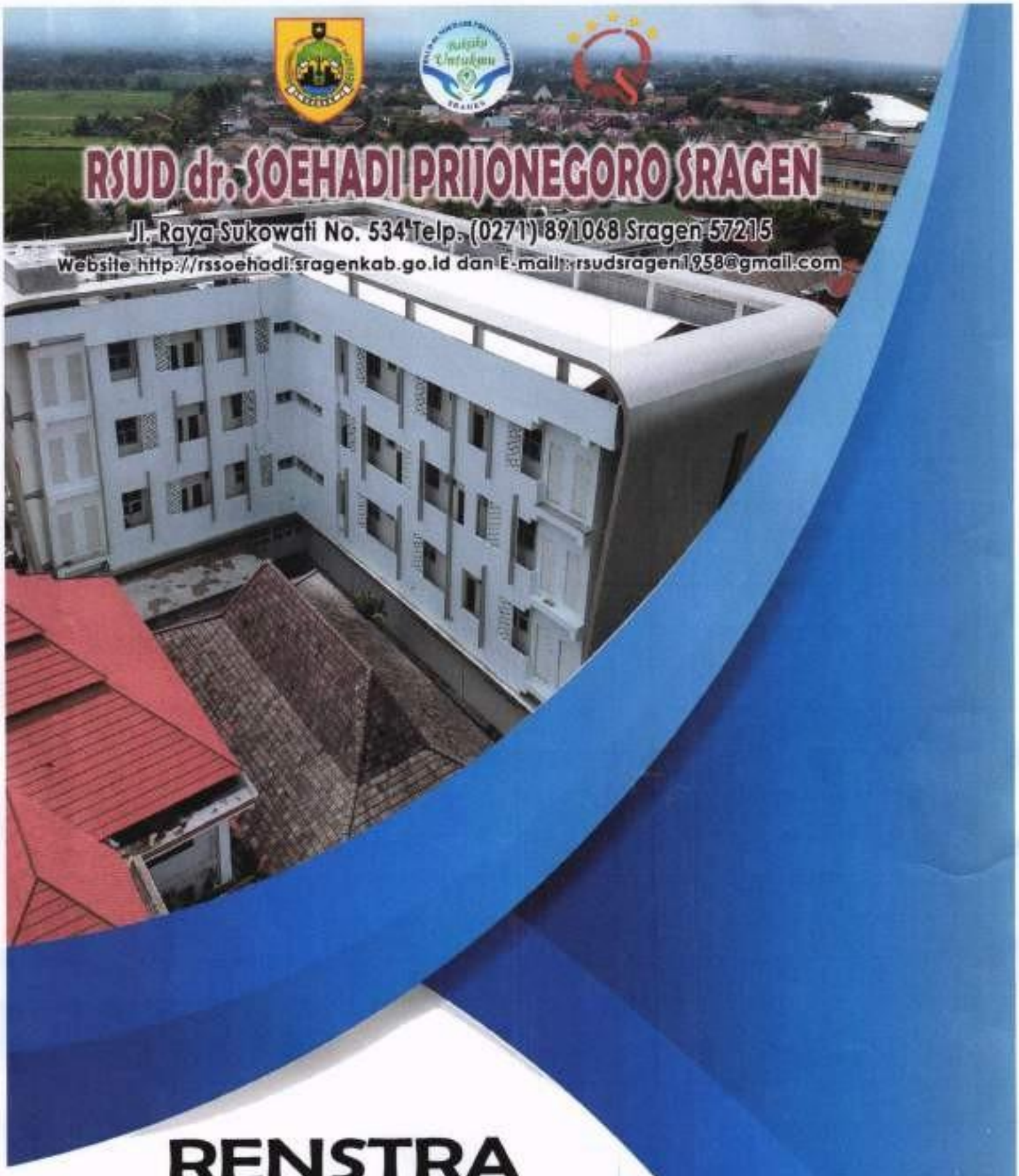


RSUD dr. SOEHADI PRIJONEGORO SRAGEN

Jl. Raya Sukowati No. 534 Telp. (0271) 891068 Sragen 57215
Website http://rssoehadi.sragenkab.go.id dan E-mail : rsudsragen1958@gmail.com

RENSTRA

Tahun 2025-2029

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas rahmat- NYA Rencana Strategis (Renstra) RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen Tahun 2025– 2029 dapat tersusun.

Sebagai pelaksana Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Sragen, maka RSUD dr. SoehadiPrijonegoroSragen menyusun Rencana Strategis (Renstra) sebagai pedoman pelaksanaan kegiatan yang akan dilaksanakan pada tahun 2025-2029, yang dituangkan dalam bentuk Rencana Strategis (Renstra) RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen ini berisikan program dan kegiatan untuk pelaksanaan pelayanan kesehatan pada tahun 2025-2029 sesuai dengan tugas pokok dan fungsi rumah sakit serta evaluasi terhadap hasil pelaksanaan program dan kegiatan pada tahun sebelumnya. Rencana Strategis (Renstra) ini merupakan penjabaran dari Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah (RPJMD) Kabupaten Sragen Tahun 2025-2029.

Kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan baik tenaga fisik maupun pikiran, sehingga tersusunnya Rencana Strategis (Renstra) RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen Tahun 2025-2029, kami ucapkan terima kasih. Semoga Rencana Strategis (Renstra) RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen tahun 2025-2029 ini dapat terlaksana dengan sebaik mungkin dan menjadi pedoman bagi seluruh internal RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen.

Sragen, September 2025

Direktur
RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen

dr. Joko Haryono, M.Kes
NIP. 19701124 200312 1 006

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas rahmat- NYA Rencana Strategis (Renstra) RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen Tahun 2025– 2029 dapat tersusun.

Sebagai pelaksana Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Sragen, maka RSUD dr. SoehadiPrijonegoroSragen menyusun Rencana Strategis (Renstra) sebagai pedoman pelaksanaan kegiatan yang akan dilaksanakan pada tahun 2025-2029, yang dituangkan dalam bentuk Rencana Strategis (Renstra) RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen ini berisikan program dan kegiatan untuk pelaksanaan pelayanan kesehatan pada tahun 2025-2029 sesuai dengan tugas pokok dan fungsi rumah sakit serta evaluasi terhadap hasil pelaksanaan program dan kegiatan pada tahun sebelumnya. Rencana Strategis (Renstra) ini merupakan penjabaran dari Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah (RPJMD) Kabupaten Sragen Tahun 2025-2029.

Kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan baik tenaga fisik maupun pikiran, sehingga tersusunnya Rencana Strategis (Renstra) RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen Tahun 2025-2029, kami ucapkan terima kasih. Semoga Rencana Strategis (Renstra) RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen tahun 2025-2029 ini dapat terlaksana dengan sebaik mungkin dan menjadi pedoman bagi seluruh internal RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen.

Sragen, September 2025

Direktur

RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen

dr. Joko Haryono, M.Kes

NIP. 19701124 200312 1 006

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL i

KATA PENGANTAR ii

DAFTAR ISI iii

BAB I PENDAHULUAN 1

1.1. Latar Belakang 1

1.2. Landasan Hukum 2

1.3. Maksud Dan Tujuan 4

1.4. Sistematika Penulisan 4

BAB II GAMBARAN UMUM PELAYANAN 6

RSUD dr. SOEHADI PRIJONEGORO SRAGEN

2.1. Tugas , Fungsi & Struktur Organisasi Rumah Sakit 6

2.1.1. Tugas 6

2.1.2. Fungsi 6

2.1.3. Struktur Organisasi 6

2.1.4. Tugas dan Fungsi 7

2.2. Sumber Daya SKPD 20

2.3. Kinerja Pelayanan SKPD 22

2.3.1. Capaian Kinerja Pelayanan 22

2.3.2. Kinerja Mutu Pelayanan..... 23

2.3.3. Kinerja Keunagan..... 26

BAB III PERMASALAHAN DAN ISU-ISU STRATEGIS PERANGKAT DAERAH 28

3.1. Identifikasi Permasalahan Berdasarkan Tugas Pokok dan Fungsi Pelayanan Perangkat Daerah..... 28

3.2. Telaah Visi, Misi dan Program Bupati dan Wakil Bupati 29

3.2.1 Telaah Visi Bupati dan Wakil Bupati Terpilih 29

3.2.2 Telaah Misi Bupati dan Wakil Bupati Terpilih 30

3.2.3 Telaah Program Bupati dan Wakil Bupati Terpilih 32

3.2.4 Keterkaitan Program Prioritas Bupatidan Wakil Bupati

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Nilai Asset Tangible dan Intangible RSUD dr.Soehadi Prijonegoro Sragen ... 20

Tabel 2.2 Jumlah Pegawai RSSP Menurut Jenis Tenaga per Desember 2024 ... 21

Tabel 2.3 Mutu Pelayanan Secara Umum ... 23

Tabel 2.4 BOR berdasarkan Kelas ... 23

Tabel 2.5 Capaian Pendapatan dan Belanja Operasional dana BLUD ... 26

Tabel 2.6 Rasio Antara Anggaran dan Realisasi Belanja ... 26

Tabel 2.7 Anggaran dan Realisasi Pendanaan Pelayanan SKPD RSSP ... 27

Tabel 3.1 Identifikasi Permasalahan Berdasarkan Tugas dan Fungsi RSUD dr.Soehadi Prijonegoro Sragen ... 28

Tabel 3.2 Faktor Pendorong dan Faktor Penghambat ... 34

Tabel 3.3 Data NDR ... 41

Tabel 3.4 Data BOR kelas III dan BOR RS ... 41

Tabel 4.1 Tujuan dan Sasaran RSUD dr.Soehadi Prijonegoro Sragen ... 46

Tabel 4.2 Indikator Kegiatan Utama (IKU) ... 47

Tabel 4.3 Strategi dan Kebijakan RSUD dr.Soehadi Prijonegoro Sragen ... 48

Tabel 5.1 Rencana Pendapatan RSUD dr.Soehadi Prijonegoro Sragen ... 51

Tabel 5.2 Rencana Program, Kegiatan, Indikator, Kelompok Sasaran dan Pendanaan RSUD dr.Soehadi Prijonegoro Sragen ... 52

Tabel 6.1 Capaian Indikator Kinerja 5 tahun terakhir SKPD Mengacu Pada Tujuan Dan Sasaran RPJMD ... 54

Tabel 6.2 Rencana Indikator Capaian Kinerja SKPD Mengacu Pada Tujuan Dan Sasaran RPJMD ... 65

terpilih berkaitan dengan Program RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen 34
3.2.5 Telaah Renstra Kementerian Kesehatan..... 35
3.3. Telaah Renstra Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah 36
3.4. Program Prioritas RSUD dr.Soehadi Prijonegoro Sragen 37
3.5 Telaah Rencana Tata Wilayah dan Kajian Lingkungan Hidup 40
3.6 Penentuan Isu – isu Strategis..... 40

BAB IV VISI, MISI, TUJUAN DAN SASARAN STRATEGI DAN KEBIJAKAN 45
4.1. Visi Dan Misi 45
4.2. Tujuan dan Sasaran 45
4.3. Indikator Kegiatan Utama (IKU)..... 47
4.4. Strategi dan Kebijakan 47

BAB V RENCANA PROGRAM DAN KEGIATAN, INDIKATOR KINERJA ,KELOMPOK SASARAN DAN PENDANAAN INDIKATIF 49

BAB VI INDIKATOR KINERJA SKPD MENGACU PADA TUJUAN DAN SASARAN RPJMD 53

BAB VII PENUTUP 76

BAB I
PENDAHULUAN

1.1. LATAR BELAKANG

Rumah Sakit melaksanakan pelayanan kesehatan, pendidikan, dan pelatihan sumber daya manusia bidang kesehatan dan penelitian serta pengembangan teknologi di bidang kesehatan. Dalam upaya memberikan pelayanan kesehatan yang paripurna diperlukan suatu perencanaan strategis yang searah dengan perencanaan pembangunan kesehatan nasional dan daerah, melalui program-program kesehatan dan merupakan kesatuan dari Rencana Pembangunan Jangka menengah Daerah Kabupaten Sragen.

RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen dalam memberikan layanan publik dibidang kesehatan dituntut untuk senantiasa meningkatkan kualitas / mutu pelayanan, sesuai dengan tuntutan kualitas pelayanan pada masyarakat yang semakin tinggi, hal ini sesuai dengan Misi Pemerintah Kabupaten Sragen. Untuk meningkatkan kualitas pelayanan di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen, maka dibutuhkan adanya Rencana Strategis (Renstra) baik mengenai pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah, peningkatan sarana prasarana pelayanan, peningkatan kualitas sumber daya manusia, peningkatan kualitas lingkungan dan pemasaran rumah sakit.

Penyusunan Rencana Strategis bagi suatu Institusi Pemerintah merupakan suatu kewajiban dalam upaya mewujudkan sistem Tata Kelola yang baik. Renstra RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen berfungsi sebagai Pedoman Penyusunan Rencana Kerja Tahunan dan Anggaran Tahunan RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen dalam rangka pelaksanaan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah. Disamping itu juga sebagai dasar penilaian kinerja dan evaluasi Badan Layanan Umum Daerah RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen. Renstra menjadi pedoman utama dan tolok ukur yang membantu pimpinan untuk mengetahui arah perjalanan Institusi dalam mencapai visinya, target kinerja jangka pendek, dan jangka panjang serta pengambilan keputusan strategis bila terdapat perubahan atas dinamika yang terjadi.

Renstra RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen Tahun 2025-2029 adalah dokumen perencanaan yang disusun berdasarkan pada RPJMD Kabupaten

Sragen Tahun 2025-2029. Renstra SKPD RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen Tahun 2025-2029 digunakan sebagai pedoman dalam penyusunan Rencana Kerja dan Rencana Anggaran RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen setiap tahun, sejak tahun 2025 sampai tahun 2029.

1.2. LANDASAN HUKUM

Landasan penyusunan Rencana Strategis RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen Tahun 2025 - 2029 dalam rangka sinkronisasi dan konsistensi dengan dokumen perencanaan lainnya adalah :

1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara;
2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional;
3. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah;
4. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah;
5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
6. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
7. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 Tentang Pengelolaan Keuangan Daerah;
8. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah;
9. Peraturan Pemerintah Nomor 39 Tahun 2006 tentang Tata Cara Pengendalian dan Evaluasi Pelaksanaaan Rencana Pembangunan;
10. Peraturan Pemerintah Nomor 40 Tahun 2006 tentang Tata Cara Rencana Pembangunan Nasional;
11. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan pemerintah antara pemerintah,pemerintah daerah propinsi dan pemerintah daerah kabupaten/kota;
12. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi dan Perangkat Daerah;
13. Peraturan Pemerintah Nomor 6 Tahun 2008 tentang Pedoman Evaluasi Penyelenggaraan Pemerintah Daerah (EPPD);
14. Peraturan Presiden Nomor 2 Tahun 2015 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2015 – 2019;

15. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 Tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741/Menkes/Per/VII/2008 tentang Standard Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota;
17. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 Tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
18. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 54 Tahun 2010 tentang Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2008 Tentang Tahapan, Tata cara Penyusunan, Pengendalian dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan Daerah;
19. Peraturan Daerah Propinsi Jawa Tengah Nomor 3 Tahun 2008 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah Propinsi Jawa Tengah Tahun 2005 – 2025
20. Peraturan Daerah Propinsi Jawa Tengah Nomor 6 Tahun 2010 Tentang Rencana Tata Ruang Wilayah Propinsi Jawa Tengah;
21. Peraturan Daerah Kabupaten Sragen Nomor 17 Tahun 2006 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah (RPJPD) Kabupaten Sragen Tahun 2005 – 2015;
22. Peraturan Daerah Kabupaten Sragen Nomor 3 Tahun 2006 tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sragen. (Lembaran Daerah Kabupaten Sragen Tahun 2006 seri D nomor 3;
23. Peraturan Daerah Kabupaten Sragen Nomor 11 Tahun 2011 Tentang RTRW Kabupaten Sragen Tahun 2011-2031;
24. Peraturan Bupati Sragen Nomor 43 Tahun 2020 Tentang Pembentukan Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soehadi Prijonegoro Sragen
25. Peraturan Daerah Kabupaten Sragen Nomor 6 Tahun 2024 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah Kabupaten Sragen Tahun 2025 – 2029 (Lembaran Daerah Kabupaten Sragen Tahun 2024 Nomor 6)

1.3. MAKSUD DAN TUJUAN

Rencana Strategis Perangkat Daerah (Renstra PD) RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen dimaksudkan untuk memberikan pedoman kebijakan pembangunan selama lima tahun dalam kerangka pencapaian visi, misi dan program RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen .

Tujuan penyusunan Renstra Perangkat Daerah RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen untuk menetapkan strategi dan kebijakan serta merumuskan program pembangunan rumah sakit selama lima tahun, sehingga dapat digunakan sebagai pedoman dalam penyusunan rencana pembangunan tahunan atau Rencana Kerja RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen. Penetapan strategi dan kebijakan umum serta perumusan program melalui evaluasi pembangunan lima tahun yang telah berjalan, menelaah situasi saat ini dan membuat peramalan serta proyeksi pembangunan, dengan harapan dapat dipilih beberapa sasaran yang tepat sesuai kemampuan RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

1.4. SISTEMATIKA PENULISAN

Sistematika penyusunan dokumen Rencana Strategik RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen Tahun 2025 – 2029 adalah sebagai berikut :

Bab I Pendahuluan, berisi latar belakang penyusunan Renstra, landasan hukum penyusunan Renstra, maksud dan tujuan penyusunan Renstra dan sistematika penulisan dokumen Renstra.

