Pemberi pelayanan di Rawat Inap</p> <p>Dokter penanggung jawab pasien rawat inap</p>	<p>a. Dokterspesialis</p> <p>b. Perawat minimal pendidikan D3</p> <p>100%</p>		

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	KEBIJAKAN	PROGRAM
		Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah		
		Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja ≤ 1,5 %		
		Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %		
		Kejadian infeksi nosokomial	100%		
		Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakhir kecacatan/kematian	≤ 0,24 %		
		Kematian pasien > 48 jam	≤ 5 %		
		Kejadian pulang Paksa	≥90 %		
		Kepuasan pelanggan			
		Rawat inap TB :			
		a. Penegakan Dianogsis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB.	a. 100%		
		b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	b. 100%		
		Ketersediaan pelayanan rawat inap di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa	NAPZA, Gangguan psikotik, Gangguan Nerotik, dan Gangguan Mental Organik 100%		
		Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri	100%		
		Kejadian re-admission pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan	100%		
		Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa	≤ 6 minggu		

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	KEBIJAKAN	PROGRAM
4	Bedah Sentral (Bedahsaja)	<p>Waktu tunggu operasi elektif</p> <p>Kejadian Kematian di meja operasi</p> <p>Tidak adanya kejadian operasi salah sisi</p> <p>Tidak adanya kejadian operasi salah orang</p> <p>Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi</p> <p>Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing /lain padatubuh pasien setelah operasi.</p> <p>Komplikasi anastesi karena over dosis, reaksi anastesi, dan salah penempatan endotracheal tube.</p>	<p>≤ 2 hari</p> <p>≤ 1%</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>≤ 6%</p>		
5	Persalinan dan Perinatalogi (kecuali rumah sakit khusus diluar rumah sakit ibu dan Anak)	<p>Kejadiankematianibukarenapersalinan</p> <p>Pemberi pelayanan persalinan normal</p> <p>Pemberi pelayanan dengan persalinan penyulit</p> <p>Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi</p> <p>Kemampuan menangani BBLR 1500 gr-2500 gr</p> <p>Pertolongan Persalinan melalui seksio cesaria</p>	<p>a.Perdarahan ≤ 1 %</p> <p>b. Pre - Eklamsia ≤ 30%</p> <p>c.Sepsis ≤ 0,2 %</p> <p>a. Dokter Sp.OG</p> <p>b. Dokter Umum</p> <p>terlatih (Asuhan Persalinan Normal)</p> <p>c. Bidan</p> <p>Tim PONEK yang terlatih.</p> <p>a. Dokter Sp.OG</p> <p>b. Dokter Sp.A</p> <p>c. DokterSp.An</p> <p>100%</p> <p>≤ 20%</p>		

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	KEBIJAKAN	PROGRAM
		Keluarga Berencana : a. Persentase KB (Vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr. Sp. OG, dr. Sp. B, dr. Sp. U, dokter umum terlatih. b. Persentase peserta KB mantap yang mendapatkan konseling KB mantap oleh bidan terlatih.	a. 100% b. 100%		
6	Intensif	Kepuasan Pelanggan Rata-rata Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≥80% ≤ 3%		
7	Radiologi	Pemberi pelayanan Unit intensif Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto. Pelaksanaan ekspertisi Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen Kepuasan pelanggan. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium.	a. Dokter Sp. Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100 % perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU/ setara (D4) ≤ 3 jam Dokter Spesialis Radiologi Kerusakan foto ≤ 2% ≥80% ≤ 140 menit Kimia darah & darah rutin.		
8	Laboratorium Patologi Klinik	Pelaksanaan ekspertisi	Dokter Spesialis Patologi Klinik		

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	KEBIJAKAN	PROGRAM
		Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium.	100%		
9	Rehabilitasi Medik	Keputusan pelanggan. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik Keputusan pelanggan.	≥80% ≤ 50 % 100 % ≥80 %		
10	Farmasi	Waktu tunggu pelayanan a. Obat jadi b. Obat Racikan Tidak adanya Kejadian kesalahan pemberian obat. Keputusan pelanggan. Penulisan resep sesuai formularium	a. ≤ 30 menit b. ≤ 60 menit 100% ≥80% 100%		
11	Gizi	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	≥ 90% ≤ 20% 100%		
12	Tranfusi Darah	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan tranfusi Kejadian reaksi tranfusi	100% terpenuhi ≤ 0,01%		
13	Pelayanan GAKIN	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100 % terpenuhi		
14	Rekam Medik	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	100% 100% ≤ 10 menit		

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	KEBIJAKAN	PROGRAM
15	Pengelolaan Limbah	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium. Baku mutu limbah cair	100% a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. PH 6-9		
16	Administrasi dan manajemen	Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun.	100% 100% 100% 100% 100% ≥60%		
17	Ambulance/ Kereta Jenazah	Cost recovery Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu Waktu pelayanan ambulance / kereta jenazah Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumah sakit Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	≥40% 100% ≤ 2 jam 100 % 24 jam ≤ 30 menit Sesuai ketentuan daerah		

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	KEBIJAKAN	PROGRAM
18	Pemulasaran Jenazah	Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaran jenazah	≤ 2 jam		
19	Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit (IPS)	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≤ 80%		
		Kecepatan waktu pemeliharaan alat	100%		
		Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%		
20	Pelayanan Laundry	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%		
		Kecepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%		
21	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	Adanya anggota tim PPI yang terlatih	≥ 75%		
		Tersedia APD disetiap instalasi/departement	≥60%		
		Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/HAI (health care associated infections) di rumah sakit (minimum 1 parameter)	≥75%		

Berdasarkan tabel 2.1 untuk mencapai tujuan dan sasaran yang ditentukan dibutuhkan beberapa indikator yang harus dipenuhi, antara lain:

1. Persentase SPM yang memenuhi target
2. Persentase Jumlah penduduk yang memanfaatkan Rumah Sakit
3. Indek Kepuasan Masyarakat (IKM)
4. Bed Occupancy Rate (BOR)
5. Turn Over Interval (TOI)
6. Nett Death Rate (NDR)
7. Cost Recovery Rate (CRR)

Disamping indikator tersebut diatas RSUD Kertosono juga mempunyai indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) sesuai dengan KMK RI No.129/Menkes/SK/II/2008 Tentang SPM Rumah Sakit. Masing-masing indikator SPM adalah sebagai tolok ukur kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dicapai dan sebagai panduan dalam melaksanakan perencanaan melaksanakan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggung jawaban penyelenggaraan standar pelayanan minimal rumah sakit.

Untuk memenuhi sejumlah indikator tersebut diatas, RSUD Kertosono membuat kebijakan yaitu melaksanakan, menambah dan mengadakan kegiatan baru yang berfokus pada dua program pokok yaitu: yang pertama, program peningkatan pelayanan kesehatan (BLUD); dan yang kedua, program pengadaan peningkatan dan perbaikan sarana dan prasarana fasilitas pelayanan kesehatan (RSUD) beserta jaringannya.

B. PERJANJIAN KINERJA

Perjanjian kinerja merupakan lembar/dokumen yang berisikan penugasan dari pimpinan instansi yang lebih tinggi kepada pimpinan instansi yang lebih rendah untuk melaksanakan program/kegiatan yang disertai dengan indikator kinerja. Melalui perjanjian kinerja, terwujudlah komitmen penerima amanah dan kesepakatan antara penerima dan pemberi amanah atas kinerja terukur tertentu berdasarkan tugas, fungsi dan wewenang serta sumber daya yang tersedia. Kinerja yang disepakati tidak dibatasi pada kinerja yang dihasilkan atas kegiatan tahun bersangkutan, tetapi termasuk kinerja (*outcome*) yang seharusnya terwujud akibat kegiatan tahun-tahun sebelumnya. Dengan demikian target kinerja yang diperjanjikan juga mencakup *outcome* yang dihasilkan dari kegiatan tahun-tahun sebelumnya, sehingga terwujud kesinambungan kinerja setiap tahunnya.

Perjanjian Kinerja RSUD Kertosono tahun 2020 dibuat untuk mewujudkan sasaran strategis seperti yang telah ditetapkan dalam dokumen perencanaan yaitu meningkatnya mutu pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien (lihat Lampiran I). Perjanjian kinerja disusun pada tanggal 30 Januari 2020 dengan anggaran:

1. Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan BLUD sebesar Rp. 69.000.000.000,00
2. Program Pengadaan, Peningkatan dan perbaikan sarana dan prasarana fasilitas pelayanan kesehatan (RSUD) beserta jaringannya sebesar Rp. 7.266.951.471,00

Pada bulan Maret 2020 terjadi pandemi Covid-19 dan RSUD Kertosono ditetapkan sebagai Rumah sakit rujukan Covid-19 pada tanggal 9 Mei 2020 sesuai dengan SK Gubernur Jawa Timur No 188./125/KPTS/013/2020. Hal ini memberikan dampak terhadap perubahan kebutuhan dan layanan kesehatan yang menyebabkan anggaran tahun 2020 khususnya untuk Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan BLUD direfocusing oleh Pemda sehingga turun menjadi Rp. 67.183.032.394,15. RSUD Kertosono juga mendapat bantuan Dana Insentif Daerah (DID) sebesar Rp. 5.960.000.000 untuk mendukung penanganan Corona Virus Disease (Covid-19). Gambaran

tentang anggaran program kinerja RSUD Kertosono setelah perubahan dijabarkan pada tabel dibawah ini:

Tabel 2.3 Anggaran Program Kinerja Rsud Kertosono 2020

PROGRAM	URAIAN KEGIATAN	INDIKATOR	ANGGARAN
1	2	3	4
1. Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan (BLUD)	Pelayanan dan Pendukung Pelayanan	Tersedianya dana	Rp. 67.183.032.394,15
2. Program pengadaan, peningkatan dan perbaikan sarana dan prasarana fasilitas pelayanan kesehatan (RSUD) beserta jaringannya	Pengadaan alat kesehatan (DAK Fisik Reguler 2020)		Rp. 7.266.951.471
	Penanganan Corona Virus Disease (COVID-19) (DID)		Rp. 5.960.000.000

BAB III

AKUNTABILITAS KINERJA

Secara umum RSUD Kertosono sebagai Organisasi Perangkat Daerah di Kabupaten Nganjuk telah melaksanakan tugas pokok yang bersifat administratif maupun bersifat teknis dengan baik dan proporsional sesuai dengan aturan yang berlaku. Pelaksanaan tugas dilakukan guna mendukung tercapainya visi dan misi Pemerintah Kabupaten Nganjuk. Indikator keberhasilan terhadap pelaksanaan tugas ini adalah tercapainya sasaran yang telah ditetapkan oleh RSUD Kertosono yaitu meningkatnya mutu pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien yang berujung pada tujuan utama RSUD Kertosono yaitu meningkatnya derajat kesehatan masyarakat. Dalam mengukur keberhasilan RSUD Kertosono dalam mencapai sasarannya, ditetapkan 2 (dua) aspek penilaian terkait akuntabilitas kinerja yaitu Akuntabilitas Kinerja Bidang Pelayanan dan Akuntabilitas Kinerja Bidang Keuangan. Pengukuran akuntabilitas dihitung dengan cara membandingkan antara target yang ingin dicapai dan realisasi yang telah dicapai.