Bab II Gambaran Pelayanan, Permasalalahan dan Isu Strategis, Tugas dan Fungsi RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen memuat tugas, fungsi dan struktur organisasi; sumber daya yang dimiliki, kinerja pelayanan, permasalahan pelayanan dan Isu Strategis

Bab III Tujuan, Sasaran, Strategi dan Arah Kebijakan yang memuat Tujuan Renstra,Sasaran Renstra, Strategi Perangkat Daerah dalam mencapai tujuan dan Sasaran Renstra Perangkat Daerah tahun 2025- 2029 dan Arah Kebijakan Perangakat daerah dalam mencapai Tujuan dan Sasaran Renstra Tahun 2025 – 2029

Bab IV Program, Kegiatan dan Sub Kegiatan, dan Kinerja penyelenggaraan Bidang Urusan yang mencakup Uraian Program, Uraian Kegiatan, Uraian Subkegiatan, beserta Kinerja, Indikator, Target, dan Pagu Indikatif dalam rangka mendukung program prioritas Pembangunan Daerah, Target Keberhasilan PencapaianTujuan dan Sasaran serta Target Kinerja Penyelengaraan Urusan Pemerintahan Daerah Tahun 2025-2029

Bab V Penutup, berisi ringkasan singkat dari maksud dan tujuan penyusunan dokumen Renstra SKPD, disertai dengan harapan bahwa dokumen ini mampu menjadi pedoman pembangunan 5 (lima) tahun kedepan oleh RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen.

BAB II
GAMBARAN UMUM PELAYANAN
RSUD dr. SOEHADI PRIJONEGORO SRAGEN

2.1. TUGAS , FUNGSI DAN STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT

2.1.2 TUGAS

RSUD mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan Kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

2.1.2 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 tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam memberikan pelayanan kesehatan;
d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

2.1.3 STRUKTUR ORGANISASI

Susunan Organisasi RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen terdiri dari:

A. Direktur;
B. Wakil Direktur Pelayanan dan Mutu, membawahi :
   1. Bidang Pelayanan, terdiri dari:
      a. Ketua Tim Kerja Unsur Pelayanan Medis dan Rujukan; dan
      b. Ketua Tim Kerja Unsur Pelayanan Penunjang.
   2. Bidang Keperawatan, terdiri dari:
      a. Ketua Tim Kerja Unsur Pelayanan dan Asuhan Keperawatan; dan
      b. Ketua Tim Kerja Unsur Monitoring dan Evaluasi Keperawatan.
   3. Bidang Peningkatan Mutu dan Pendidikan terdiri dari:
      a. Ketua Tim Kerja Unsur Pendidikan, Pelatihan, Penelitian dan pengembangan; dan

b. Ketua Tim Kerja Unsur Peningkatan Mutu dan Kerjasama.

C. Wakil Direktur Umum , membawahi:

1. Bagian Sekretariat, terdiri dari:
   a. Subbagian Umum dan RumahTangga;
   b. Ketua Tim Kerja Unsur Tata Usaha dan Kepegawaian; dan
   c. Subbagian Perlengkapan.
2. Bagian Rekam Medis dan Perencanaan, terdiri dari:
   a. Ketua Tim Kerja Unsur Rekam Medis;
   b. Ketua Tim Kerja Unsur Teknologi Informasi dan Promosi; dan
   c. Ketua Tim Kerja Unsur Perencanaan, Evaluasi dan Pelaporan.
3. Bagian Keuangan, terdiri dari:
   a. Ketua Tim Kerja Unsur Penyusunan Anggaran dan Mobilisasi Dana;
   b. Ketua Tim Kerja Unsur Perbendaharaan; dan
   c. Ketua Tim Kerja Unsur Verifikasi dan Akuntansi.

D. Kelompok Jabatan Fungsional

E. Komite Medis; dan

F. Satuan Pemeriksaan Internal

2.1.4 TUGAS dan FUNGSI

A. Direktur

Tugas :

Memimpin penyelenggaraan RSUD dr. Soehadi PrijonegoroSragen

Fungsi :

1) Koordinasi pelaksanaan tugas dan fungsi unsur organisasi;
2) Penetapan kebijakan penyelenggaraan RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen sesuai dengan kewenangannya;
3) Penyelenggaraan tugas dan fungsi RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen;
4) Pembinaan , pengawasan dan pengendalian pelaksanaan tugas dan fungsi unsur organisasi; dan
5) Evaluasi , pencatatan dan pelaporan.

B. Wakil Direktur Pelayanan dan Mutu

Tugas :

Memimpin pelaksanaan pelayanan medis dan penunjang, keperawatan, peningkatan mutu dan pendidikan dan pelatihan.

Fungsi :

1) Penyusunan rencana pemberian pelayanan medis, penunjang dan keperawatan;
2) Koordinasi dan pelaksanaan pelayanan medis, penunjang dan keperawatan;
3) Pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya, dan;
4) Keselamatan pasien di bidang pelayanan medis, penunjang dan keperawatan;
5) Pemantauan dan evaluasi pelayanan medis,penunjang dan keperawatan;
6) Peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
7) Pendidikan dan pelatihan; dan
8) Penelitian dan pengembangan.

B.1. Kepala Bidang Pelayanan

Tugas

Kepala Bidang Pelayanan bertugas melaksanakan pelayanan medis.

Fungsi

1) Penyusunan rencana pemberian pelayanan medis;
2) Koordinasi dan pelaksanaan pelayanan medis;
3) Pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya, dan keselamatan pasien di bidang pelayanan medis ; dan
4) Pemantauan dan evaluasi pelayanan medis.

B.1.1. Ketua Tim Kerja Unsur Pelayanan Medis dan Rujukan

Tugas

Ketua Tim Kerja Unsur Pelayanan Medis dan Rujukan mempunyai tugas melaksanakan pelayanan medis dan rujukan

Fungsi

1) Penyusunan program kerja dan rencana kegiatan Sub Bidang Pelayanan Medis dan Rujukan.
2) Penjabaran rencana kegiatan menurut skala prioritas
3) Mengkoordinir semua kebutuhan pelayanan medis dan rujukan, beserta penyelesaian permasalahannya, dengan bagian/bidang lain yang terkait.

4) Pemantauan dan Pengawasan penggunaan fasilitas dan pelaksanaan kegiatan pelayanan medis dan rujukan
5) Pengawasan Pengendalian penerimaan dan pemulangan pasien.
6) Penyusunan laporan dan evaluasi kegiatan pelayanan medis dan rujukan.
7) Pemberian penilaian kinerja/SKP Staf Sub Bidang Pelayanan Medis dan Rujukan.
8) Pemberian saran dan pertimbangan kepada Atasan sesuai bidang tugas Rujukan
9) Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Atasan langsung/pimpinan.

B.1.2. Ketua Tim Kerja Unsur Pelayanan Penunjang

Tugas

Ketua Tim Kerja Unsur Pelayanan Penunjang mempunyai tugas melaksanakan pelayanan penunjang medis

Fungsi

1) Penyusunan rencana pemberian Pelayanan Penunjang medis.
2) Koordinasi dan pelaksanaan pelayanan penunjang medis;
3) Pelaksanaan kendali mutu,kendali biaya,dan keselamatan pasien di bidang pelayanan penunjang medis;
4) Pengelolaan rekam medis; dan
5) Pemantauan dan evaluasi pelayanan penunjang medis.

B.2. Kepala Bidang Keperawatan

Tugas

Kepala Bidang Keperawatan mempunyai tugas melaksanakan pelayanan keperawatan.

Fungsi

1) Penyusunan rencana pemberian pelayanan keperawatan;
2) Koordinasi dan pelaksanaan pelayanan keperawatan:
3) Pelaksanaan kendali mutu,kendali biaya,dan keselamatan pasien di bidang keperawatan.
4) Pemantauan dan evaluasi pelayanan keperawatan.

B.2.1. Ketua Tim Kerja Unsur Pelayanan dan Asuhan Keperawatan

Tugas

Ketua Tim Kerja Unsur Pelayanan dan Asuhan Keperawatan mempunyai tugas melaksanakan pelayanan asuhan keperawatan.

Fungsi

1) Penyusunan rencanapemberian pelayanan dan asuhan Keperawatan;
2) Koordinasi dan pelaksanaan pelayanan dan asuhan Keperawatan;
3) Pelaksanaan kendali mutu,kendali biaya,dan keselamatan pasien di bidang pelayanan dan asuhan Keperawatan;
4) Pengelolaan pelayanan dan asuhan keperawatan
5) Pemantauan dan evaluasi pelayanan dan asuhan keperawatan.

B.2.2. Ketua Tim Kerja Unsur Monitoring dan Evaluasi Keperawatan

Tugas

Ketua Tim Kerja Unsur Monitoring dan Evaluasi Keperawatan mempunyai tugas melaksanakan monitoring dan evaluasi keperawatan ;

Fungsi

1) Penyusunan rencana pemberian pelayanan dan asuhan Keperawatan;
2) Koordinasi dan pelaksanaan pelayanan dan asuhan Keperawatan;
3) Pelaksanaan kendali mutu,kendali biaya,dan keselamatan pasien di bidang pelayanan dan asuhan Keperawatan;
4) Pengelolaan pelayanan dan asuhan keperawatan
5) Pemantauan dan evaluasi pelayanan dan asuhan keperawatan.

B.3. Kepala Bidang Peningkatan Mutu Dan Pendidikan

Tugas

Kepala Bidang Peningkatan Mutu Dan Pendidikan mempunyai tugas melaksanakan teknis dibidang peningkatan mutu,pendidikan , latihan dan penelitian pengembangan dan kerjasama.

Fungsi

1) Penyusunan rencana peningkatan mutu,pendidikan, latihan dan penelitian pengembangan dan kerjasama;
2) Koordinasi dan pelaksanaan peningkatan mutu,pendidikan latihan dan penelitian pengembangan dan kerjasama;
3) Pelaksanaan kendali mutu,kendali biaya dalam peningkatan mutu, pendidikan, latihan dan penelitian pengembangan dan kerjasama; dan

4) Pemantauan dan evaluasi peningkatan mutu, pendidikan latihan dan penelitian pengembangan dan kerjasama.

B.3.1. Ketua Tim Kerja Unsur Pendidikan, Pelatihan, Penelitian dan Pengembangan

Tugas

Ketua Tim Kerja Unsur Pendidikan, Pelatihan, Penelitian dan Pengembangan melaksanakan pelayanan pendidikan , pelatihan dan penelitian pengembangan.

Fungsi.

1) Penyusunan rencana pendidikan , pelatihan dan penelitian pengembangan;
2) Koordinasian dan pelaksanaan pendidikan , pelatihan dan penelitian pengembangan;
3) Pelaksanaan kendali mutu,kendali biaya pendidikan, pelatihan dan penelitian pengembangan;
4) Pengelolaan pelatihan dan penelitian pengembangan;dan
5) Pemantauan dan evaluasi pendidikan latihan dan penelitian pengembangan

B.3.2. Ketua Tim Kerja Unsur Peningkatan Mutu Dan Kerja Sama

Tugas

Ketua Tim Kerja Unsur Peningkatan Mutu Dan Kerja Sama mempunyai tugas melaksanakan peningkatan mutu dan kerjasama.

Fungsi

1) Penyusunan rencana pendidikan , pelatihan dan penelitian pengembangan;
2) Koordinasian dan pelaksanaan pendidikan , pelatihan dan penelitian pengembangan;
3) Pelaksanaan kendali mutu,kendali biaya pendidikan, pelatihan dan penelitian pengembangan;
4) Pengelolaan pelatihan dan penelitian pengembangan;dan
5) Pemantauan dan evaluasi pendidikan latihan dan penelitian pengembangan

C. WAKIL DIREKTUR UMUM

Tugas

Wakil Direktur Umum menyelenggarakan tugas melaksanakan administrasi umum dan keuangan, rekam medis, pemulasaraan jenazah dan sanitasi.

Fungsi

1) Ketatausahaan;
2) Kerumahtanggaan;
3) Pelayanan hukum dan kemitraan;
4) Pemasaran;
5) Perencanaan,Evaluasi dan Pelaporan;
6) Sumber Daya Manusia;
7) Kehumasan;
8) Pengelolaan Tehnologi Informasi;
9) Rekam medis;
10) Pelayanan Pemulasaraan Jenazah; dan
11) Sanitasi;

C.1. Kepala Bagian Sekretariat

Tugas

Kepala Bagian Sekretariat mempunyai tugas ketatausahaan, kerumahtanggaan, pelayanan hukum dan kemitraan, pemasaran, sumber daya manusia dan perlengkapan.

Fungsi

1) Ketatausahaan;
2) Kerumahtanggaan;
3) Pelayanan Hukum dan Kemitraan;
4) Kehumasan;
5) Sumber Daya Manusia; dan
6) Perlengkapan.

C.1.1. Kepala Subbagian Umum dan Rumah Tangga

Tugas

Kepala Subbagian Umum dan Rumah Tangga mempunyai tugas ketatausahaan, kerumahtanggaan, pelayanan hukum dan kemitraan.

Fungsi

1) Kerumahtanggaan;
2) Pelayanan hukum dan kemitraan;
3) Kehumasan.

C.1.2 Ketua Tim Kerja Unsur Tata Usaha dan Kepegawaian

Tugas

Ketua Tim Kerja Unsur Tata Usaha dan Kepegawaian mempunyai tugas melaksanakan ketatausahaan dan sumber daya manusia/kepegawaian.

Fungsi

1) Penyelenggaraanketatausahaan;
2) Pengelolaan sumber daya manusia/kepegawaian

C.1.3 Kepala Subbagian Perlengkapan.

Tugas

Kepala Subbagian Perlengkapan Memimpin, merencanakan, mengatur, mengawasi dan mengkoordinasikan kegiatan bawahan dalam penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis serta pembinaan teknis di Subbagian Perlengkapan.

Fungsi

1) Penyusunan program kerja dan rencana kegiatan Bagian Perlengkapan;
2) Penjabaran rencana kegiatan menurut skala prioritas;
3) Pelaksanaan pengelolaan dan pengadministrasian pengadaan, penyimpanan dan pendistribusian barang/jasa inventaris dan habis pakai;
4) Pengkoordinasian pelaksanaan tugas dengan bagian lain yang berkaitan;
5) Pembuatan laporan pelaksanaan tugas kepada atasan;
6) Pengawasan dan mengevaluasi pelaksanaan tugas staf;
7) Pemberian penilaian SKP Staf Sub Bagian Perlengkapan;
8) Pemberian saran dan pertimbangan kepada Atasan sesuai bidang tugas;
9) Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Sekretaris sesuai dengan tugas dan fungsinya.

C.2. Kepala Bagian Perencanaan dan Rekam Medis

Tugas

Kepala Bagian Perencanaan dan Rekam Medis mempunyai tugas menyelenggarakan Rekam Medis, Teknologi InformasiPromosi/Pemasaran dan Perencanaan, Evaluasi dan Pelaporan.

Fungsi

1) Pengelolaan Rekam Medis;
2) Pengelolaan Teknologi Informasi;
3) Pemasaran/promosi;
4) Perencanaan;
5) Evaluasi dan pelaporan;

C.2.1. Ketua Tim Kerja Unsur Rekam Medis.

Tugas

Ketua Tim Kerja Unsur Rekam Medis mempunyai tugas melaksanakan koordinasi evaluasi rekam medis.

Fungsi

Penyelenggaraan koordinasi evaluasi rekam medis

C.2.2. Ketua Tim Kerja Unsur Teknologi Informasi dan Promosi

Tugas

Ketua Tim Kerja Unsur Teknologi Informasi dan Promosi dipimpin oleh seorang Ketua Tim Kerja Unsur yang mempunyai tugas menyelenggarakan pengelolaan Teknologi Informasi dan Promosi.

Fungsi

Penyelenggaraan Teknologi Informasi dan Promosi .

C.2.3. Ketua Tim Kerja Unsur Perencanaan, Evaluasi dan Pelaporan.

Tugas

Ketua Tim Kerja Unsur Perencanaan, Evaluasi dan Pelaporan dipimpin oleh seorang Ketua Tim Kerja Unsur yang mempunyai tugas menyelenggarakan Perencanaan, Evaluasi dan Pelaporan.

Fungsi

Perencanaan, evaluasi dan pelaporan;

C.3.Kepala Bagian Keuangan

Tugas

Kepala Bagian Keuangan mempunyai tugas menyelenggarakan perencanaan anggaran, perbendaharaan dan mobilisasi dana dan akuntansi.

Fungsi

1) perencanaan anggaran;
2) mobilisasi dana;
3) perbendaharaan; dan
4) akuntansi.

C.3.1 Ketua Tim Kerja Unsur Penyusunan Anggaran dan Mobilisasi Dana

Tugas

Ketua Tim Kerja Unsur Penyusunan Anggaran dan Mobilisasi Dana mempunyai tugas melaksanakan penyusunan anggaran dan mobilisasi dana.

Fungsi

Penyusunan anggaran dan mobilisasi dana.

C.3.2 Ketua Tim Kerja Unsur Perbendaharaan

Tugas

Ketua Tim Kerja Unsur Perbendaharaan mempunyai tugas menyelenggarakan perbendaharaan.

Fungsi

Perbendaharaan RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen

C.3.3 Ketua Tim Kerja Unsur Verifikasi dan Akuntansi

Tugas

Ketua Tim Kerja Unsur Verifikasi dan Akuntansi mempunyai tugas menyelenggarakan verifikasi dan akuntansi.

Fungsi

Verifikasi dan akuntansi.

D. INSTALASI

(1) Instalasi merupakan kesatuan fasilitas menyelenggarakan tugas melaksanakan sebagian tugas pelayanan medis, penunjang medis, dan penunjang non medis.

(2) Instalasi dipimpin oleh seorang Kepala dalam jabatan non struktural yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Wakil Direktur Pelayanan dan mutu.

(3) Penambahan jumlah dan jenis Instalasi ditetapkan berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

A) Instalasi terdiri dari :

a. Instalasi Rawat Jalan
b. Instalasi Rawat Inap
c. Instalasi Gawat Darurat
d. Instalasi Rawat Intensif (ICU/ICCU, NICU, PICU)
e. Instalasi Kerja Bedah Sentral
f. Instalasi Radiologi
g. Instalasi Farmasi
h. Instalasi Laboratorium
i. Instalasi Rehabilitasi Medik
j. Instalasi Rawat Gizi
k. Instalasi Bank Darah
l. Instalasi Sanitasi dan Linen Kamer
m. Instalasi Sterilisasi Sentral
n. Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
o. Instalasi Pemulasaran Jenazah
p. Instalasi Perekam Medik dan Informasi Kesehatan

B) Instalasi mempunyai fungsi :

a. Instalasi Rawat Jalan mempunyai fungsi penyelenggaraan pelayanan asuhan medis dan asuhan keperawatan bagi pasien rawat jalan , tempat untuk pendidikan , pelatihan dan penelitian, melaksanakan rujukan baik intern maupun instalasi lainnya dan unit pelayanan kesehatan diluar rumah sakit;
b. Instalasi Rawat Inap mempunyai fungsi penyelenggaraan pelayanan asuhan medis dan asuhan keperawatan paripurna bagi pasien rawat inap, tempat untuk pendidikan,pelatihan dan penelitian, melaksanakan rujukan baik intern maupun dengan instalasi lainya dan Unit Pelayanan Kesehatan di luar Rumah Sakit;

c. Instalasi Gawat Darurat mempunyai fungsi penyelenggaraan pelayanan asuhan medis dan asuhan keperawatan sementara, pelayanan pembedahan darurat (bedah minor) bagi pasien yang datang dengan gawat darurat medis, tempat untuk pendidikan,pelatihan dan penelitian, melaksanakan rujukan baik intern maupun dengan instalasi lainya dan Unit Pelayanan Kesehatan di luar Rumah Sakit;
d. Instalasi Rawat Intensif mempunyai fungsi penyelenggaraan pelayanan asuhan medis dan asuhan keperawatan pemulihan bagi pasien rawat jalan dan rawat inap yang menjalani tindakan medis, menyelenggarakan pelayanan asuhan medis dan keperawatan secara intensif bagi pasien dengan rawat darurat medis;
e. Instalasi Kerja Bedah Sentral mempunyai fungsi penyelenggaraan kegiatan pelayanan bedah mayor baik darurat maupun elektif , serta pendidikan , pelatihan dan penelitian bagi pasien rawat inap, rawat jalan dan rawat darurat medis;
f. Instalasi Radiologi mempunyai fungsi penyelenggaraan pelayanan pemeriksaan radiodiagnostik guna menunjang penegakan diagnosa dan penyelenggaraan pelayanan radioterapi bagi pasien rawat inap , rawat jalan dan rawat darurat;
g. Instalasi Farmasi mempunyai fungsi penyelenggaraan kegiatan penyediaan,peracikan dan penyaluran obat , alat kedokteran,alat kesehatan , gas medis dan bahan kimia bagi pasien rawat inap , rawat jalan dan rawat darurat;
h. Instalasi Laboratorium mempunyai fungsi penyelenggaraan kegiatan pemeriksaan dibidang laboratorium untuk keperluan diagnosa dan kegiatan tranfusi darah yang dilakukan oleh tenaga/pegawai dalam jabatan fungsional;
i. Instalasi Rehabilitasi Medik mempunyai fungsi penyelenggaraan perawatan pasien yang meliputi upaya pencegahan,penilaian , penanggulangan dan penyeliaan terhadap kecacatan;
j. Instalasi Rawat Gizi mempunyai fungsi penyelenggaraan perencanaan, penataan dan penyediaan makanan biasa maupun

dietari serta pendistribusian bagi pasien rawat inap dan penyelenggaraan konsultasi gizi serta penelitian;

k. Instalasi Bank Darah mempunyai fungsi sebagai penyedia dan pengelola darah serta komponennya untuk kebutuhan transfusi medis

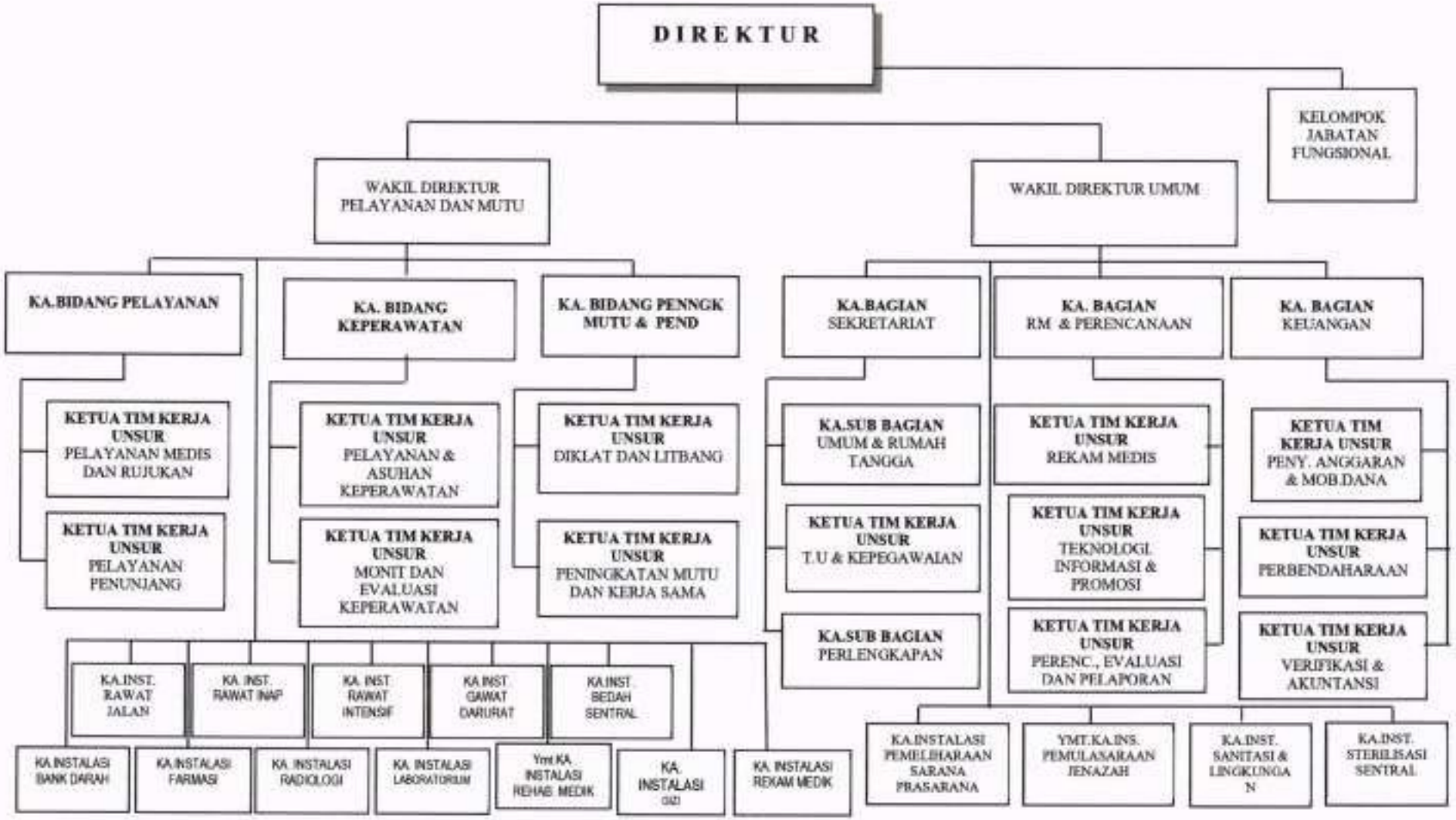
l. Instalasi Sanitasi dan Linen Kamer mempunyai fungsi menjaga kebersihan dan mencegah infeksi, serta meningkatkan kenyamanan pasien

m. Instalasi Sterilisasi Sentral mempunyai fungsi mmberikan pelayanan sterilisasi, membantu semua unit di rumah sakit yang membutuhkan barang dan alat medik dalam kondisi streril

o. Instalasi Perekam Medik dan Informasi Kesehatan mempunyai fungsi penyelenggaraan kegiatan pelayanan rakam medis yang terdiri dari pengelolaan dan pengolahan data rekam medis, pendaftaran pasien rawat jalan, rawat inap dan penyimpanan data rekam medis.

p. Instalasi Pemulasaran Jenazah mempunyai fungsi sebagai tempat untuk merawat, mempersiapkan, dan menyimpan jenazah setelah kematian.

E. BAGAN STRUKTUR ORGANISASI



Gambar 2.1 Bagan Struktur Organisasi RSUD dr.Soehadi Prijonegoro Sragen

2.2. SUMBER DAYA SKPD

ASET merupakan sumber daya RSUD dr. SoehadiPrijonegoroSragen baik itu asset tangible ataupun intagible, dalam laporan keuangan RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen Per 31 Desember 2024 , sebagaimana

Tabel 2.1 Nilai Asset Tangible dan Intangible RSUD dr.Soehadi Prionegoro Sragen

No	Nama Barang	Nilai (Rp)
1	**ASET TETAP**	
	TANAH	17.575.856.000,00
2	**PERALATAN DAN MESIN**	221.279.618.585,87
	ALAT BESAR	
	ALAT ANGKUTAN	
	ALAT BENGKEL DAN ALAT UKUR	
	ALAT PERTANIAN	
	ALAT KANTOR DAN RUMAH TANGGA	
	ALAT STUDIO, KOMUNIKASI DAN PEMANCAR	
	ALAT KEDOKTERAN DAN KESEHATAN	
	ALAT LABORATORIUM	
	ALAT PERSENJATAAN	
	KOMPUTER	
	ALAT EKSPLORASI	
	ALAT PENGEBORAN	
	ALAT PRODUKSI, PENGOLAHAN DAN PEMURNIAN	
	ALAT BANTU EKSPLORASI	
	ALAT KESELAMATAN KERJA	
	ALAT PERAGA	
	PERALATAN PROSES/PRODUKSI	
	RAMBU - RAMBU	
	PERALATAN OLAH RAGA	
3	**GEDUNG DAN BANGUNAN**	159.781.541.375,11
	BANGUNAN GEDUNG	
	MONUMEN	
	BANGUNAN MENARA	
	TUGU TITIK KONTROL/PASTI	
4	**JALAN, JARINGAN DAN IRIGASI**	7.143.245.138,00
	JALAN DAN JEMBATAN	
	BANGUNAN AIR	
	INSTALASI	
	JARINGAN	
5	**ASET TETAP LAINNYA**	20.415.400,00
	BAHAN PERPUSTAKAAN	
	ASET TETAP DALAM RENOVASI	
6	**ASET LAINNYA**	25.280.936.974,40
	ASET TIDAK BERWUJUD	
	ASET LAIN-LAIN	

Tabel 2.2 JUMLAH PEGAWAI RSUD dr. SOEHADI PRIJONEGORO SRAGEN
MENURUT JENIS TENAGA KEADAAN PER DESEMBER 2024

NO	JENIS TENAGA	STATUS KEPEGAWAIAN				
		PNS	CPNS	PPPK	KONTRAK (BLUD)	JML
I	**TENAGA MEDIS / FUNGSIONAL**					
1	Dokter Umum	8	0	4	0	***12***
2	Dokter Gigi	0		1	0	***1***
3	Dokter Spesialis					***37***
	a. Kandungan	3				0
	b. Anak	1			1	
	c. Mata	1	0		0	
	d. Kulit & Kelamin	1	0		0	
	e. THT	1				
	f. THT KL	0		1	0	
	g. Paru-Paru	2				
	h. Jantung	2				
	i. Penyakit Dalam	3				
	j. Saraf	2			0	
	k. Bedah	1		1	0	
	l. Bedah Onkologi	1				
	m. Anestesi	3	0	1	0	
	n. Orthopedi & Traumatologi	1		1	0	
	o. Radiologi	2				
	p. Jiwa Sp	2				
	q. Patologi Klinik	2				
	r. Urologi	1		1	0	
	s. Patologi Anatomik	1				
4	Dokter Gigi Spesialis					
	- Prostodonsia	1				
5	Dokter Pendidikan Ked					
II	**TENAGA NON MEDIS / FUNGSIONAL**					
1	Psikolog	0			0	0
2	Apoteker	11	0	3	0	14
3	Fisikawan	1	0			1
4	Paramedis Keperawatan					0
	- Perawat	195	0	40	42	277
	- Perawat Gigi	2				2
	- Bidan	30	0	8	16	54
5	Paramedis Non Keperawatan					0
	- Asisten Apoteker	26	0	5	0	31
	- Analis Kesehatan	15	0	10	0	25
	- Fisioterapis	5		1	1	7
	- Nutrisionis	14	0	3	0	17
	- Radiografer	6		2	0	8
	- Teknisi Elektromedis	7	0	1	0	8
	- Sanitarian	5			0	5
	- Perekam Medis	25	0	10	1	36
	- Refraksi Optisien	1				1
	- Okupasi Terapis	2	0		0	2
	- Ortotik Prostetis	1				1
	- Terapi Wicara	2	0	1	0	3

	- Pranata Komputer	2	0	2		4
	- Analis SDM Aparatur	2		1		3
	- Analis Keuangan Pusat dan Daerah	2				2
	- Perencana	1				1
	- Promkes dan Ilmu Perilaku	1				1
	- Pranata Hubungan Masyarakat	1		1		2
III	**TENAGA TEKNIS/ADMINISTRASI**					
	Direksi	3				3
	Ka.Bag & Ka.Bid	6				6
	Kasubag	2				2
	Jabatan Pelaksana	57		0	71	128
	Jumlah	**464**	**0**	**98**	**132**	**694**

PNS	464
CPNS	0
PPPK	98
Jumlah	**562**
Kontrak (BLUD)	132
TOTAL	**694**

2.3. KINERJA PELAYANAN SKPD

Tingkat capaian kinerja SKPD berdasarkan sasaran/target Renstra SKPD periode sebelumnya, menurut SPM untuk urusan wajib, dan/atau indikator kinerja pelayanan SKPD dan/atau indikator lainnya seperti SDGs atau indikator yang telah diratifikasi oleh pemerintah.

2.3.1. Capaian Kinerja Pelayanan

RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen yang bergerak dalam pelayanan publik di bidang kesehatan dan rujukan kesehatan perorangan, menawarkan beberapa produk pelayanan dan jasa yang bersifat spesialistik dan profesional kepada masyarakat, diantaranya adalah :

Dari berbagai jenis pelayanan yang diberikan oleh RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen mengarah pada terlaksananya penyelenggaraan pelayanan rujukan kesehatan spesialistik dan sub spesialistik. RSUD dr.Soehadi Prijonegoro Sragen dalam manajemen keuangannya akan membedakan Unit Kerja menjadi 2, yaitu :

a. *Cost Center*, yaitu Unit kerja yang mempunyai tugas pokok membelanjakan anggaran sesuai Rencana Bisnis Anggaran yang telah ditetapkan, untuk menyediakan segala sumber daya yang diperlukan untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan rujukan spesialistik dan sub spesialistik.

b. *Revenue Center*, yaitu Unit kerja yang mempunyai tugas pokok menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan rujukan spesialistik dan sub spesialistik yang dibutuhkan oleh masyarakat.