A. AKUNTABILITAS KINERJA BIDANG PELAYANAN

Akuntabilitas Kinerja Bidang Pelayanan RSUD Kertosono berfokus pada pengukuran **output** dan **outcome**. Sebagai penjelasan lebih lanjut dapat dilihat pada tabel 3.1 dan 3.2 mengenai capaian Indikator Kinerja Utama dan Standart Pelayanan Minimal (SPM) tahun 2020 dibawah ini:

Tabel 3.1 Capaian Indikator Kinerja Utama RSUD Kertosono Tahun 2020

TUJUAN	SASARAN	INDIKATOR KINERJA UTAMA	TARGET	REALISASI	CAPAIAN (%)
1 Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat	2 Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan dan Keselamatan Pasien	3 1. Persentase SPM yang memenuhi target	4 > 85%	5 82%	6 96.5%
		2. Persentase Jumlah penduduk yang memanfaatkan Rumah Sakit	>110.075 kunjungan orang	85.591 kunjungan orang	77.76 %
		3. Indek Kepuasan Masyarakat (IKM)	> 80%	78.80%	98.5%
		4. Bed Occupancy Rate (BOR)	> 80%		
		Covid		36,70%	45,9%
		Non-Covid		43,41%	54,26%
		5. Turn Over Interval (TOI)	< 2 Hari		
Covid		14 hari	700%		
Non Covid		5 hari	250%		
6. Nett Death Rate (NDR)	< 20% ^{oo}				
Covid		61,72% ^{oo}	308%		
Non-Covid		25,82% ^{oo}	129%		
7. Cost Recovery Rate (CRR)	> 95%				
			94.59%	99.57%	

Tabel 3.2 Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) RSUD Kertosono Tahun 2020 (sesuai KMK RI NO. 129/MENKES/SK/II/2008 TENTANG SPM RUMAH SAKIT)

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	TARGET	REALISASI CAPAIAN
1	Gawat Darurat	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100%	100%	100%
		Jam buka pelayanan gawat darurat	24 jam	24 Jam	24 Jam
		Pemberi pelayanan kegawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku (ATLS/BTLS/ACLS/PPGD)	100%	100%	95%
		Kesediaan tim penanggulangan bencana	Satu tim	Satu tim	Satu tim

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	TARGET	REALISASI CAPAIAN
		<p>Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat</p> <p>Kepuasan pelanggan</p> <p>Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka</p> <p>Kematian pasien ≤ 24 jam</p>	<p>≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang</p> <p>≥ 70%</p> <p>100%</p> <p>≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)</p> <p>100% DokterSpesialis</p>	<p>≤ 5 menit</p> <p>≥ 77%</p> <p>100%</p> <p>≤ 2 perseribu</p>	<p>3 menit</p> <p>75.85%</p> <p>100%</p> <p>1 perseribu</p>
2	Rawat Jalan	<p>Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis</p> <p>Ketersediaan pelayanan</p>	<p>e. Klinik Anak</p> <p>f. Klinik Penyakit Dalam</p> <p>g. Klinik Kebidanan</p> <p>h. Klinik Bedah</p> <p>08.00s/d 13.00</p> <p>Setiap hari kerja kecuali Jum'at : 08.00- 11.00</p> <p>≤ 60 menit</p> <p>≥ 90%</p> <p>a. ≥ 60%</p> <p>b. ≥60 %</p>	<p>100%</p> <p>Ada/Tersedia</p>	<p>80%</p> <p>Ada/Tersedia</p> <p>08.30s/d 13.00</p> <p>43 menit</p> <p>79,60%</p>
3	Rawat Inap	<p>a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB</p> <p>b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit</p> <p>Pemberi pelayanan di Rawat Inap</p> <p>Dokter penanggung jawab pasien rawat inap</p>	<p>c. Dokterspesialis</p> <p>d. Perawat minimal pendidikan D3</p> <p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	TARGET	REALISASI CAPAIAN
		Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah	100%	100%
		Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	100%	100%
		Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %	≤ 1,5%	0%
		Kejadian infeksi nosokomial	≤ 1,5 %	≤ 1,5%	0%
		Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakhir kecacatan/kematian	100%	100%	99%
		Kematian pasien > 48 jam	≤ 0,24 %	≤ 0,24%	1%
		Kejadian pulung Paksa	≤ 5 %	≤ 5 %	1%
		Kepuasan pelanggan	≥90 %	≥77%	78%
		Rawat inap TB :			
		c. Penegakan Dianogsis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB.	a.100%	100%	100%
		d. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	b.100%	100%	100%
		Ketersediaan pelayanan rawat inap di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa	NAPZA, Gangguan psikotik, Gangguan Nerotik, dan Gangguan Mental Organik	100%	100%
		Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri	100%	100%	100%
		Kejadian re-admission pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan	100%	100%	100%
		Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa	≤ 6 minggu	≤ 6 minggu	1 minggu
		Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	≤ 2 hari	1 hari
		Kejadian Kematian di meja operasi	≤ 1%	≤ 1 %	0%
		Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100 %	100 %
		Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100 %	100 %
4	Bedah Sentral (Bedah saja)				

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	TARGET	REALISASI CAPAIAN
5	Persalinan dan Perinatalogi (kecuali rumah sakit khusus diluar rumah sakit ibu dan Anak)	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100 %	100 %
		Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing /lain padatubuh pasien setelah operasi.	100%	100 %	100 %
		Komplikasi anastesi karena over dosis, reaksi anastesi, dan salah penempatan endotracheal tube.	≤ 6%	≤ 6%	0,1%
		Kejadian kematian ibu karena persalinan	a. Perdarahan ≤ 1 % b. Pre -Eklamsia ≤ 30% c. Sepsis ≤ 0,2 %	≤ 1 % ≤ 30% ≤ 0,2%	3% 0% 0%
		Pemberi pelayanan persalinan normal	a. Dokter Sp.OG b. Dokter Umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal) c. Bidan	Ada/Tersedia 100%	Ada/Tersedia 100%
		Pemberi pelayanan dengan persalinan penyulit	Tim PONEK yang terlatih.	Ada/Tersedia 100%	Ada/Tersedia 100%
		Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	a. Dokter Sp.OG b. Dokter Sp.A c. DokterSp.An	100%	100%
		Kemampuan menangani BBLR 1500 gr-2500 gr	100%	100%	100%
		Pertolongan Persalinan melalui seksio cesaria	≤ 20%	≤ 20%	44%
		Keluarga Berencana :			
6	Intensif	c. Persentase KB (Vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr. Sp.OG, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dokter umum terlatih.	a.100%	100%	100%
		d. Persentase peserta KB mantap yang mendapatkan konseling KB mantap oleh bidan terlatih.	b.100%	100%	100%
		Kepuasan Pelanggan	≥80%	≥ 77%	75%
	Rata-rata Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3%	≤ 3%	0,2%	