2.3.2. Kinerja Mutu Pelayanan

Mutu pelayanan secara umum selama 5 tahun terakhir dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 2.3 Mutu Pelayanan Secara Umum

Tahun	BOR (%)	LOS (hari)	TOI (hari)	BTO (Kali)	GDR (‰)	NDR (‰)
2020	57,68	4,57	3,35	46,22	98,34	60,80
2021	37,07	6,27	10,65	20,29	157,26	118,7
2022	38,50	5,42	7,21	31,00	104,01	64,20
2023	59,65	4,19	2,83	52,00	92,22	47,83
2024	58,05	4,13	2,99	51,41	82,39	42,29
Rata2	50,19	4,92	5,41	40,18	106,84	66,76

Tabel 2.4 BOR berdasarkan Klas

KELAS	BOR (Bed Occupancy Rate)				
	2020	2021	2022	2023	2024
SVIP dan VVIP	0	1,74	3,11	12,60	22,81
VIP	67,14	43,61	41,86	56,20	68,55
I	76,02	30,03	43,82	41,20	55,04
II	92,11	39,22	28,01	44,48	46,75
III	80,42	26,59	52,27	69,58	75,84

Sumber : Sensus Harian Pasien Rawat Inap

BOR (Bed Occupancy Rate) merupakan persentase pemakaian tempat tidur pada satu satuan waktu tertentu.
Nilai yang ideal menurut *barber johnson* adalah 60-85%
Dengan memperhatikan data indikator kinerja mutu pelayanan secara umum Rumah Sakit tersebut di atas, maka terlihat bahwa indikator yang dari tahun 2020 mengalami penurunan dikarenakan masih terjadi pandemi covid 19, sedangkan mulai tahun 2021 menunjukkan

peningkatan yang lebih baik adalah BOR, LOS, TOI dan BTO. sedangkan indikator yang terkait dengan NDR dan GDR cenderung menunjukkan angka yang kurang .

Tingkat efisiensi pemanfaatan fasilitas tempat tidur Rumah Sakit oleh masyarakat selama 5 tahun terakhir ini rendah hal ini dapat diketahui dari *Bed Occupacy Rate* (BOR) semakin naik. Berdasarkan rata-rata BOR selama 5 tahun terakhir ini adalah sebesar 50,19% dan hal ini masih menunjukkan pada posisi angka kurang antara angka 75 s/d 85%, namun rata-rata BOR pada Klas III sebesar 80,42% menunjukkan angka yang baik .

Dari data tersebut dapat memberikan gambaran bahwa animo masyarakat untuk memanfaatkan klas III di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen cukup tinggi sehingga perlu dilakukan pengembangan pelayanan dengan penambahan tempat tidur khususnya untuk kelas III.

Indikator *Length of Stay* (LOS) selama 5 tahun terakhir ini rata-rata sebesar 4,92 hari

Angka ideal 6 – 9 hari (masih dalam posisi ideal) , *Bed Turn Over Interval* (TOI) selama 5 tahun terakhir ini rata-rata sebesar 5,41 hari , angka ideal 1 – 3 hari (dalam posisi kurang ideal) dan *Bed Turn Over* (BTO) selama 5 tahun terakhir ini rata-rata sebesar 40,18 kali , angka ideal 40–50 kali dalam 5 tahun.

Rata-rata angka *Net Death Rate* (NDR) dan *Gross Death Rate* (GDR) selama 5 tahun terakhir sebesar 66,76 per mill dan 106,84 per mill menunjukkan angka yang jauh dari ideal (<25 per mill untuk NDR) dikarenakan ada peningkatan kopentensi petugas, belum tercukupinya sarana prasarana pendukung pelayanan, perbaikan SPO, sudah dilakukan monitoring.

Kinerja Pelayanan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

Standar Pelayanan Minimal Rumah sakit dalam pedoman ini meliputi jenis-jenis pelayanan, indikator dan standar pencapaian kinerja pelayanan Rumah Sakit

Jenis-jenis pelayanan rumah sakit meliputi :

1. Pelayanan Gawat Darurat
2. Pelayanan Rawat Jalan
3. Pelayanan Rawat Inap
4. Pelayanan Bedah Sentral
5. Pelayanan Persalinan
6. Pelayanan Intensif
7. Pelayanan Radiologi
8. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik
9. Pelayanan Rehabilitasi Medik
10. Pelayanan Farmasi
11. Pelayanan Gizi

12. Pelayanan Transfusi Darah
13. Pelayanan Keluarga Miskin
14. Pelayanan Rekam Medis
15. Pengelolaan Limbah
16. Pelayanan Administrasi Manajemen
17. Pelayanan Ambulans/kereta Jenazah
18. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah

2.3.3. Kinerja Keuangan

Tabel 2.5 Capaian Pendapatan dan Belanja Operasional dana BLUD

Tahun	Realisasi Pendapatan(BLUD)	Realisasi Belanja (BLUD)	% Capaian
2020	147.884.997.082	150.697.854.098	101,90
2021	236.568.039.572	167.744.825.692	70,91
2022	118.710.260.864	146.054.383.402	123,03
2023	102.517.007.599	125.882.365.238	122,79
2024	127.215.525.442	136.057.065.739	106,95

Dari Tabel 2.5 dapat dilihat bahwa antara realisasi pendapatan dan belanja operasional dengan dana BLUD tidak seimbang antara realisasi pendapatan dan realisasi belanja yang rata-rata masih diatas 100 % terkecuali pada tahun tahun 2021 Namun hal tersebut masih bisa menutup biaya operasional BLUD karena masih terdapat sisa lebih di tahun sebelumnya schingga biaya operasional pelayanan BLUD di RSUD dr. Soehadi PrijonegoroSragen masih bisa berjalan dengan baik .

Tabel 2.6 Rasio Antara Anggaran dan Realisasi Belanja

URAIAN	RASIO ANTARA ANGGARAN & REALISASI TAHUN KE-				
	2020	2021	2022	2023	2024
1	2	3	4	5	6
Belanja Pegawai	88%	99%	89%	84%	100%
Belanja Barang Jasa	90%	72%	53%	80%	93%
Belanja Modal	96%	56%	87%	51%	45%

Tabel 2.7 Anggaran dan Realisasi Pendanaan Pelayanan SKPD RSUD dr.Soehadi Prijonegoro Sragen

URAIAN	DATA ANGGARAN DAN REALISASI BELANJA									
	2020		2021		2022		2023		2024	
1	Anggaran	Realisasi	Anggaran	Realisasi	Anggaran	Realisasi	Anggaran	Realisasi	Anggaran	Realisasi
Belanja Pegawai	Rp 38.500.000.000	Rp 33.969.928.835	Rp 65.000.000.000	Rp 64.049.938.558	Rp 52.000.000.000	Rp 46.401.248.289	Rp 36.500.000.000	Rp 30.511.574.941	Rp 43.225.000.000	Rp 43.096.511.852
Belanja Barang Jasa	Rp 79.957.216.255	Rp 72.134.711.193	Rp 124.058.359.239	Rp 89.900.334.186	Rp 135.433.052.381	Rp 71.830.585.330	Rp 89.680.495.661	Rp 71.470.919.610	Rp 83.131.809.535	Rp 77.466.671.480
Belanja Modal	Rp 61.655.750.000	Rp 59.019.598.524	Rp 24.810.000.000	Rp 13.794.552.948	Rp 32.348.727.300	Rp 27.989.504.883	Rp 47.000.000.000	Rp 23.899.870.687	Rp 34.475.750.000	Rp 15.493.882.407
Total	Rp 180.112.966.255	Rp 165.124.238.552	Rp 213.868.359.239	Rp 167.744.825.692	Rp 219.781.779.681	Rp 146.221.338.502	Rp 173.180.495.661	Rp 125.882.365.238	Rp 160.832.559.535	Rp 136.057.065.739

BAB III
PERMASALAHAN DAN ISU-ISU STRATEGIS PERANGKAT DAERAH

3.1. IDENTIFIKASI PERMASALAHAN BERDASARKAN TUGAS DAN FUNGSI PELAYANAN PERANGKAT DAERAH

Dalam menjalankan tugas dan fungsinya menyelengarakan pelayanan kesehatan dengan upaya penyembuhan, pemulihan, peningkatan, pencegahan, pelayanan rujukan, dan menyelenggarakan pendidikan dan penelitian, RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen dihadapkan pada permasalahan-permasalahan yang diformulasikan dalam bentuk tabel sebagai berikut :

Tabel 3.1. Identifikasi Permasalahan Berdasarkan Tugas dan Fungsi RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen yang bersumber dari permasalahan internal SKPD.

Aspek Kajian	Kondisi Saat Ini	Standar yang di-gunakan	Faktor Yang Mempengaruhi		Permasalahan Pelayanan
			Internal	Eksternal	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
NDR	51,58%	< 25 per seribu penderita keluar	Pelaksanaan SPO yang belum optimal	Rujukan yang sudah terminal stage.	Kwalitas pelayanan belum standar
BOR	51,56%	60-85%			
Sarpras	Kurang	Standar Kelas Rawat Inap Standar	Perencanaan Sarana dan Prasarana untuk menunjang pelayanan	Dana APBN tidak bisa dipastikan	Jumlah sarana dan prasarana belum lengkap
Nilai Indek Kepuasan Masyarakat	Dengan adanya pendaftaran online pasien yang lanjut usia masih awam		Peningkatan sosialisasi registrasi online	Pasien yang lanjut usia masih awam dengan adanya pendaftaran online	

3.2. TELAAH VISI,MISI DAN PROGRAM BUPATI DAN WAKIL BUPATI TERPILIH

3.2.1. TELAAH VISI BUPATI DAN WAKIL BUPATI TERPILIH

Visi Kabupaten Sragen adalah "Menuju Kabupaten Sragen Mandiri, Sejahtera dan Berbudaya Berlandaskan Semangat Gotong Royong"

Visi tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut :

1. **Berkemajuan**, merupakan perwujudan bagi pembangunan Kabupaten Sragen yang berkesinambungan dan semakin progresif. Berkemajuan menggambarkan Sragen sebagai daerah yang terus berkembang dan maju dalam berbagai aspek, termasuk infrastruktur, pendidikan, ekonomi, dan teknologi. Peningkatan kualitas sumber daya manusia didorong agar mampu bersaing di tingkat regional maupun nasional. Pemanfaatan teknologi dan inovasi dalam pelayanan publik dan sektor ekonomi juga menjadi pijakan. Transformasi Sragen akan semakin diperkuat dan terintegrasi antar berbagai sektor pembangunan pada masa depan. Sragen diharapkan memiliki perekonomian dan sumber daya manusia yang berdaya saing, serta tata kelola pemerintahan dan masyarakat yang inovatif dalam mengoptimalkan berbagai sumber daya dan peluang yang dimiliki. Kondisi dinamis dan cenderung disruptif harus diantisipasi dengan membangun daerah yang tangguh. Ketangguhan yang memiliki makna berupa kemampuan adaptif dalam menghadapi dinamika masa depan.
2. **Sejahtera**, merupakan kondisi masyarakat yang terpenuhi kebutuhan dasar, memiliki pendapatan tinggi serta rendahnya pengangguran dan kemiskinan. Sejahtera mengacu pada peningkatan kesejahteraan masyarakat Sragen melalui pertumbuhan ekonomi yang berkelanjutan, sehingga dapat tercipta lapangan kerja yang luas, peningkatan pendapatan masyarakat, serta kemudahan akses terhadap layanan kesehatan dan pendidikan. Melalui kata kunci ini, Sragen diharapkan dapat menjamin kehidupan sosial yang harmonis dan aman bagi seluruh warga.
3. **Merata**, menegaskan pentingnya pemerataan pembangunan di seluruh wilayah Kabupaten Sragen, baik di perkotaan maupun perdesaan. Mengurangi kesenjangan sosial dan ekonomi dengan memberikan akses yang adil terhadap infrastruktur, pendidikan, dan layanan kesehatan. Merata juga mendorong Sragen untuk dapat meningkatkan konektivitas antarwilayah dalam rangka mendukung pertumbuhan ekonomi yang inklusif dan berkelanjutan.

4. **Sragen yang Berkemajuan, Sejahtera, dan Merata** menunjukkan tekad, semangat dan optimisme bersama seluruh masyarakat Kabupaten Sragen menuju perubahan ke arah yang lebih baik dengan mengoptimalkan seluruh potensi yang dimiliki daerah. Dengan visi ini, Kabupaten Sragen berkomitmen untuk membangun daerah yang modern, meningkatkan kesejahteraan masyarakatnya, serta memastikan bahwa manfaat pembangunan dirasakan secara adil dan merata oleh seluruh warga.

3.2.2. TELAAH MISI BUPATI DAN WAKIL BUPATI TERPILIH

Untuk dapat mewujudkan visi "Sragen Yang Berkemajuan, Sejahtera, dan Merata" beberapa misi kemudian turut ditetapkan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Sragen. Misi merupakan rumusan umum mengenai upaya-upaya yang akan dilaksanakan untuk mewujudkan visi yang telah dicanangkan. Dengan mempertimbangkan berbagai kondisi dari faktor eksternal dan internal Kabupaten Sragen, maka Kabupaten Sragen menetapkan lima misi yang akan dilaksanakan tersebut sebagai berikut:

1. **Meningkatkan Kualitas Manusia Berkarakter yang Adaptif dengan Kemajuan dan Disrupsi Sosial-Teknologi**

   Pemerintah Kabupaten Sragen berkomitmen memberikan penekanan pada pentingnya upaya pembangunan sumber daya manusia yang tidak hanya unggul dalam aspek intelektual, tetapi juga memiliki karakter kuat dan mampu beradaptasi dengan perubahan zaman. Pada era digital dan globalisasi, kemajuan teknologi serta perubahan sosial yang cepat menjadi tantangan tersendiri bagi masyarakat. Oleh karena itu, penguatan kualitas manusia di Kabupaten Sragen perlu dilakukan dengan mencakup peningkatan pendidikan, keterampilan, serta nilai-nilai moral dan budaya yang menjadi landasan dalam menghadapi berbagai perubahan. Adanya upaya Pembangunan sumber daya manusia yang berkualitas dan berkarakter diharapkan dapat memanfaatkan perkembangan teknologi secara bijak dan tetap menjunjung tinggi nilai-nilai moral maupun sosial yang berlaku.

2. **Menguatnya transformasi tata kelola pemerintahan yang gesit, responsif dan kolaboratif**

   Pemerintah Kabupaten Sragen berkomitmen meningkatkan kualitas tata kelola yang berorientasi pada kinerja tinggi dan pelayanan prima. Hal ini diwujudkan melalui penguatan sistem akuntabilitas kinerja (SAKIP) sebagai instrumen evaluasi efektivitas program, serta peningkatan pelayanan publik kepada masyarakat, yang dihitung menggunakan indikator Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) dengan harapan dapat menjadi cerminan langsung kualitas layanan publik yang transparan, partisipatif, dan berpihak pada rakyat.

3. **Menjadi Episentrum Pertumbuhan Ekonomi yang Terintegrasi dengan Pembangunan Kewilayahan dan Pasar Global**

   Kabupaten Sragen memiliki potensi besar untuk menjadi episentrum pertumbuhan ekonomi yang terintegrasi dengan pembangunan kewilayahan dan pasar global. Kabupaten Sragen adalah salah satu daerah strategis di Provinsi Jawa Tengah. Kabupaten Sragen terus mengembangkan berbagai sektor ekonomi, mulai dari pertanian, industri, pariwisata hingga berbagai sektor ekonomi potensial lainnya. Kabupaten Sragen dengan sumber daya alam yang melimpah dan dukungan infrastruktur yang semakin berkembang, wilayah ini mampu menarik investasi dan menciptakan lapangan kerja yang lebih luas bagi masyarakat.

4. **Pembangunan Tata Ruang dan Infrastruktur yang Mendukung Pemajuan Kebudayaan, Kelestarian Lingkungan dan Interaksi Sosial yang Humanis**

   Pembangunan infrastruktur yang merata menjadi agenda vital dalam mendukung perwujudan Sragen yang semakin maju dan sejahtera. Pembangunan infrastruktur pada misi ini diarahkan untuk mendukung kemantapan konektivitas wilayah guna memperlancar mobilitas penduduk, barang, dan jasa, serta meningkatkan aksesibilitas masyarakat terhadap layanan dasar seperti air bersih dan sanitasi yang layak aman. Selain itu, pembangunan infrastruktur juga diarahkan untuk menciptakan ruang-ruang publik yang tidak hanya berfungsi sebagai sarana interaksi sosial, tetapi juga menjadi wadah bagi pelestarian dan pengembangan kebudayaan lokal. Dengan demikian, infrastruktur yang dibangun tidak hanya berdampak pada pertumbuhan

ekonomi, tetapi juga pada peningkatan kualitas hidup serta penguatan identitas dan karakter masyarakat.

5. **Meningkatkan Kesejahteraan dan Kebahagiaan Hidup Warga**

   Misi berikut dirumuskan untuk meningkatkan kesejahteraan khususnya untuk masyarakat rentan, tenaga pendidik formal maupun non formal, serta pengelola tempat ibadah. Selain itu misi ini juga merujuk pada kemajuan desa yang ditandai dengan kualitas serta kuantitas pelayanan pendidikan, kesehatan, serta ketersediaan infrastruktur publik yang memadai. Kesejahteraan masyarakat yang dimulai dari pembangunan pada tingkatan desa bertujuan untuk meningkatkan kebahagian hidup masyarakat

3.2.3. TELAAH PROGRAM BUPATI DAN WAKIL BUPATI TERPILIH.

Mendasarkan strategi, arah kebijakan dan kebijakan umum untuk mencapai tujuan dan sasaran yang ditetapkan guna mewujudkan Visi dan Misi Pembangunan Jangka Menengah Kabupaten Sragen Tahun 2025-2029, telah dirumuskan 8 (delapan) Program Unggulan sebagai jabaran operasional, sehingga dapat diimplementasikan dan diukur tingkat keberhasilannya, yaitu:

a. Pendidikan dan Kesehatan Universal
b. Birokrasi dan Tata Kelola Pemerintahan Yang Efektif, Responsif, Adaptif, Inovatif dan Dinamis
c. Revitalisasi Pusat Perekonomian
d. Sragen Berdikari Pangan
e. Sragen Super Regency
f. Alokasi Dana Bagi Keagamaan, Olahraga Dan Pengembangan Budaya
g. Peningkatan Kesejahteraan Bagi Masyarakat Rentan, Tenaga Pendidik Sekolah, Pendidik Agama, Pendidik Pesantren dan Pengelola Tempat Ibadah

Dari 8 program unggulan yang tercantum dalam RPJMD tersebut, yang ada korelasinya dengan program kegiatan yang tercantum dalam Renstra RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen adalah Bidang Kesehatan. Korelasi antara program 8 RPJMD dan program-program pada Renstra RSUD dr.Soehadi Prijonegoro Sragen adalah sebagai berikut :

1. Pendekatan dan Meningkatkan pelayanan kesehatan dengan

a. Mendirikan 3 (tiga) rumah sakit tipe D sebagai program pengembangan puskesmas di kecamatan Tangen.
b. Menjadikan puskesmas sebagai BLUD

2. Penyelenggaraan program masyarakat sehat
   a. Pelayanan kesehatan gratis kepada masyarakat kurang mampu
   b. Pemeriksaan kesehatan di pasar, terminal, dan tempat-tempat umum lainnya secara bertahap
3. Penyederhanaan prosedur pelayanan kesehatan melalui peningkatan sarana dan prasarana puskesmas, dengan mengoptimalkan peran serta desa & kecamatan :
   a. Kartu sehat yang dikeluarkan oleh desa/kecamatan
   b. Pengadaan dana sehat yang dikelola masyarakat di setiap RT/RW/Desa/Kelurahan
4. Pembentukan kader sehat dan pengembangan model penguatan KB Mandiri oleh masyarakat :
   a. Pembentukan kader sehat setiap RT/RW/Kelurahan/Kecamatan
   b. Pengadaan dana sehat dan kartu sehat
   c. Pelatihan bagi kader kesehatan sekolah ,desa dan kecamatan secara berkala
5. Peningkatan sarana dan prasarana posyandu, puskesmas pembantu, puskesmas di wilayah kecamatan;
   a. Bantuan fasilitas sarana dan prasarana
   b. Bantuan mobil ambulance
   c. Penyediaan mobil kesehatan keliling/ mobil sehat
6. Peningkatan kesejahteraan petugas kesehatan
7. Program pemberantasan dan pencegahan penyakit menular
   a. Pemberian vaknitasi dan imunisasi
   b. Pemeriksaan dan pemberantasan sarang nyamuk melalui penyemprotan secara rutin- pengawasan dan pemantauan epedemi penyakit menular melalui partisipasi masyarakat dan peran desa/kecamatan
8. Penyediaan dan peningkatan sarana dan prasarana di bidang kesehatan ibu dan anak antara lain peningkatan peran posyandu dan bidan desa :
   a. Penyediaan makanan sehat bagi balita dan lansia melalui pemberdayaan perempuan
   b. Penambahan tenaga-tenaga kesehatan/bidan desa

9. Program sehat lingkungan :
   a. Program sanitasi
   b. Penyediaan air bersih dan sungai bersih
   c. Pembuatan sumur-sumur resapan air pada lingkungan perumahan

3.2.4. Keterkaitan Program Prioritas Bupati dan Wakil Bupati terpilih berkaitan dengan Program RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen adalah :

Program : Penyelenggaraan program masyarakat sehat

- Pelayanan kesehatan gratis kepada masyarakat kurang mampu sangat berkaitan dengan program pada RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen yaitu Pelayanan kesehatan melalui Pelayanan Jamkesda.

Program : Peningkatan Sarana dan Prasarana berkaitan erat dengan program Rumah Sakit yaitu Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat

Karena RSUD dr.S oehadi Prijonegoro telah menerapkan Pola Pengelolaan Badan layanan Umum Daerah per 1 Juli 2009 dengan Surat Keputusan Bupati Sragen Nomor ; 900/141/a/002/2009 tentang Penetapan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sragen Sebagai Rumah Sakit yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah Secara penuh , terdapat tantangan dan hambatan yang dihadapi antara lain :

Tabel 3.2. Faktor Pendorong dan Faktor Penghambat

No	Faktor Pendorong	Faktor Penghambat
1	Dukungan dari Stakeholder dan Dinas terkait	Pemahaman masyarakat yang masih kurang tentang pelayanan Jamkesda dan peraturan yang berlaku , termasuk pemahaman dari stakeholder dan Dinas terkait yang belum sepenuhnya memahami peraturan tentang pengelolaan keuangan BLUD
2	Pengadaan Barang dan Jasa dari pelayanan yang lebih fleksibel	Panitia Pengadaan Barang dan jasa yang belum memahami akan peraturan tentang pengelolaan Keuangan BLUD yang cenderung

		menghindari aturan maka akan berakibat pada in efisiensi yang kemungkinan akan mengandung konsekwensi Hukum.
3	Kinerja Keuangan dan Pelayanan dan pelayanan semakin efisien dan efektif serta pelayanan lebih optimal	Pemahaman dan Pelaksanaan tentang Pola Pengelolaan Keuangan BLUD yang tidak dipahami dan dilaksanakan sesuai dengan aturan akan menjadikan pelayanan tidak optimal.
4	SDM bisa berasal dari PNS dan Non PNS atau profesional sesuai dengan aturan .	Manajemen /Direksi harus punya track record dalam manajemen , rasio SDM yang tidak proporsional akan menjadi beban dari keuangan BLUD RSUD

3.2.5 TELAAH RENSTRA KEMENTRIAN KESEHATAN.

Sesuai Renstra dengan Kementerian Kesehatan RI Tahun 2025-2029 sasaran strategis, arah kebijakan dan strategi Kementerian Kesehatan serta program yang bersinergi dengan sasaran strategis, arah kebijakan dan strategi Kementerian Kesehatan serta program yang ada pada Renstra RSUD dr.Soehadi Prijonegoro Sragen Tahun 2025-2029 antara lain adalah :

1. Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan RI RI Tahun 2025-2029 adalah :
   a. Masyarakat Sehat
   b. Komunitas Gaya Hidup Sehat
   c. Layanan Kesehatan yang Baik, Adik dan Terjangkau
   d. Sistem Kesehatan yang Kuat
   e. Tata Kelola dan Pembiayaan Kesehatan Yang Efektif
   f. Teknologi Kesehatan yang Maju
2. Sasaran pokok RPJMN 2025 -2029 adalah:
   a. Meningkatnya kesehatan
   b. Meningkatnya ketersediaan dan mutu fasyankes dasar dan rujukan
   c. Meningkatnya pencegahan dan pengendalian penyakit serta pengelolaan kedaruratan kesehatan masyarakat

d. Meningkatnya akses, kemandirian dan mutu kefarmasian dan alat kesehatan
e. Meningkatnya pemenuhan SDM Kesehatandan kompetensisesuai standar
f. Terjaminnyapembiayaan kesehatan
g. Meningatnya sinergisme pusat dan daerahserta meningkatnya tata kelola pemerintahan yang baik dan bersih
h. Meningkatnya efektivitas pengelolaan litbangkes dan sistem informasi kesehatan untuk pengambilan keputusan

Program Prioritas RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen dalam kaitannya dengan Program dari Renstra Kemenkes untuk mewujudkan misi adalah :
Meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan terutama di daerah terpencil, tertinggal dan perbatasan.

Sasaran strategis Kementerian Kesehatan yang pertama tersebut di atas dengan berbagai indikatornya sangat bersinergi dengan sasaran stategis RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen yaitu menurunnya angka kematian bersih rumah sakit, karena upaya penurunan angka kematian ibu melahirkan, angka kematian bayi dan angka kematian neonatal salah satunya dapat diupayakan melalui Pengadaan peningkatan sarana prasarana rumah sakit.

Demikian juga Sasaran strategis yang kedua tersebut di atas dengan berbagai indikatornya juga sangat bersinergi dengan upaya-upaya yang dilakukan oleh RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen dengan kegiatan DOT untuk mendukung upaya penurunan prevalensi *Tuberculosis*, kegiatan VCT untuk mendukung pengendalian prevalensi HIV, penurunan disparitas status kesehatan antar tingkat sosial ekonomi dan gender melalui kegiatan pelayanan kesehatan pasien miskin, pelayanan kesehatan pada korban kekerasan berlatar belakang gender pada ibu dan anak dan selaku rumah sakit type B.

3.3. TELAAH RENSTRA DINAS KESEHATAN PROVINSI JAWA TENGAH

Untuk mencapai sasaran pembangunan kesehatan pada akhir tahun 2029 telah ditetapkan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Provinsi Jawa Tengah tahun 2025 – 2029 sebagaimana diatur dalam Peraturan Daerah Provinsi Jawa Tengah Nomor 7 Tahun 2025. Dengan mempertimbangkan perkembangan dan berbagai kecenderungan

masalah kesehatan kedepan,mempertimbangkan Visi dan Misi Pemerintah Provinsi Jawa Tengah telah ditetapkan Visi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah yaitu:

"Jawa Tengah sebagai Provinsi Maju yang Berkelanjutan untuk Menuju Indonesia Emas 2045".

Dalam rangka mewujudkan Visi Dinas Kesehatan Provinsi JawaTengah tahun 2025 – 2029, telah ditetapkan 4 (empat) Misi yaitu :

1. Meningkatkan Layanan Dasar yang Inklusif untuk mewujudkan Sumber Daya Manusia yang Mandiri, Kompetitif dan Berwawasan Global;
2. Meningkatkan Pertumbuhan Perekonomian Perkotaan dan Pedesaan Berbasis Sektor Unggulan yang Inovatif, Mandiri dan Berkelanjutan;
3. Mewujudkan Tata Kelola Pemerintahan yang Responsif dan Kolaboratif dengan mengedepankan nilai-nilai Integritas;
4. Mewujudkan Pembangunan Infrastruktur Jawa Tengah yang merata dan berkeadilan, melalui perencanaan tata ruang yang responsif;
5. Menjaga Stabilitas dan Kondusivitas Daerah dengan pendekatan budaya lokal, serta menjamin kebebasan warga dalam menjalankan ibadah, perlindungan kesejahteraan sosial serta hak asasis manusia yang berkeadilan;
6. Menjaga iklim investasi yang kondusif dan kolaboratif untuk membuka kesempatan kerja dan berusaha seluas-luasnya bagi warga Jawa Tengah. Serta mengembangkan pembiayaan Pembangunan yang partisipatif, kolaboratif dan terintegrasi.

3.4. Program Prioritas RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen

Dalam kaitannya dengan Program dari Renstra Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah untuk mewujudkan Misi adalah :

a) Melaksanakan pelayanan kesehatan yang bermutu dan Berkeadilan .

Masyarakat mempunyai hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan paripurna dengan sebaik – baiknya tanpa membedakan kesenjangan sosial ekonomi maupun geografis, untuk itu penyelenggaraan pelayanan kesehatan harus bermutu, merata, terjangkau, berkesinambungan dan berkeadilan, baik yang diselenggarakan oleh pemerintah, masyarakat dan swasta.Pelayanan kesehatan baik rujukan yang bermutu, merata dan terjangkau, akan terpenuhi apabila ketersediaan obat dan perbekalan kesehatan juga bermutu, merata dan terjangkau. Dalam melaksanakan pelayanan kesehatan tersebut, perlu suatu proses yang mencakup aspek

penyusunan,implementasi dan monitoring evaluasi yang dapat dipertanggung jawabkan secara transparan dan partisipatif. Setiap upaya pembangunan harus berkontribusi terhadap peningkatan derajat kesehatan baik secara langsung maupun tidak langsung. Upaya tersebut harus dapat menekan sekecil mungkin dampak negatif yang merugikan kesehatan masyarakat beserta lingkungannya. Untuk berperilaku hidup bersih dan sehat, perlu peningkatan kemampuan masyarakat dalam mengenali, merencanakan, mengatasi, memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatan dirinya sendiri dan lingkungannya sebagai upaya pengendalian dan pencegahan penyakit dan kejadian luar biasa. Dalam penggalian dana guna menjamin ketersediaan sumberdaya pembiayaan kesehatan, perlu advokasi dan sosialisasi kepada semua penyandang dana, baik pemerintah maupun masyarakat termasuk swasta. Dalam upaya pengelolaan sumberdaya pembiayaan yang efektif dan efisien, khususnya dalam pemeliharaan kesehatan masyarakat, dikembangkan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda)

b) Mewujudkan sumber daya manusia kesehatan yang berdaya saing

Semakin ketatnya persaingan global termasuk tenagakesehatan, diperlukan tenaga kesehatan yang terampil dankompeten (cakap, berkuasa untuk menentukan/ memutuskansesuai kewenangan) sehingga mampu bersaing dengan tenagakesehatan asing, baik yang akan bekerja di institusi pelayanan kesehatan dalam negeri maupun luar negeri, diperlukan upayameningkatkan mutu sumber daya manusia kesehatan melaluiregulasi di bidang kesehatan dan pengembangan profesionalisme dengan menyiapkan kurikulum yang sesuai pada setiap pendidikandan pelatihan. Pendidikan dan pelatihan yang dilakukan RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen harus terakreditasi, baik kurikulum, jumlah peserta, pelatih, penyelenggara pelatihan dan tempat pelatihan (sarana, prasarana pelatihan).

c) Melaksanakan Pelayanan Publik yang Bermutu

Pelayanan publik di lingkungan Rumah Sakit Umum dr. Soehadi Prijonegoro Sragen meliputi pelayanan informasi dan administrasi baik internal maupun eksternal. Pelayanan internal meliputi administrasi kepegawaian (Penetapan Angka Kredit bagi tenaga fungsional kesehatan di Rumah Sakit), keuangan (termasuk penggajian) dan aset, yang harus dilakukan secara transparan dan akuntabel dalam rangka mewujudkan good governance. Pelayanan informasi terdiri dari pelayanan kehumasan dan informasi publik melalui media elektronik (website, televisi, teleconference, radio, dll)

dan media cetak (majalah infokes, leaflet, poster, dll), baliho dan spanduk.Visi dan Misi tidak akan terwujud apabila kondisi penduduk Kabupaten Sragen tidak sehat, sehingga perlu perencanaan strategis yang mampu mengatasi berbagai hambatan dan kendala bidang kesehatan. Pengembangan kebijakan pembangunan kesehatan sangat penting mengingat penyelenggaraan pembangunan kesehatan pada saat ini semakin kompleks sejalan dengan permasalahan, perkembangan demokrasi, desentralisasi dan tuntutan globalisasi yang semakin meningkat. Kesehatan merupakan sektor yang kompleks dengan banyak pelaku di lembaga pemerintah, masyarakat, dan kelompok swasta. Dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dan mewujudkan pembangunan berwawasan kesehatan di Kabupaten Sragen, terdapat beberapa pelaku antara lain:

1. Pelaku dalam Stewardship mencakup lembaga yang berfungsi sebagai penetap kebijakan dan regulator dalam sistem kesehatan di Kabupaten Sragen. Disamping itu ada Lembaga dan Unit Pemerintah non Kesehatan yang terkait dengan sektor Kesehatan sebagai pemangku kepentingan atau SKPD Lain yang terkait sektor kesehatan;bkbkd
2. Pelaku dalam Financing (Sumber Pendanaan Kesehatan) adalah : Kementerian Kesehatan dan berbagai Kementerian teknis terkait kesehatan yang memberikan Anggaran Pemerintah Pusat; Pemerintah Daerah Provinsi Jawa Tengah yang memberikan Anggaran Pemerintah Provinsi; Masyarakat dan Swasta yang memberikan kontribusi
3. Pelaku dalam Pelayanan Kesehatan (Healthcare Delivery), mencakup Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta; Lembaga Pelayanan Kesehatan non Rumah Sakit milik Pemerintah; Lembaga Pelayanan Kesehatan non – Rumah Sakit milik Swasta; Lembaga Pelayanan kesehatan penunjang lainnya : Apotik/ Toko Obat, Klinik, Praktek dokter bersama, Rumah Bersalin, laboratorium, praktek komplementer dan Organisasi Profesi
4. Pelaku dalam Resource Generation adalah berbagai Lembaga Pendidikan Tenaga Kesehatan Pemerintah dan Swasta. Selanjutnya, untuk dapat menjalankan peran secara optimal maka sektor kesehatan perlu menggunakan konsep good governance secara baik.