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	TARGET	REALISASI CAPAIAN
		Pemberi pelayanan Unit intensif	a. Dokter Sp.Anastesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang di tangani b. 100 % perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU/ setara (D4)	100% 100%	100% 28%
7	Radiologi	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto. Pelaksana ekspertisi Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen Keputusan pelanggaran.	≤ 3 jam Dokter Spesialis Radiologi Kerusakan foto ≤ 2% ≥80% ≤ 140 menit Kimia darah & darah rutin.	≤ 3 jam 100% ≤ 2% ≥77 % ≤ 140 menit	5 jam 98% 1% 76% 41 menit
8	Laboratorium Patologi Klinik	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium. Pelaksana ekspertisi	Dokter Spesialis Patologi Klinik	Dokter Spesialis Patologi Klinik 100%	Dokter Spesialis Patologi Klinik 100%
9	Rehabilitasi Medik	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium. Keputusan pelanggaran. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik Keputusan pelanggaran.	100 % ≥80% ≤ 50 % 100 % ≥80 %	100% ≥77% 100% 80%	86% 100% 80%
10	Farmasi	Waktutunggu pelayanan c. Obat jadi d. Obat Racikan Tidak adanya Kejadian kesalahan pemberian obat. Keputusan pelanggaran.	a. ≤ 30 menit b. ≤ 60 menit 100% ≥80%	a. ≤ 30 menit b. ≤ 60 menit 100% ≥77%	a.19menit b.23 menit 100% 70%

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	TARGET	REALISASI CAPAIAN
		Penulisan resep sesuai formularium	100%	100%	56%
11	Gizi	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	≥ 90% ≤ 20% 100%	≥ 90% ≤ 20% 100%	100% 18% 100%
12	Tranfusi Darah	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan tranfusi Kejadian reaksi tranfusi	100% terpenuhi ≤ 0,01%	100% ≤ 0,01%	100% 0%
13	Pelayanan GAKIN	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS padasetiap unit pelayanan	100 % terpenuhi	100%	100%
14	Rekam Medik	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan Waktu penyediaan dokumen rekam medik rawat Inap	100% 100% ≤ 10 menit ≤ 15 menit	100% 100% ≤ 10 menit ≤ 15 menit	29% 36% 5 menit 14 menit
15	Pengelolaan Limbah	Baku mutu limbah cair	a. BOD < 30 mg/1 b. COD < 80 mg/1 c. TSS <30 mg/1 d. PH 6-9	100%	Tidak dilakukan pemeriksaan limbah cair (Covid-19)
16	Administrasi dan manajemen	Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100% 100% 100% 100% 100%	100% 100% 100% 100% 100%	100% 94% 100% 100% 100%

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	TARGET	REALISASI CAPAIAN
		Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun.	≥60%	≥60%	Tidak dilakukan pelatihan selama pandemi (Covid-19)
		Cost recovery	≥40%	≥40%	59%
		Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100%	100%
		Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam	≥40 %	10 menit
		Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100 %	100%	100%
		Waktupelayanan ambulance / kereta jenazah	24 jam	24 jam	24 jam
		Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumah sakit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	30 menit
		Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	Sesuai ketentuan daerah	Sesuai ketentuan daerah	Sesuai ketentuan daerah
18	Pemulasaran Jenazah	Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaran jenazah	≤ 2 jam	≤ 2 jam	2 jam
		Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≤ 80%	≤ 80%	84%
19	Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit (IPS)	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	100%	48%
		Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%	100%	50%
20	Pelayanan Laundry	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%	100%	100%
		Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%	100%	100%
		Adanya anggota tim PPI yang terlatih	≥ 75%	≥ 75%	100%
		Tersedia APD disetiap instalasi/ departement	≥60%	≥ 75%	100%
	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/HAI (health care associated infections) di rumah sakit (minimum 1 parameter)	≥75%	≥75%	98%

Berdasarkan kedua tabel diatas secara umum apabila melihat capaian masing-masing indikator kinerja kunci bila dibandingkan dengan target yang sudah ditentukan, memang terdapat beberapa indikator yang masuk dalam kategori belum mencapai target. Sebagai contoh indikator jumlah penduduk yang memanfaatkan rumah sakit, dari 110.075 kunjungan yang ditargetkan hanya tercapai 85.591 kunjungan orang. Hasil ini secara tidak langsung berkaitan dengan dampak dari adanya Pandemi Covid-19 yang membuat masyarakat memiliki ketakutan yang cukup tinggi untuk mengunjungi institusi kesehatan khususnya Rumah Sakit. Sebagian besar masyarakat baru akan datang ke Rumah sakit ketika sudah memiliki keluhan atau gejala yang cukup berat. Keadaan ini juga menjadi salah satu faktor pencapaian Nett Death Rate (NDR) yang tinggi.

Hal yang sama juga terjadi pada indikator Turn Over Interval (TOI). Di awal pandemi sesuai dengan aturan pemerintah, rata-rata pasien Covid-19 dinyatakan boleh pulang setelah 2 kali swab negatif atau minimal 14 hari perawatan/isolasi. Kemudian seiring berjalannya waktu peraturan diubah sesuai Keputusan Menteri Kesehatan (KMK) Nomor HK.01.07/Menkes/413/2020 dimana pasien tanpa gejala dinyatakan boleh pulang sejak 10 hari setelah dites positif Covid-19 dan untuk pasien dengan gejala adalah 10 hari setelah menunjukkan gejala, ditambah minimal 3 hari tanpa gejala (termasuk demam dan gejala pernapasan). Berdasarkan peraturan tersebut secara otomatis pasien yang dirawat menjadi lebih lama dari seharusnya dan menyebabkan angka pencapaian TOI menjadi tinggi.