3.5 TELAAH RENCANA TATA WILAYAH DAN KAJIAN LINGKUNGAN HIDUP

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

3.6 PENENTUAN ISU-ISU STRATEGIS

Analisis isu-isu strategis merupakan bagian penting dan sangat menentukan dalam proses penyusunan Renstra SKPD untuk melengkapi tahapan-tahapan yang telah dilakukan sebelumnya. Identifikasi isu yang tepat dan bersifat strategis akan meningkatkan akseptabilitas prioritas program dan kegiatan, dapat dioperasionalkan dan dapat dipertanggungjawabkan. Penyusunan Renstra antara lain dimaksudkan agar layanan SKPD senantiasa mampu menyelaraskan diri dengan lingkungan dan aspirasi pengguna layanan . Oleh karena itu, perhatian kepada mandat dari masyarakat dan lingkungan eksternalnya merupakan perencanaan dari luar ke dalam yang tidak boleh diabaikan

Isu-isu strategis berdasarkan tugas dan fungsi SKPD adalah kondisi atau hal yang harus diperhatikan atau dikedepankan dalam penyusunan Renstra karena dampaknya yang signifikan bagi SKPD dimasa datang. Suatu kondisi/kejadian yang menjadi isu trategis adalah keadaan yang apabila tidak diantisipasi, akan menimbulkan kerugian yang lebih besar atau sebaliknya, dalam hal tidak dimanfaatkan, akan menghilangkan peluang untuk meningkatkan layanan kepada masyarakat dalam jangka panjang.

Suatu isu strategis bagi SKPD diperoleh baik berasal dari analisis internal berupa identifikasi permasalahan pelaksanaan renstra sebelumnya maupun analisis eksternal berupa kondisi yang menciptakan peluang dan ancaman bagi SKPD di masa lima tahun mendatang.

Informasi yang diperlukan dalam perumusan isu-isu strategis berdasarkan tugas dan fungsi ini adalah:

1. **Analisis isu-isu strategis yang bersumber dari internal adalah sebagai berikut :**
   a. Masih tinginya angka kematian bersih atau (NDR).
      Angka kematian bersih adalah kejadian kematian setelah 48 Jam sejak pasien dirawat di RS per 1.000 kunjungan. Standar NDR menurut Kementerian

Kesehatan RI adalah < 25 Per mil, sementara capaian NDR selama 5 tahun terakhir adalah sebagai berikut :

Tabel 3.3 DATA NDR

Tahun	NDR	Keterangan
2020	60,80 ‰	Standart < 25 ‰
2021	118,22 ‰	
2022	64,20 ‰	
2023	47,82 ‰	
2024	42,37 ‰	
Rata-rata	66,68 ‰	

b. Kurangnya Sarana dan Prasarana Pelayanan

BOR merupakan persentase pemakaian tempat tidur pada suatu satuan waktu tertentu. Standar BOR menurut Kementerian Kesehatan RI adalah antara 60 s/d 85 %. Angka BOR yang tinggi (lebih dari 85%) menunjukkan menunjukkan tingkat pemanfaatan tempat tidur yang tinggi, sehingga perlu penambahan tempat tidur/ pengembangan rumah sakit. Selama 5 tahun terakhir capaian BOR kelas perawatan kelas III dan BOR RS adalah sebagai berikut :

Tabel 3.4 DATA BOR KELAS III dan BOR RS

Tahun	BOR Kelas III (%)	BOR RS (%)	Keterangan
2020	80,42	57,68	Standart 60 s/d 85 %
2021	26,59	35,71	
2022	52,27	38,5	
2023	69,58	59,65	
2024	75,84	58,05	
Rata-rata	60,94	49,91	

c. Mutu Pelayanan belum optimal

Kondisi masih kurang optimalnya mutu pelayanan di RSUD dr.Soehadi Prijonegoro Sragen dapat dilihat pada indikator mutu klinik, menejemen dan

mutu keselamatan pasien. Masih kurangnya mutu pelayanan tersebut juga dapat dilihat dari indikator mutu agregat Rumah Sakit (NDR) yang masih tinggi yaitu dengan rata-rata selama 5 tahun terakhir sebesar 60,46 per mill. Hal itu masih jauh dari angka ideal yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan RI (< 25 per mill). Juga dilihat dari Indek kepuasan masyarakat dan waktu tunggu pelayanan yang belum sesuai dengan standar.

d. Penerimaan BLUD belum bisa mencukupi biaya operasional BLUD

   Bahwa penerimaan BLUD Belum dapat mengcover seluruh biaya operasional BLUD. Kebutuhan belanja modal atau investasi untuk pemenuhan pengembangan Rumah Sakit dan pemenuhan subtitusi sarana dan prasarana RS utamanya alat-alat kodokteran/ kesehatan yang telah rusak dan segera diganti menjadi permasalahan tersendiri, namun permasalahan tersebut tidak dapat segera diselesaikan karena kemampuan keuangan BLUD yang belum memungkinkan.

e. Jumlah SDM yang tersedia belum memadai dengan volume pelayanan RS.

   Sesuai dengan perhitungan yang rasional, tenaga keperawatan yang dibutuhkan adalah 1 orang untuk 1 TT , sementara jumlah tenaga yang tersedia belum bisa mencukupi sesuai dengan kapasitas TT yang tersedia. Kondisi ini jika tidak segera diatasi akan menyebabkan mutu pelayanan yang kurang baik dan beban kerja tenaga perawat yang berlebihan.

2. Isu-isu strategis yang berasal dari analisis exsternal adalah sebagai berikut :

Memasuki tahun anggaran 2021 secara nasional maupun lokal, kita masih dihadapkan pada berbagai masalah dan tantangan di bidang kesehatan, diantaranya :

a. Berlakunya program Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) mulai 1 Januari 2014 ;

   Isu ini menjadi isu penting dan strategis disemua unit layanan kesehatan, karena mempunyai dampak yang multi efek. Akan berlakunya ketentuan rujukan berjenjang dan limitasi diagnosa tertentu serta sistem regionalisasi rujukan yang akan berhubungan dengan pembayaran pada saat berlakunya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) tahun 2014 merupakan hal yang delematis. Dari aspek pelayanan kesehatan, ketentuan tersebut akan mengarah

pada hal yang lebih baik, karena fasilitas pelayanan kesehatan termasuk Rumah Sakit akan berfungsi secara optimal sesuai dengan kelas rumah sakitnya, namun dari aspek keuangan khususnya pendapatan Rumah Sakit diprediksikan akan berdampak pada penurunan pendapatan Rumah Sakit yang sangat signifikan dan berakibat pada kemampuan RS dalam pembiayaan operasional Rumah Sakit.

b. Sistem Rujukan Berjenjang.

Sistem rujukan ini menyebabkan tingkat kunjungan menurun dikarenakan RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen sebagai Rumah Sakirt type B tidak menerima rujukan langsung dari PPK 1 harus melewati Rumah Sakit Type C dan type D dulu baru selanjutnya bila tidak dapat ditangani di rumah sakit tersebut dirujuk ke RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen.

c. Belum lengkapnya sarana dan prasarana Rumah Sakit utamanya alat-alat kesehatan/ kedokteran sesuai standar RS kelas B.

Sarana dan prasarana RS utamanya alat-alat kesehatan/ kedokteran yang sesuai standar RS kelas B masih terdapat beberapa yang belum terpenuhi, demikian juga karena masa pakai alat yang sudah relatif lama, sehingga menyebabkan alat tersebut tidak berfungsi maupun berfungsi tetapi kurang optimal juga menjadi isu penting.

e. Keterbatasan dana Pemerintah pusat (APBN) dan dana Pemerintah Daerah (APBD) dalam mensubsidi Rumah Sakit.

Bahwa sejak RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen ditetapkan sebagai Rumah Sakit BLUD, proporsi subsidi dari pemerintah pusat (APBN) maupun Pemerintah Provinsi Jawa Tengah (APBD) untuk pengembangan Rumah Sakit yang masuk dalam kriteria belanja modal berupa pengadaan gedung baru, alat-alat kesehatan dan belanja modal lainnya

f. Ada kecenderungan kuat bahwa minat untuk mempercayakan pembayaran biaya pengobatan kepada pihak ketiga (asuransi kesehatan, Jamsostek, dan sebagainya) semakin meningkat.

g. Selama keberadaannya dalam persaingan jasa pelayanan kesehatan di Sragen dan sekitarnya, harus diakui bahwa kedudukan RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen di antara para pesaingnya masih memiliki daya saing yang sangat ketat.

h. Semakin banyaknya dokter dan masyarakat yang membuka praktek mendirikan klinik masing-masing, menyebabkan persaingan dalam industri kesehatan di Kabupaten Sragen menjadi semakin ketat. Semakin banyak pilihan yang ditawarkan pada pasar (pasien-pasien) semakin mudah mereka memilih.

Dari berbagai masalah dan tantangan tersebut di atas dan dengan mempertimbangkan sebagai berikut :

1. Apakah masalah dan tantangan tersebut memiliki pengaruh yang besar (signifikan) terhadap pencapaian sasaran pembangunan daerah atau memiliki daya ungkit untuk pembangunan daerah ?
2. Apakah masalah dan tantangan tersebut memiliki dampak terhadap publik atau merupakan isu yang kondisi permasalahannya dirasa mendesak.
3. Apakah masalah dan tantangan tersebut mudah atau sulit untuk ditangani.
4. Apakah masalah dan tantangan tersebut penyelesainnya merupakan tugas dan tanggung jawab Organisasi Perangkat Daerah atau merupakan isu yang sebagian besar kendali langsungnya berada di Organisasi Perangkat Daerah.
5. Apakah isu tersebut menjadi prioritas janji politik yang perlu diwujudkan merupakan tugas dan tanggung jawab RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen dan apakah isu yang menjadi perhatian Pemerintah Propinsi maupun Pusat.
   a) Dampak yang ditimbulkannya terhadap publik atau merupakan isu yang kondisi permasalahannya dirasa mendesak
   b) Merupakan Tugas dan Tanggung jawab Organisasi Perangkat Daerah atau merupakan isu yang sebagian besar kendali langsungnya berada di Organisasi Perangkat Daerah
   c) Prioritas janji politik yang perlu diwujudkan merupakan tugas dan tanggung jawab RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen
   d) Isu yang menjadi perhatian Pemerintah Propinsi maupun Pusat

Urutan prioritas isu strategis yang perlu di angkat dan selanjutnya perlu adanya pemecahan masalah adalah sebagai berikut :

1. Kurang optimalnya mutu pelayanan,
2. Masih tingginya angka kematian bersih atau Net Date Rate (NDR).
3. Kurang lengkapnya sarana dan prasarana sesuai dengan standar ruma sakit type B.

BAB IV

VISI, MISI , TUJUAN DAN SASARAN, SRATEGI DAN KEBIJAKAN

4.1. VISI DAN MISI

4.1.1. VISI

"Menjadi pilihan utama masyarakat dalam pelayanan dan pendidikan kesehatan".

4.1.2. MISI

1. Menyelenggarakan pelayanan yang bermutu dan mengutamakan keselamatan pelanggan;
2. Menerapkan pelayanan kesehatan sesuai dengan perkembengan ilmu pengetahuan dan teknologi , didukung Sumber Daya Manusia yang profesional serta ramah lingkungan;
3. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan serta penelitian yang berkualitas, didukung Sumber Daya Manusia dan sarana prasarana yang memadai;
4. Meningkatkan kemitraan dengan institusi dan pihak terkait.

4.2. TUJUAN DAN SASARAN

4.2.1. TUJUAN

1. Meningkatkan kualitas mutu pelayanan publik
2. Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat

4.2.2. SASARAN

1. Meningkatnya kualitas dan akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat.
2. Menurunnya angka kematian bersih (NDR)

Tabel 4.1 Tujuan dan Sasaran RSUD dr.Soehadi Prijonegoro Sragen 2025-2029

No	Tujuan	Sasaran	Indikator Sasaran	Satuan	Kondisi Awal RPJMD		Target Kinerja Sasaran Pada tahun				
					2024	2025	2025	2026	2027	2028	2029
1	Meningkatkan Derajad Kesehatan Masyarakat.	Meningkatnya kualitas dan akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat	Mutu Pelayanan , Kepuasan Pelanggan	%	84,50	85	85	85,5	85,5	86	87
2	Meningkatkan Mutu Pelayanan	Menurunkan Angka Kematian Bersih / NDR	Angka Kematian Bersih / NDR	%	42,29	40,50	40,50	38,7	37,5	37	36,5

Keterangan :

- ≤ 25/1000 penderita keluar

4.3. Indikator Kegiatan Utama (IKU)

1. Nilai Indeks kepuasan masyarakat
2. Angka kematian bersih (NDR).

Tabel 4.2 Indikator Kegiatan Utama (IKU)

NO	TUJUAN	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA
1	2	3	4
1	Meningkatkan kualitas mutu pelayanan publik	Meningkatnya kualitas kesehatan masyarakat.	Nilai Indeks Kepuasan Masyarakat
2	Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat	Menurunnya angka kematian bersih (NDR).	Angka kematian bersih (NDR)

4.4. STRATEGI DAN KEBIJAKAN

4.4.1. STRATEGI

1. Peningkatan pencapaian standar pelayanan minimal bidang kesehatan
2. Peningkatan ketersediaan dan kualitas sarana dan prasarana kesehatan

4.4.2. KEBIJAKAN

1. Peningkatan kepatuhan dalam menjalankan Standar Operaional Prosedur untuk semua unit dan Instalasi di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro.
2. Dengan rekrutmen, training dan pelatihan kepada semua tenaga kesehatan dan pengadaan sarana dan prasarana kesehatan yang sesuai dengan prosedur.

Tabel 4.3 Srategi dan Kebijakan RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen

No	Tujuan	Sasaran	Strategi	Kebijakan
1	Meningkatkan Mutu pendidikan Profesi tenaga kesehatan	Meningkatnya Mutu Pelayanan sesuai dengan Standart	Peningkatan kualitas dan kuantitas tenaga Kesehatan	Dengan rekrutmen, training dan pelatihan kepada semua tenaga kesehatan.
2	Meningkatkan Mutu Pelayanan	Menurunkan Angka Kematian Bersih / NDR	Peningkatan pencapaian standar pelayanan minimal bidang kesehatan	Peningkatan kepatuhan dalam menjalankan Standar Operaional Prosedur untuk semua unit dan instalasi di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro

BAB V

RENCANA PROGRAM DAN KEGIATAN, INDIKATOR KINERJA, KELOMPOK SASARAN DAN PENDANAAN INDIKATIF

Untuk dapat melaksanakan strategi dan kebijakan maka perlu disusun rencana program dan kegiatan selama periode Renstra. Program dan kegiatan tersebut dapat diklasifikasikan berdasarkan hal – hal sebagai berikut :

A. Berdasarkan Jenis Belanja
   1. Belanja Barang dan Jasa
   2. Belanja Modal

B. Bedasarkan Sumber Dana
   1. Dana BLUD RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen
   2. APBD Kabupaten Sragen
   3. APBD Propvinsi Jawa Tengah
   4. APBN
   5. Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau

C. Berdasarkan Jenis Kegiatan
   1. Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah/ Kabupaten, dengan kegiatan :
      a. Peningkatan Pelayanan BLUD

         Bentuk Kegiatan : Peningkatan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin yang belum tercakup Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda)

      b. Pelayanan Kesehatan RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen

         Bentuk Kegiatan :

         - Rekruitmen pegawai BLUD
         - Pendidikan dan pelatihan staf dalam rangka peningkatan kualifikasi dan kompetensi staf , pendidikan dan pelatihan staf dalam rangka peningkatan mutu dan keselamatan pasien
         - Pengembangan Program Sustainable Development Goals (SDGs) sebagai kelanjutan Millenium Development Goals (MDGs) khususnya Penurunan Angka Kematian Ibu dan Bayi, Penanggulangan HIV-AIDS dan Tuberculosis
         - Pengembangan Unit Pelayanan VVIP

- Pengembangan Pelayanan Rawat Jalan, penambahan perawatan untuk poliklinik THT, Kulit, Jantung, Rehabilitasi Medik, Tumbuh Kembang, Layanan Kemoterapi, Klinik Estetic, Unit Hemodialisa, Klinik Nyeri, Klinik Psikologi
- Pembangunan Unit Stroke, Gedung Pusat Diagnostik, Ruang Rawat Inap Kelas III, penambahan ruang Istalasi Bedah Sentral, layanan Cathlab.
- Pengembangan Digitalisasi Rumah Sakit
- Peningkatan Program Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS).

2. Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat.
    - Pengadaan Alat Kesehatan
        - Pengadaan Alat Kesehatan dan Kedokteran
3. Program Pembinaan Lingkungan Sosial , dengan kegiatan
    - Peningkatan Derajad Kesehatan Masyarakat dengan penyediaan fasilitas peralatan kesehatan penderita akibat asap rokok.
        - Pengadaan Alat Kesehatan Perawatan Jantung dan Paru

Untuk melaksanakan program dan kegiatan tersebut perlu didukung adanya kebijakan pengembangan pelayanan melalui penyediaan sarana prasarana rumah sakit dan sumber daya manusia yang memadai sesuai dengan standar Rumah Sakit kelas B

Rencana Program, Kegiatan, Kelompok Sasaran dan Pendanaan Indikatif dan indikator kinerja RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen dalam lima tahun mendatang sebagaimana pada Tabel 5.1.