Selain pencapaian indikator dalam IKU secara umum terdapat indikator terkait Standart Minimal Pelayanan (SPM) yang secara khusus menunjukkan bahwa RSUD Kertosono sudah cukup baik dan akuntabel dari segi kinerja pelayanannya. Hal ini dibuktikan dengan tercapainya sebagian besar indikator SPM dari target tahunan yang ditentukan seperti:

1. Pelayanan Gawat Darurat yang sesuai standar mulai dari kemampuan life saving, ketersediaan SDM kegawat daruratan dan tim penanggulangan bencana hingga waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat yang cepat;

2. Tercapainya target SPM dari semua indikator pada Rawat Jalan, Bedah Sentral, Gizi , Rehabilitasi Medik, Transfusi Darah, Pelayanan GAKIN, Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), Ambulans, Laundry hingga Pemulasaraan Jenazah;
3. Penanganan TB baik di rawat jalan maupun rawat inap yang telah mencapai 100% meskipun ditengah Pandemi Covid-19;
4. Pemberi pelayanan Persalinan dengan SDM yang lengkap dan kasus kematian yang rendah;
5. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium yang cepat dan tanpa kesalahan dengan pelaksana ekspertisi dokter patologi klinik;
6. Pelayanan administrasi dan manajemen yang cepat, mudah dan tepat.

B. AKUNTABILITAS KINERJA BIDANG KEUANGAN

Pada bidang keuangan, akuntabilitas dinilai dari pertanggung jawaban atau realisasi atas anggaran yang telah direncanakan sebelumnya yang dibuktikan dengan dibuatnya laporan keuangan yang mencakup penerimaan, penyimpanan, dan pengeluaran uang untuk merealisasikan program-program instansi. Akuntabilitas kinerja bidang keuangan RSUD Kertosono digambarkan pada tabel 4.1.

Tabel 4.1 Laporan Ikhtisar Kinerja Program/Kegiatan RSUD KERTOSONO Tahun Anggaran 2020

KODE REKENING	PROGRAM/ KEGIATAN	BELANJA			SISA	INDIKATOR KEGIATAN	HASIL/ KEGIATAN		KET.
		ANGGARAN	REALISASI	REALISASI			RENCANA	REALISASI	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
40	Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan BLUD								
1	Pelayanan dan Pendukung Pelayanan	67.183.032.394,15	66.244.325.494,79	938.706.899,36	Masukan : Tersedianya Dana	66.244.325.494,79	66.244.325.494,79	Rp	
					Keluaran : Tersedianya Pelayanan Kesehatan untuk Peningkatan Mutu Pelayanan Kepada Masyarakat	100	99	persen	
					Hasil : Tersedianya Pelayanan Kesehatan untuk Peningkatan Mutu Pelayanan Kepada Masyarakat	100	99	persen	
41	Program pengadaan, peningkatan dan perbaikan sarana dan prasarana fasilitas pelayanan kesehatan (RSUD) beserta jaringannya								
1	Pengadaan alat kesehatan (DAK Fisik Reguler 2020)	7.266.951.471,00	6.330.749.995,00	936.201.476,00	Masukan : Tersedianya Dana	6.330.749.995,00	6.330.749.995,00	Rp	
					Keluaran : Tersedianya Alat Kesehatan untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat	228	228	unit/ set	

KODE REKENING	PROGRAM/KEGIATAN	BELANJA			HASIL/KEGIATAN			
		ANGGARAN	REALISASI	SISA	INDIKATOR KEGIATAN	RENCANA	REALISASI	SATUAN
1	2	3	4	5	6	7	8	9
					Hasil : Tersedianya Alat Kesehatan untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat	228	228	unit/ set
2	Penanganan Corona Virus Disease (COVID-19) (DID)	5.960.000.000,00	5.089.160.940,00	870.839.060,00	Masukan : Tersedianya Dana	5.089.160.940,00	5.089.160.940,00	Rp
					Keluaran : Terlaksananya penanganan Corona Virus Disease (COVID-19) (DID)	67.607	54.576	pcs/box/ btl/kota k/galon/ pasang/ pas
					Hasil : Terlaksananya penanganan Corona Virus Disease (COVID-19) (DID)	67.607	54.576	pcs/box/ btl/kota k/galon/ pasang/ pas
Jumlah		80.409.983.865,15	77.664.236.429,79	2.745.747.435,36				

Sumber data dari Bidang Keuangan 2020

Berdasarkan data Laporan dari Bidang Keuangan, rencana anggaran BLUD sebesar Rp.67.183.032.394,15 selama tahun 2020 telah digunakan sebesar Rp.66.244.325.494,79 untuk Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan atau menunjukkan angka 99% dari rencana anggaran yang telah ditetapkan. Hal ini merupakan sebuah pencapaian yang baik dimana RSUD Kertosono berhasil menggunakan dana BLUD secara efisien dalam menyediakan pelayanan kesehatan untuk peningkatan mutu pelayanan kepada masyarakat.

Selanjutnya pada program pengadaan, peningkatan dan perbaikan sarana dan prasarana fasilitas pelayanan kesehatan beserta jaringannya, RSUD Kertosono juga dinilai berhasil menekan/melakukan efisiensi biaya. Untuk program pengadaan alat kesehatan (DAK Fisik Reguler 2020), RSUD Kertosono membutuhkan 228 set alkes dari rencana anggaran Rp.7.266.951.471,00. Namun dari rencana anggaran tersebut hanya terpakai Rp.6.330.749.995,00 sehingga masih ada sisa anggaran sebesar Rp.936.201.476,00. Sementara untuk mendukung penanganan Corona Virus Disease (Covid-19), RSUD Kertosono menggunakan dana sebesar Rp.5.089.160.940,00 dari bantuan Dana Insentif Daerah (DID) dari pemerintah sebesar Rp.5.960.000.000.