Tabel 5.1 Rencana Pendapatan RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen

Uraian	2025	2026	2027	2028	2029
1	2	3	4	5	6
PENDAPATAN	**141.000.000.000**	**136.000.000.000**	**141.000.000.000**	**142.410.000.000**	**142.837.230.000**
PENDAPATAN ASLI DAERAH	**141.000.000.000**	**136.000.000.000**	**141.000.000.000**	**142.410.000.000**	**142.837.230.000**
Lain-lain Pendapatan Asli Daerah yang sah	**141.000.000.000**	**136.000.000.000**	**141.000.000.000**	**142.410.000.000**	**142.837.230.000**
Pendapatan BLUD	**141.000.000.000**	**136.000.000.000**	**141.000.000.000**	**142.410.000.000**	**142.837.230.000**
- Pendapatan Jasa Layanan Umum BLUD	**141.000.000.000**	**136.000.000.000**	**141.000.000.000**	**142.410.000.000**	**142.837.230.000**
a. Rawat Jalan & IGD	Rp 6.418.942.673	6.191.320.592	Rp 6.418.942.673	6.483.132.100	6.502.581.496
b. Rawat Inap	Rp 7.176.006.164	6.921.537.860	Rp 7.176.006.164	7.247.766.226	7.269.509.524
c. Penunjang Medis	Rp 301.741.500	291.041.447	Rp 301.741.500	304.758.915	305.673.192
d. Kerjasama Pelayanan Kesehatan	Rp 127.535.223.062	123.012.697.422	Rp 127.535.223.062	128.810.575.293	129.197.007.018
e. Lain-lain	Rp 537.495.537	518.435.412	Rp 537.495.537	542.870.492	544.499.104

Tabel 5.2 RENCANA PROGRAM, KEGIATAN, INDIKATOR, KELOMPOK SASARAN DAN PENDANAAN INDIKATIF RSUD dr. SOEHADI PRIJONEGORO SRAGEN (RENCANA BELANJA)

Tujuan	Sasaran	Indikator sasaran	Program/ Kegiatan	Indikator Program/ Kegiatan	Satuan	Data Capaian pada Tahun Awal Perencanaan Th 2025 Rp (000)	Target Capaian Sasaran										Kondisi akhir	Unit Penanggung Jawab
							Tahun 2026		Tahun 2027		Tahun 2028		Tahun 2029		Tahun 2030			
							K	(Rp. Dalam ribuan)	K	(Rp. Dalam ribuan)	K	(Rp. Dalam ribuan)	K	(Rp. Dalam ribuan)	K	(Rp. Dalam ribuan)	(Rp. Dalam ribuan)	
Meningkatkan Pelayanan Kesehatan	**Peningkatan Pelayanan Kesehatan BLUD RSUD**	**Meningkatnya Pelayanan Kesehatan BLUD RSUD**	**Program : Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/ Kota**	**12**	**bulan**	**129.000.000**	**12**	**136.000.000**	**12**	**139.999.000**	12	**143.998.000**	12	147.997.000	**12**	**151.996.000**	**848.990.000**	**RSSP Sragen**
			Kegiatan : Peningkatan Pelayanan BLUD	12	bulan	129.000.000	12	136.000.000	12	139.999.000	12	143.998.000	12	147.997.000	12	151.996.000	848.990.000	
Meningkatkan Pelayanan Kesehatan	**Peningkatan Pelayanan Kesehatan BLUD RSUD**	**Meningkatnya Pelayanan Kesehatan BLUD RSUD**	**Program : Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat**	**Meningkatnya Pelayanan Kesehatan RSSP Sragen**	**unit**	**0**	**12**	**2.300.000**	**12**	**0**	**12**	**0**	**12**	**0**	**12**	**0**	**0**	**RSSP Sragen**
			Kegiatan : Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Kewenangan Daerah Kabupaten/ Kota (DAK)	Meningkatnya Pelayanan Kesehatan RSSP Sragen	unit	0	12	2.300.000	12	0	12	0	12	0	12	0	0	
			Dana APBD Prop	Meningkatnya Pelayanan Kesehatan RSSP Sragen	unit	**0**	**12**	**20.000.000**	**12**	**20.000.000**	**12**	**20.000.000**	**12**	**0**	**12**	**0**	**0**	**RSSP Srage**
Meningkatkan Pelayanan Kesehatan	**Peningkatan Pelayanan Kesehatan BLUD RSUD**	**Meningkatnya Pelayanan Kesehatan BLUD RSUD**	**Program : Pembinaan Lingkungan Sosial (Dan DBHCHT)**	**Meningkatnya Pelayanan Kesehatan RSSP Sragen**	**unit**	**0**	**12**	**0**	**12**	**0**	**12**	**0**	**12**	**0**	**12**	**0**	**0**	**RSSP Sragen**
			Kegiatan :Peningkatan Derajad Kesehatan Masyarakat dengan penyediaan fasilitas peralatan kesehatan penderita akibat asap rokok.(Dana DBHCHT)	Jumlah Tindakan perawtan Jantung dan Paru		0	12	0	12	0	12	0	12	0	12	0	0	

BAB VI

INDIKATOR KINERJA SKPD MENGACU PADA TUJUAN DAN SASARAN RPJMD

Pada bagian ini dikemukakan Indikator Kinerja RSUD dr.Soehadi Prijonegoro yang secara langsung menunjukkan capaian kinerja RSUD dr.Soehadi Prijonegoro dalam lima tahun terakhir pada Tabel 6.1. dan tabel 6.2 mengenai rencana indikator kinerja dalam 5 tahun mendatang sebagai komitmen untuk mendukung pencapaian tujuan dan sasaran RPJMD

Tabel 6.1 INDIKATOR CAPAIAN KINERJA SKPD MENGACU PADA TUJUAN DAN SASARAN RPJMD

EX C	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	CAPAIAN														
			2020			2021			2022			2023			2024		
			target	Realisasi %	Capaian	target	Realisasi %	Capaian	target	Realisasi %	Capaian	target	Realisasi %	Capaian	target	Realisasi%	Capaian
1	2	3		5			6			7			8			9	
1	IGD	1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100	100	100	100%	100	100	100%	100	100	100%	100	100	100%	100	100
		2. Jam buka Pelayanan Gawat Darurat	24 Jam	24 Jam	100	24 jam	24 Jam	100	24 jam	24 Jam	100	24 jam	24 Jam	100	24 jam	24 Jam	100
		3. Pemberi pelayanan Kegawat daruratan yang bersertifikasi yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ ALS	100	80	81	98	98	100	98	100	100	99	100	100	100	100	100
		4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 Tim	1 Tim	100	1 tim	1 Tim	100	1 tim	1 Tim	100	1tim	1 Tim	100	1 tim	1 Tim	100
		5. Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	≤ 5 menit	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang	100	≤ 5 menit	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang	100	≤ 5 menit	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang	100	≤ 5 menit	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang	100	≤ 5 menit	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang	100
		6. Kepuasan Pelanggan	70	85	100	80%	85	100	80%	8.333	100	81%	8.125	100	82%	8.458	100
		7. Kematian pasien< 24 Jam	≤ dua per seribu	177	88	≤ dua per seribu	332	100	≤ dua per seribu	134	67	≤ dua per seribu	1,19	595	≤ dua per seribu	100	50
		8. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayuruang muka	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
2	Pelayanan Rawat Jalan	1. Dokter pemberi pelayanan di poliklinik Spesialis	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
		2. Ketersediaan Pelayanan	Klinik Anak	Klinik Anak	100	Klinik Anak	Klinik Anak	100	Klinik Anak	Klinik Anak	100	Klinik Anak	Klinik Anak	100	Klinik Anak	Klinik Anak	100
			Klinik Penyakit dalam	Klinik Dalam	100	Klinik Dalam	Klinik Dalam	100	Klinik Dalam	Klinik Dalam	100	Klinik Dalam	Klinik Dalam	100	Klinik Dalam	Klinik Dalam	100

EX C	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	CAPAIAN														
			2020			2021			2022			2023			2024		
			target	Realisasi %	Capaian	target	Realisasi %	Capaian	target	Realisasi %	Capaian	target	Realisasi %	Capaian	target	Realisasi%	Capaian
			Klinik Kebidanan/Obgyn	Klinik Obgyn	100	Klinik Obgyn	Klinik Obgyn	100	Klinik Obgyn	Klinik Obgyn	100	Klinik Obgyn	Klinik Obgyn	100	Klinik Obgyn	Klinik Obgyn	100
			Klinik Bedah	Klinik Bedah	100	Klinik Bedah	Klinik Bedah	100	Klinik Bedah	Klinik Bedah	100	Klinik Bedah	Klinik Bedah	100	Klinik Bedah	Klinik Bedah	
		3. Ketersediaan pelayanan di RS Jiwa	NAPZA Gangguan Psikotik Gangguan Neurotik Mental Retardasi Mental Organik	NAPZA Gangguan Psikotik Gangguan Neurotik Mental Retardasi Mental Organik	100	NAPZA Gangguan Psikotik Gangguan Neurotik Mental Retardasi Mental Organik	NAPZA Gangguan Psikotik Gangguan Neurotik Mental Retardasi Mental Organik	100	NAPZA Gangguan Psikotik Gangguan Neurotik Mental Retardasi Mental Organik	NAPZA Gangguan Psikotik Gangguan Neurotik Mental Retardasi Mental Organik Lanjut usia	100	NAPZA Gangguan Psikotik Gangguan Neurotik Mental Retardasi Mental Organik	NAPZA Gangguan Psikotik Gangguan Neurotik Mental Retardasi Mental Organik Lanjut usia	100	NAPZA Gangguan Psikotik Gangguan Neurotik Mental Retardasi Mental Organik	NAPZA Gangguan Psikotik Gangguan Neurotik Mental Retardasi Mental Organik	100
			Lanjut usia	Lanjut usia		Lanjut usia	Lanjut usia		Lanjut usia			Lanjut usia			Lanjut usia	Lanjut usia	
		4. Jam buka pelayanan	08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jumat : 08.00 - 11.00	Jam 08.00 s/d selesai kecuali hari Jum'at 08 - 11.00 hari Sabtu jam 08-13,30	100	07.30 s/d selesai Setiap hari kerja kecuali Jumat : 08.00 - 11.00	Jam 0.8.00s/d selesai kecuali hariJumat Jam 08 - 11.00 hari Sabtu jam 08-13,30	100	08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jumat : 08.00 - 11.00	Jam 08.00 s/d selesai kecuali hari Jum'at 08 - 11.00 hari Sabtu jam 08-13,30	100	08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jumat : 08.00 - 11.00	Jam 0.8.00s/d selesai kecuali hariJumat Jam 08 - 11.00 hari Sabtu jam 08-13.30	100	08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jumat : 08.00 - 11.00	Jam 08.00 s/d selesai kecuali hari Jum'at 08 - 11.00 hari Sabtu jam 08-13,30	100
		5. Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 60 menit	60 menit	100	≤ 60 menit	60 menit	100	≤ 60 menit	60 menit	100	≤ 60 menit	60 menit	100	≤ 60 menit	60 menit	100
		6. Kepuasan pelanggan	100%	8.020	100	80%	85	100	83%	85	100	85%	85	100	87%	90	100
		7. a. Penegakan diagnosis TB	100%	100	100	100%	100	100	100%	100	100	100%	100	100	100%	100	100

EX C	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	CAPAIAN														
			2020			2021			2022			2023			2024		
			target	Realisasi %	Capaian	target	Realisasi %	Capaian	target	Realisasi %	Capaian	target	Realisasi %	Capaian	target	Realisasi%	Capaian
		melalui pemeriksaan mikroskop TB															
		a. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	100%	100	100	100%	100	100	100%	100	100	100%	100	100	100%	100%	100
3	**Pelayanan Rawat Inap**	1. Pemberi pelayanan Rawat Inap	1.dr. Sp 2. Perawat minimal D III	1.dr Sp 2. Perawat minimal D III	1.dr Sp 2. Perawat minimal D III	a. Dokter Spesialis b. Perawat minimal pendidikan DIII	1.dr Sp 2. Perawat minimal D III	1.dr Sp 2. Perawat minimal D III	a. Dokter Spesialis b. Perawat minimal pendidikan DIII	1.dr Sp 2. Perawat minimal D III	1.dr Sp 2. Perawat minimal D III	a. Dokter Spesialis b. Perawat minimal pendidikan DIII	1.dr Sp 2. Perawat minimal D III	1.dr Sp 2. Perawat minimal D III	a. Dokter Spesialis b. Perawat minimal pendidikan DIII	1.dr Sp . Perawat minimal D III	1.dr Sp 2. Perawat minimal D III
		2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
		3. Ketersediaan pelayanan rawat inap	a. Anak	a. Anak	100	a. Anak	a. Anak	100	a. Anak	a. Anak	100	a. Anak	a. Anak	100	a. Anak	a. Anak	100
			b. Dalam	b. Dalam	100	b. Dalam	b. Dalam	100	b. Dalam	b. Dalam	100	b. Dalam	b. Dalam	100	b. Dalam	b. Dalam	100
			c. Kebidanan	c. Kebidanan	100	c. Kebidanan	c. Kebidanan	100	c. Kebidanan	c. Kebidanan	100	c. Kebidanan	c. Kebidanan	100	c. Kebidanan	c. Kebidanan	100
			d. Bedah	d. Bedah	100	d. Bedah	d. Bedah	100	d. Bedah	d. Bedah	100	d. Bedah	d. Bedah	100	d. Bedah	d. Bedah	100
		4. Jam visit dr Spesialis setiap hari kerja	08.00-14,00 setiap hari kerja	08.00-14,00 setiap hari kerja	100	08.00-14,00 setiap hari kerja kecuali hari Sabtu 08.00 - 13,30	08.00-14,00 setiap hari kerja	100	08.00-14,00 setiap hari kerja kecuali hari Sabtu 08.00 - 13,30	08.00-14,00 setiap hari kerja	100	08.00-14,00 setiap hari kerja kecuali hari Sabtu 08.00 - 13,30	08.00-14,00 setiap hari kerja	100	08.00-14,00 setiap hari kerja kecuali hari Sabtu 08.00 - 13,30	08.00-14,00 setiap hari kerja	100
		5. Kejadian infeksi paska Operasi	≤ 1,2 %	0%	100	≤ 1,5 %	0,1%	100	≤ 1,5 %	0	100	≤ 1,5 %	0	100	≤ 1,5 %	0,2	100
		6. Kejadian infeksi Nosokomial	≤ 1,2 %	0%	100	≤ 1,5 %	1,6%	100	≤ 1,5 %	0	100	≤ 1,5 %	0	100	≤ 1,5 %	0	100

EX C	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	CAPAIAN														
			2020			2021			2022			2023			2024		
			target	Realisasi %	Capaian	target	Realisasi %	Capaian	target	Realisasi %	Capaian	target	Realisasi %	Capaian	target	Realisasi%	Capaian
		7. Tidak ada kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/ kematian	100%	100%	100	100%	100%	100	100%	100	100	100%	100	100	100%	100	100
		8. Kematian pasien > 48 jam	≤2,4 %	6,07%	25%	4,5%	11,80%	262%	3,5%	616	1.76%	2,5%	51	0,20%	1,5%	42	0,28%
		9. Kejadian pulang paksa	≤ 4 %	1,45%	100%	2,24%	1,3%	58%	1,35%	166	1,20%	1,3%	130	0,10%	1,25%	133	1,06%
		10. Kepuasan pelanggan	≥ 90%	80%	88,88 %	83%	80%	96,38 %	85%	82,50%	97%	87%	82,30%	95%	89%	84,50%	95%
		11. Rawat Inap TB:															
		a. Penegakan diagnosa TB melalui pemeriksaan mikropis TB	≥ 70 %	100%	142%	≥ 60 %	100%	100%	≥ 60 %	100%	100%	≥ 60 %	100%	100%	≥ 60 %	100%	100%
		b. Terlaksana kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RumahSakit	≥ 70 %	100%	100%	≥ 60 %	100%	100%	≥ 60 %	100%	100%	≥ 60 %	100%	100%	≥ 60 %	100%	100%
4	**Bedah Sentral**	1.Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2	113	100	112	119	100	111	10	100	11	101	100	109	102	100
		2.Kejadian kematian dimeja operasi	0	0	100	0	0	100	0	0	100	0	0	100	0	0	100
		3.Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		4.Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		5.Tidak adanya kejadiansalah tindakan pada operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		6.Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelahoperasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