C. PRESTASI PENCAPAIAN KINERJA 2020

Adapun prestasi pencapaian kinerja RSUD Kertosono sepanjang tahun 2020 dibedakan menjadi dua yaitu prestasi di bidang pelayanan dan bidang keuangan. Untuk bidang pelayanan RSUD Kertosono telah berhasil mencapai beberapa hal antara lain:

1. Melakukan pembukaan Ruang Isolasi Covid-19 tersentral di satu gedung 3 lantai
2. Menyediakan pelayanan kesehatan untuk pasien Covid-19 yang lengkap meliputi rawat inap, pelayanan bersalin, iccu hingga radiologi.
3. Menyediakan sarana dan pra sarana pemeriksaan penunjang Covid-19 yang lengkap untuk pasien mulai dari rapid antigen, swab antigen, swab pcr dan photo thorax.
4. Melakukan rekrutmen tenaga BLUD baru dengan berbagai formasi untuk menjaring SDM yang berkualitas demi memajukan RSUD Kertosono.

Sementara untuk prestasi bidang keuangan diantaranya adalah RSUD Kertosono telah berhasil melakukan efisiensi penggunaan anggaran yang bersumber baik dari BLUD, DAK maupun DID untuk merealisasikan program-program rumah sakit sepanjang tahun 2020 serta terselesaikannya audit laporan keuangan oleh akuntan publik pada tanggal 15 Juni 2020 yang dibuktikan dalam laporan auditor independen Nomor 00027/3.0213/AU.5/05/0550-1/1/VI/2020 dengan hasil laporan keuangan tersaji wajar dalam semua hal yang material, realisasi anggaran, kinerja keuangan dan arus kasnya telah sesuai dengan Standar Akuntansi Pemerintahan.

BAB IV

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) yang disusun RSUD Kertosono Tahun 2020 merupakan perwujudan konkrit tingkat pencapaian kinerja RSUD Kertosono. Pencapaian kinerja tersebut mengindikasikan tingkat keberhasilan dan kegagalan pelaksanaan program dan kegiatan sebagai wujud penjabaran sasaran yang telah ditetapkan. Peningkatan kinerja tetap harus dilakukan agar sasaran dapat terwujud. Kesimpulan dari Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) RSUD Kertosono tahun 2020 yang disusun berdasarkan capaian kinerja pada masing-masing pelayanan dan keuangan adalah sebagai berikut :

1. Dari 7 Indikator Kinerja Utama (IKU) RSUD Kertosono, rata-rata indikator kinerja tercapai >85-100% dari target yang ditetapkan. Hal ini menunjukkan bahwa RSUD Kertosono sudah cukup baik dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat.
2. Selain Indikator Kinerja Utama (IKU), angka pencapaian sebagian besar indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang mencapai target juga menunjukkan bahwa pelayanan RSUD Kertosono memiliki akuntabilitas kinerja yang baik.
3. Dari segi keuangan, RSUD Kertosono juga telah berhasil melakukan efisiensi anggaran yang bersumber baik dari BLUD, DAK maupun DID untuk merealisasikan program-program rumah sakit sepanjang tahun 2020.

B. SARAN

Dengan tersusunnya Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) ini maka telah dapat diketahui tingkat keberhasilan pelaksanaan program pada RSUD Kertosono. Kami berharap dengan ini RSUD Kertosono dapat meningkatkan kinerja pelayanannya dari hari ke hari. Penambahan sarana prasarana dan sumber daya manusia yang berkualitas sangat terus diharapkan guna mencapai angka indikator kinerja akan semakin meningkat. Akan tetapi untuk kelanjutan pelaksanaan perlu membuat program yang mengacu pada renstra dan

adanya dukungan dari instansi terkait. Akhirnya kami berharap semoga laporan ini bermanfaat untuk kita semua.

Nganjuk, 24 Februari 2021

DIREKTUR RSUD KERTOSONO



Dr. HENDRIYANTO

Pembina Tk.I

NIP.19691108 200312 1 004



PEMERINTAH KABUPATEN NGANJUK
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KERTOSONO
Jalan Panglima Sudirman Nomor 16 Kertosono Nganjuk Kode Pos 64315
Telepon (0358) 5501604, 5501482, 5501503 Faks (0358) 553975
E-mail: rsudkertosono@nganjukkab.go.id



PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2020

Dalam rangka mewujudkan manajemen pemerintahan yang efektif, transparan, dan akuntabel serta berorientasi pada hasil, kami yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : dr. LAKSOMONO PRATIGNJO, SE, M Kes
Jabatan : Direktur RSUD Kertosono

Selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : H. NOVI RAHMAN HIDHAYAT, S.Sos, MM
Jabatan : Bupati Nganjuk

Selaku atasan pihak pertama, Selanjutnya disebut pihak kedua.

Pihak pertama berjanji akan mewujudkan target kinerja yang seharusnya sesuai lampiran perjanjian ini, dalam rangka mencapai target kinerja jangka menengah seperti yang telah ditetapkan dalam dokumen perencanaan. Keberhasilan dan kegagalan pencapaian target kinerja tersebut menjadi tanggungjawab kami.

Pihak kedua akan melakukan supervisi yang diperlukan serta akan melakukan evaluasi terhadap capaian kinerja dari perjanjian ini dan mengambil tindakan yang diperlukan dalam rangka pemberian penghargaan dan sanksi.

Pihak Kedua,
BUPATI NGANJUK

H. NOVI RAHMAN HIDHAYAT, S.Sos, MM

Nganjuk,
Pihak Pertama,
DIREKTUR RSUD KERTOSONO

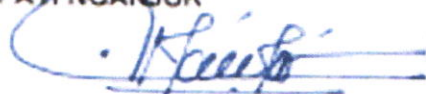
dr. LAKSOMONO PRATIGNJO, SE, M.Kes
Pembina
NIP. 1965 1015 200701 1 018

LAMPIRAN PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2020
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KERTOSONO

NO	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target
	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien	Presentase SPM yang memenuhi Target	85 %
		Jumlah Penduduk yang memanfaatkan Rumah Sakit	110.075 Orang
		Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)	80 %
		Bed Occupancy Rate (BOR)	80 %
		Turnover Internal (TOI)	2 Hari
		Nett Dead Rate (NDR)	20 %
		Cost Recovery Rate (CRR)	95 %

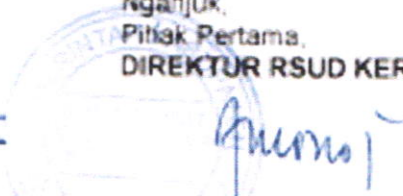
NO	Program / Kegiatan	Anggaran (Rp.)	Keterangan
1.	Program : Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan (BLUD) Kegiatan : Pelayanan dan Pendukung Pelayanan	69.0000.0000.000,00	
2.	Program : Program Pengadaan, Peningkatan dan perbaikan sarana dan prasarana fasilitas pelayanan kesehatan (RSUD) beserta jaringannya Kegiatan : Pengadaan alat kesehatan dana alokasi khusus (DAK)	7.266.951.471,00	
	TOTAL	76.266.951.471,00	

Pihak Kedua,
BUPATI NGANJUK



H. NOVI RAHMAN HIDHAYAT, S.Sos, MM

Nganjuk,
Pihak Pertama,
DIREKTUR RSUD KERTOSONO



dr. LAKSOMONO PRATIGNJO, SE, M.Kes
Pembina
NIP. 1965 1015 200701 1 018

LAMPIRAN PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2020
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KERTOSONO

NO	Program / Kegiatan	Anggaran (Rp)	Keterangan
1	Program : Peningkatan Pelayanan kesehatan Kegiatan : Pelayanan dan Pendukung pelayanan(BLUD)	69.000.000.000,00	Sumber Dana BLUD
2	Program : Pengadaan Peningkatan sarana dan prasarana rumah sakit/ rumah sakit jiwa/rumah sakit paru-paru/ rumah sakit mata Kegiatan : Pengadaan alat kesehatan rumah sakit (DAK)	7.266.951.471,00	Dana Alokasi Khusus (DAK)
	J U M L A H	76.266.951.471,00	

BUPATI NGANJUK



H. NOVI RAHMAN HIDAYAT, S.Sos, MM

Nganjuk,

DIREKTUR RSUD KERTOSONO



dr. LAKSOMONO PRATIGNJO, SE, M.Kes

Pembina

NIP. 19651015 200701 1 018

**INDEKS KEPUASAN MASYARAKAT (IKM)
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KERTOSONO
TAHUN 2020**

NILAI IKM			RESPONDEN	
78,80			JUMLAH : 162 JENIS KELAMIN : L: 67 Orang, P: 95 Orang Tdk menyebut Jenis Kelamin : 0 Orng	
			PENDIDIKAN : - SD : 9 Orang - SMP : 38 Orang - SMA : 69 Orang - D III : 14 Orang - S 1 : 30 Orang - S 2 : 2 Orang - Tidak mencantumkan pendidikan : 0 Orang	
			PEKERJAAN : - PNS/TNI/POLRI : 19 Orang - Wiraswasta/Usahawan : 39 Orang - Pegawai Swasta : 36 Orang - Pelajar/Mahasiswa : 34 Orang - Lainnya : 34 Orang	
No	UNSUR PELAYANAN	NILAI RATA2		
U1	Persyaratan	3,18		
U2	Prosedur	3,22		
U3	Waktu Pelayanan	2,99		
U4	Biaya/Tarif	3,20		
U5	Produk Pelayanan	3,03		
U6	Kompetensi Pelaksana	3,22		
U7	Perilaku Pelaksana	3,35		
U8	Sarana dan prasarana	3,12		
U9	Penanganan Pengaduan, saran masukan	3,09		

- Nilai Indeks Kepuasan Unit Pelayanan = **78,80**
- Mutu Pelayanan = **B**
- Kinerja Unit Pelayanan = **"Baik"**.

**TERIMA KASIH ATAS PARTISIPASI ANDA
PENILAIAN, SARAN DAN MASUKAN SANGAT BERTARUFAK
UNTUK PENINGKATAN KUALITAS PENYELENGGARAAN PELAYANAN KAMI**

Lampiran III

Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) RSUD Kertosono tahun 2020

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	TARGET	CAPAIAN
1	Gawat Darurat	1 Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100%	100%
		2 Jam buka pelayanan Gawat Darurat	24 Jam	24 jam
		3 Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat yang masih berlaku ATLS/BTLS/ACLS/PPGD	100%	95%
		4 Ketersediaan tim penanggulangan bencana	Satu tim	Satu tim
		5 Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	≤ 5 menit terlayani, setelah pasien datang	3 menit
		6 Kepuasan pelanggan	≥ 77 %	75.85%
		7 Kematian pasien ≤ 24 Jam di Gawat Darurat	≤ 2 ‰ (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	1‰
		8 Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	100%
2	Rawat Jalan	1 Dokter pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis	100 % Dokter Spesialis	80%
		2 Ketersediaan Pelayanan		
		a. Klinik Anak	Ada/Tersedia	Ada
		b. Klinik Penyakit Dalam	Ada/Tersedia	Ada
		c. Klinik Kebidanan	Ada/Tersedia	Ada
		d. Klinik Bedah	Ada/Tersedia	Ada
3 Jam buka pelayanan	08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jum'at 08.00 – 11.00	08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jum'at 08.00 – 11.00		
4 Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 60 menit	43 menit		
5 Kepuasan pelanggan	≥ 77 %	79,60%		
6 a. Penegakan Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB	≥ 60 %	100%		

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	TARGET	CAPAIAN
		b. Terlaksana kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	≥ 60 %	100%
3	Rawat Inap	1 Pemberi pelayanan di Rawat Inap	a. Dr. Spesialis b. Perawat min D3	100% 100%
		2 Ketersediaan pelayanan Rawat Inap	a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah	ada ada ada ada
		3 Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	100%
		4 Jam visite Dokter Spesialis	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	98%
		5 Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %	0%
		6 Kejadian infeksi nosokomial	≤ 1,5 %	0%
		7 Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan /kematian	100%	99%
		8 Kematian pasien > 48 jam	≤ 0,24 %	1%
		9 Kejadian pulang paksa	≤ 5 %	1%
		10 Kepuasan pelanggan	≥ 77%	77,7%
		11 Rawat inap TB		
		a. Penegakan Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB	≥ 100 %	100%
		b. Terlaksana kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	≥ 100 %	100%
		12 Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri	100%	0%
		13 Kejadian re-admission pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan	100%	100%
		14 Lama hari perawatan Pasien gangguan jiwa	≤ 6 minggu	6 minggu
4	Bedah Sentral	1 Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	1 hari
		2 Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1 %	0%

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	TARGET	CAPAIAN
		3 Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100%
		4 Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%
		5 Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100%
		6 Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/ lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100%
		7 Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan endotracheal tube	≤ 6 %	0%
5	Persalinan	1 Kejadian kematian ibu karena persalinan	a. Perdarahan ≤ 1 % b. Pre-eklampsia ≤ 30% c. Sepsis ≤ 0,2 %	3% 0% 0%
		2 Pemberi pelayanan persalinan normal	a. Dokter Sp.OG b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal) c. Bidan	100% 100% 100%
		3 Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK yang terlatih	17 orang
		4 Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	a. Dokter Sp.OG b. Dokter Sp.A c. Dokter Sp.An	100% 100% 100%
		5 Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr	100%	97%
		6 Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	≤ 20 %	44%
		7 Keluarga Berencana		

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	TARGET	CAPAIAN
		a. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga Kompeten dr. Sp.Og, dr. Sp.B, dr. Sp.U, dr.umum terlatih	100%	100%
		b. Presentse peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih	100%	100%
		8 Kepuasan pelanggan	≥ 77%	74,93%
6	Intensif	1 Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3 %	0,2%
		2 Pemberi pelayanan Unit Intensif	a. Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani	100%
			b. 100 % Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU / setara (D4)	28%
7	Radiologi	1 Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 Jam	5 jam
		2 Pelaksana ekspertisi	Dokter Sp.Rad.	100%
		3 Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	kerusakan foto ≤ 2 %	1%
		4 Kepuasan pelanggan	≥ 77%	75,85%
8	Lab. Patologi Klinik	1 Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium.	≤ 140 menit Kimia darah & darah rutin	41 menit
		2 Pelaksana ekspertisi	Dokter Sp.PK	100%
		3 Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100%
		4 Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	85,56%

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	TARGET	CAPAIAN
9	Rehabilitasi Medik	1 Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan 2 Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik 3 Kepuasan Pelanggan	≤ 50 % 100% ≥ 77%	0% 100% 75,85%
10	Farmasi	1 Waktu tunggu pelayanan a. Obat Jadi b. Obat Racikan 2 Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat 3 Kepuasan pelanggan 4 Penulisan resep sesuai formularium	≤ 30 menit ≤ 60 menit 100% ≥ 77 % 100%	19 menit 22,5 menit 100% 70,3% 56%
11	Gizi	1 Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien 2 Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien 3 Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	≥ 90 % ≤ 20 % 100%	100% 18% 100%
12	Transfusi Darah	1 Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi 2 Kejadian Reaksi transfusi	100 % terpenuhi ≤ 0,01 %	100% 0%
13	Pelayanan GAKIN	1 Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100 % terlayani	100%
14	Rekam Medik	1 Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan 2 Kelengkapan Informed Consent setelah mendapat kan informasi yang jelas 3 Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	100% 100% ≤ 10 menit	28% 35% 5 menit

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	TARGET	CAPAIAN
		4 Waktu penyelesaian dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit	14 menit
15	Pengelolaan Limbah	1 Baku mutu limbah cair 2 Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	a. BOD < 30 mg/L b. COD < 80 mg/L c. TSS < 30 mg/L d. PH 6-9 100%	Tidak dilakukan Pemeriksaan limbah cair (Covid-19) 100%
16	Administrasi Manajemen	1 Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi 2 Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja 3 Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat 4 Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala 5 Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun 6 Cost recovery Rate 7 Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan 8 Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien Rawat Inap 9 Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100% 100% 100% 100% ≥ 60 % ≥ 95 % 100% ≤ 2 jam 100%	94% 100% 100% 100% Tidak dilakukan pelatihan selama Pandemi Covid-19 95% 100% 10 menit 100%
17	Ambulance / Kereta Jenazah	1 Waktu pelayanan ambulance/Kereta Jenazah 2 Kecepatan memberikan pelayanan ambulance / Kereta Jenazah di RS	24 Jam ≤ 30 menit	24 jam 30 menit

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	TARGET	CAPAIAN
		3 Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	Sesuai jarak tempuh lokasi peminta	Sesuai jarak tempuh lokasi peminta
18	Pemulasaran Jenazah	Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah	≤ 2 Jam	100%
19	Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	1 Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat 2 Ketepatan waktu pemeliharaan alat 3 Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	≥77 % 100% 100%	83% 48% 50%
20	Pelayanan Laundry	1 Tidak adanya kejadian linen yang hilang 2 Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100% 100%	100% 100%
21	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	1 Ada anggota Tim PPI yang terlatih 2 Tersedia APD di setiap instalasi/ departemen 3 Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAI (Health Care Associated Infection di RS (min 1 parameter)	Anggota Tim PPI yang terlatih 75 % 60% 75%	100% 100% 98%