EXC	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	CAPAIAN													
			2020			2021			2022			2023			2024		
			target	Realisasi %	Capaian	target	Realisasi %	Capaian	target	Realisasi %	Capaian	target	Realisasi %	Capaian	target	Realisasi%	Capaian
		7. Komplikasi anastesi karena over dosis, reaksi anastesi, dan salahpenempatan anastesiendotracheal tube	≤ 3%	0,01 %	100%	0,02 %	0,01 %	50%	0,02 %	0,08%	400%	0,02 %	0,01 %	50%	0,01 %	0,02 %	200%
5	**Persalinan, Perinatologi (kecuali rumah sakit khusus di luar rumah Sakit Ibu dan Anak) dan KB**	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan															
		a. Perdarahan	≤ 1%	0,37%	100	≤ 1%	3,75%	97	≤ 1%	1,59%	100	≤ 1%	0%	100%	≤ 1%	0%	100%
		b. Pre eklamsia	≤ 30%	1,25	100	≤ 30%	2,22	100	≤ 30%	0,84	100	≤ 30%	1,56%	100	≤ 30%	1,03	100
		c. Sepsis	≤ 0,2%	0%	100	≤ 0,2%	0%	100	≤ 0,2%	0%	100	≤ 0,2%	0%	100	≤ 0,2%	9,09%	
		2. Pemberi Pelayanan persalinan normal	a. dr. Sp.OG	a. dr. Sp.OG	100%	a. dr. Sp.OG	a. dr. Sp.OG	100%	a. dr. Sp.OG	a. dr. Sp.OG	100%	a. dr. Sp.OG	a. dr. Sp.OG	100%	a. dr. Sp.OG	a. dr. Sp.OG	100%
			b. dr. Umum terlatih	b. dr. Umum terlatih		b. dr. Umum terlatih	b. dr. Umum terlatih		b. dr. Umum terlatih	b. dr. Umum terlatih		b. dr. Umum terlatih	b. dr. Umum terlatih		b. dr. Umum terlatih	b. dr. Umum terlatih	
			c. Bidan	c. Bidan		c. Bidan	c. Bidan		c. Bidan	c. Bidan		c. Bidan	c. Bidan		c. Bidan	c. Bidan	
		3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK	Tim PONEK yang terlatih	100%	Tim PONEK yang terlatih	Tim PONEK yang terlatih	100%	Tim PONEK yang terlatih	Tim PONEK yang terlatih	100%	Tim PONEK yang terlatih	Tim PONEK yang terlatih	100%	Tim PONEK yang terlatih	Tim PONEK yang terlatih	100%
		4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakanoperasi	a. dr. Sp.OG b. dr. Sp. A c. dr.Sp. An	a. dr. Sp.OG b. dr. Sp. A c. dr.Sp. An	100%	a. dr. Sp.OG b. dr. Sp. A c. dr.Sp. An	a. dr. Sp.OG b. dr. Sp. A c. dr.Sp. An	100%	a. dr. Sp.OG b. dr. Sp. A c. dr.Sp. An	a. dr. Sp.OG b. dr. Sp. A c. dr.Sp. An	100%	a. dr. Sp.OG b. dr. Sp. A c. dr.Sp. An	a. dr. Sp.OG b. dr. Sp. A c. dr.Sp. An	100%	a. dr. Sp.OG b. dr. Sp. A c. dr.Sp. An	a. dr. Sp.OG b. dr. Sp. A c. dr.Sp. An	100%
		5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr - 2500 gr	100%	94,14%	94,14 %	95%	88,13%	92,76 %	96%	8.972	93,45 %	97%	9.402	96,92 %	98%	8.809	898
		6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	30%	41,82 %	100%	38%	56,92 %	100%	36%	516	14,33 %	34%	5.680	100%	32%	5.805	100%
		7. Keluarga berencana	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

EX C	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	CAPAIAN														
			2020			2021			2022			2023			2024		
			target	Realisasi %	Capaian	target	Realisasi %	Capaian	target	Realisasi %	Capaian	target	Realisasi %	Capaian	target	Realisasi%	Capaian
		a.Persentasi KB (MOW) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr. Sp.OG, dr.Sp.B, dr. umum terlatih															
		b.Persentase peserta KB mantap yang terdapat konsling KB mantap bidan terlatih	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		8. Kepuasan pelanggan	80%	84%	100%	83%	85%	100%	85%	86,50%	102%	87%	85%	98%	89%	86%	97%
6	**Pelayanan InstalasiRawat Intensif(ICU - ICCU)**	1.Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan dengan kasus yang sama ≤ 72 jam	1%	0,5%	50%	0,4 %	0,85%	100%	0,3 %	033	100%	0,2 %	011	55%	0,1 %	047	100%
		2.Pembewrian pelayanan Unit Intensif	1. dokter anestesi yang ada di ruamham/ dokter jaga yang berpelatihan	100%	100%	a.dokter Sp.An dan dokter spesialis sesuai kasus yang ditangani	88%	100%	a.dokter Sp.An dan dokter spesialis sesuai kasus yang ditangani	100%	100%	a.dokter Sp.An dan dokter spesialis sesuai kasus yang ditangani	100%	100%	a.dokter Sp.An dan dokter spesialis sesuai kasus yang ditangani	100%	100%
			2. 100% perawat S1 Ners/D4	100%	100%	b.60% perawat minimal DIII dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara (D4)	100%	100%	b.60% perawat minimal DIII dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara (D4)	100%	100%	b.60% perawat minimal DIII dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara (D4)	100%	100%	b.60% perawat minimal DIII dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara (D4)	100%	100%
7	**Radiologi**	1.Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam	≤ 3 jam	100%	≤ 3 jam	≤ 3 jam	100%	≤ 3 jam	35,71 menit	100%	≤ 3 jam	70,82 menit	100%	≤ 3 jam	71,58 menit	100%

EK C	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	CAPAIAN													
			2020			2021			2022			2023			2024		
			target	Realisasi %	Capaian	target	Realisasi %	Capaian	target	Realisasi %	Capaian	target	Realisasi %	Capaian	target	Realisasi%	Capaian
		2. Pelaksana ekspertisi	dr.Spesialis Radiologi	dr.Spesialis Radiologi	100%	dr. Spesialis Radiologi	dr.Spesialis Radiologi	100%	dr. Spesialis Radiologi	dr. Spesialis Radiologi	100%	dr. Spesialis Radiologi	dr.Spesialis Radiologi	100%	dr. Spesialis Radiologi	dr.Spesialis Radiologi	100%
		3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	≤2%	775	25,8%	Max kerusakan foto ≤ 6 %	504	100%	Max kerusakan foto ≤ 5 %	448	100%	Max kerusakan foto ≤ 4 %	344	100%	Max kerusakan foto ≤ 3 %	188	100%
		4. Kepuasan pelanggan	≥80%	81%	100%	82%	83%	100%	83%	85%	100%	84%	86	100%	85%	88%	104%
8	Laboratorium Klinik	1. Waktu tunggu hasil pelayanan Laboratorium	≤140 menit	84 menit	100%	82 menit	85 menit	96,47 %	80 menit	8.326	96%	78 menit	9.220	84,5%	76 menit	9.196	82,64 %
		2. Pelaksana ekspertisi	dr. Spesialis Patologi Klinik	dr. Spesialis Patologi Klinik	100%	dr. Spesialis Patologi Klinik	dr.Spesialis Patologi Klinik	100%	dr. Spesialis Patologi Klinik	dr. Spesialis Patologi Klinik	100%	dr. Spesialis Patologi Klinik	dr. Spesialis Patologi Klinik	100%	dr. Spesialis Patologi Klinik	dr.Spesialis Patologi Klinik	100%
		3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan Laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		4. Kepuasan pelanggan	≥90%	80%	88,88 %	83 %	80%	96,38 %	85 %	85%	100%	87 %	86%	99%	89 %	90%	101%
9	Rehabilitasi Medik	1. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yangdirencanakan	25%	32%	100%	30%	14,17%	47,23 %	28%	879	31,39 %	26%	832	32%	24%	614	25,58 %
		2.Tidak adanya kesalahan tindakan Rehabilitasi Medik	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		3. Kepuasan Pelanggan	86%	80,25%	93,31 %	83%	80,30%	96,74 %	85%	82%	96,47 %	87%	84%	96,5%	89%	85%	95,5%
10	Farmasi	1. Waktu tunggu pelayanan															
		- Obat Jadi	30 menit	25 menit	83,33 %	23 menit	38 menit	100%	22 menit	45 menit	100%	21 menit	40 menit	100%	20 menit	40 menit	100%
		- Racikan	45 menit	28 menit	62,22 %	26 menit	47 menit	100%	25 menit	55 menit	100%	24 menit	57 menit	100%	23 menit	50 menit	100%
		2. Tidak adanya kejadian kesalahan	100%	99,95%	99,95 %	99,96%	99,78%	99,81 %	99,97%	99,86%	99,88 %	99,98%	9.996	99,97 %	99,99%	9.998	99,98 %

EX C	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	CAPAIAN														
			2020			2021			2022			2023			2024		
			target	Realisasi %	Capaian	target	Realisasi %	Capaian	target	Realisasi %	Capaian	target	Realisasi %	Capaian	target	Realisasi%	Capaian
		pemberian obat															
		3. Kepuasan pelanggan	83%	80,2%	96,62 %	83%	80,20%	96,62 %	85%	82,50%	97%	87%	82,86%	95,24 %	89%	89,03%	100%
		4. Penalisan resep sesuai formularium	100%	91,49%	91,49 %	100%	98%	98%	100%	96%	96%	94%	93,03%	98,9%	95%	92,7%	97,5%
11	Gizi	1. Ketepatan waktu pemberianmakanan kepada pasien	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	100%	20%	20%	19%	14,25%	100%	18%	15,5%	86,11 %	17%	16,51%	97,11 %	16%	1.610	100%
		3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
12	Tranfusi Darah	1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		2. Kejadian reaksi transfusi	0	0	100%	0	0	100%	0	0	100%	0	0	100%	0	0	100%
13	Pelayanan Gakin	1. Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke Rumah Sakit pada setiap unitpelayanan	99%	100% terlayani	100%	100% terlayani	100% terlayani	100%	100% terlayani	100% terlayani	100%	100% terlayani	100% terlayani	100%	100% terlayani	100% terlayani	100%
14	Rekam Medik	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	90%	77,5%	86%	83%	78%	93,97 %	86%	76,92%	89,44 %	89%	8.042	90,35 %	94%	8.758	93,17 %
		2. Kelengkapan informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	90%	7.658	85%	78%	7.825	100%	82%	7.725	94,2%	86%	8.042	93,5%	92%	7.818	84,97 %
		3. Waktu penyediaan dokumen rekam	12 menit	1.875	100%	16 menit	1.708	100%	14 menit	185	100%	12 menit	3.083	100%	10 menit	3315	100%

EX C	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	CAPAIAN													
			2020			2021			2022			2023			2024		
			target	Realisasi %	Capaian	target	Realisasi %	Capaian	target	Realisasi %	Capaian	target	Realisasi %	Capaian	target	Realisasi%	Capaian
		medik pelayanan rawat jalan															
		4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤17 menit	2.256	100%	20 menit	2.117	100%	18 menit	2.400	100%	16 menit	2.975	100%	14 menit	2767	100%
15	Pengelolaan Limbah	1. Baku mutu limbah cair															
		a.BOD	a.BOD < 19 mg/l	a.BOD < 30 mg/l	100%	a.BOD < 30 mg/l	a.BOD < 30 mg/l	100%	a.BOD < 30 mg/l	a.BOD < 30 mg/l	100%	a.BOD < 30 mg/l	a.BOD < 30 mg/l	100%	a.BOD < 30 mg/l	a.BOD < 30 mg/l	100%
		b.COD	b.COD < 20 mg/l	b.COD < 80 mg/l	100%	b.COD < 80 mg/l	b.COD < 80 mg/l	100%	b.COD < 80 mg/l	b.COD < 80 mg/l	100%	b.COD < 80 mg/l	b.COD < 80 mg/l	100%	b.COD < 80 mg/l	b.COD < 80 mg/l	100%
		c.TSS	c.TSS < 20 mg/l	c.TSS < 30 mg/l	100%	c.TSS < 30 mg/l	c.TSS < 30 mg/l	100%	c.TSS < 30 mg/l	c.TSS < 30 mg/l	100%	c.TSS < 30 mg/l	c.TSS < 30 mg/l	100%	c.TSS < 30 mg/l	c.TSS < 27 mg/l	100%
		d.PH	d.PH 7-5	d.PH 6-9	100%	d.PH 6-9	d.PH 6-9	100%	d.PH 6-9	d.PH 6-9	100%	d.PH 6-9	d.PH 6-9	100%	d.PH 6-9	d.PH 6-9	100%
		2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
16	Administrasi Manajemen	1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan Direksi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		4. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	≥ 80 %	15,48%	19,35 %	36,43%	36,43%	100%	36,43%	36,43%	100%	36,43%	36,43%	100%	36,43%	36,43%	100%
		6. Cost recovery	≥ 80%	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		7.Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

EXC	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	CAPAIAN														
			2020			2021			2022			2023			2024		
			target	Realisasi %	Capaian	target	Realisasi %	Capaian	target	Realisasi %	Capaian	target	Realisasi %	Capaian	target	Realisasi(%	Capaian
		8.Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap kurang dari 2 jam	≤ 1 jam	≤ 2 jam	100%	≤ 2 jam	≤ 2 jam	100%	≤ 2 jam	≤ 2 jam	100%	≤ 2 jam	≤ 2 jam	100%	≤ 2 jam	≤ 2 jam	100%
		9.Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakntan waktu	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
17	**Ambulace /Kereta Jenazah**	1. Waktu Pelayanan ambulance /kereta jenazah	24 jam	24 Jam	100%	24 jam	24 jam	100%	24 jam	24 jam	100%	24 jam	24 Jam	100%	24 jam	24 jam	100%
		2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance / kereta jenazah di rumah sakit	≤ 30 menit	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		3. Respon time pelayanan ambulance oleh masyarakatyang membutuhkan	15 menit	< 30 menit	100%	Sesuai ketentuan daerah	< 30 menit	100%	Sesuai ketentuan daerah	< 30 menit	100%	Sesuai ketentuan daerah	< 30 menit	100%	Sesuai ketentuan daerah	< 30 menit	100%
18	**Pemulasaraan Jenazah**	1. Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaran jenazah	95%	30 menit		30 menit	30 menit	100%	30 menit	30 menit	100%	30 menit	30 menit	100%	30 menit	30 menit	100%
19	**Pelayanan Pemeliharaan Sarana RumahSakit**	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	80%	77%	96,25 %	80%	85%	106,25 %	81%	78%	96,29 %	82%	85%	104%	83%	81,50%	98%
		2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat	75%	77%	102,6 %	85%	90%	105,8 %	90%	78%	86,6%	95%	86%	91%	100%	88%	88%
		3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakandalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuankalibrasi	70%	100%	142,85 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
20	**Pelayanan Laundry**	1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%	100%	100%	98%	100%	100%	100%	9.804	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

EXC	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	CAPAIAN													
			2020			2021			2022			2023			2024		
			target	Realisasi %	Capaian	target	Realisasi %	Capaian	target	Realisasi %	Capaian	target	Realisasi %	Capaian	target	Realisasi%	Capaian
		2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%	95%	95%	98%	97%	98,87 %	100%	98,33%	98,33 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%
21	Pencegahan danPengendalian Infeksi (PPI)	1. Ada anggota Tim PPI yang terlatih	100%	65%	65%	75%	65%	86%	80%	67,08%	83,85 %	85%	80%	94%	90%	85%	94%
		2. Tersedia PAD di setiap Instalasi/ departemen	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ HAI (Health Care Infection di RS (minimal 1 parameter	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tabel 6.2 RENCANA INDIKATOR CAPAIAN KINERJA SKPD MENGACU PADA TUJUAN DAN SASARAN RPJMD

	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	CAPAIAN 2025 target	2026 target	2027 target	2028 target	2029 target
1	2	3	4	5	6	7	8
1	IGD	1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100	100%	100%	100%	100%
		2. Jam buka Pelayanan Gawat Darurat	24 Jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam
		3. Pemberi pelayanan Kegawat daruratan yang bersertifikasi yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS	100	98	98	99	100
		4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 Tim	1 tim	1 tim	1tim	1 tim
		5. Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	≤ 5 menit	≤ 5 menit	≤ 5 menit	≤ 5 menit	≤ 5 menit
		6. Kepuasan Pelanggan	80	83%	86%	88%	90%
		7. Kematian pasien< 24 Jam	≤ dua per seribu	≤ dua per seribu	≤ dua per seribu	≤ dua per seribu	≤ dua per seribu
		8. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayaruang muka	100	100	100	100	100
2	Pelayanan Rawat Jalan	1. Dokter pemberi pelayanan di poliklinik Spesialis	100	100	100	100	100
		2. Ketersediaan Pelayanan	Klinik Anak	Klinik Anak	Klinik Anak	Klinik Anak	Klinik Anak
			Klinik Penyakit dalam	Klinik Dalam	Klinik Dalam	Klinik Dalam	Klinik Dalam
			Klinik Kebidan an/Obgy n	Klinik Obgyn	Klinik Obgyn	Klinik Obgyn	Klinik Obgyn
			Klinik Bedah	Klinik Bedah	Klinik Bedah	Klinik Bedah	Klinik Bedah
		3. Ketersediaan pelayanan di RS Jiwa	NAPZA Gangguan Psikotik Gangguan Neurotik Mental Retardasi Mental Organik	NAPZA Gangguan Psikotik Gangguan Neurotik Mental Retardasi Mental Organik	NAPZA Gangguan Psikotik Gangguan Neurotik Mental Retardasi Mental Organik	NAPZA Gangguan Psikotik Gangguan Neurotik Mental Retardasi Mental Organik	NAPZA Gangguan Psikotik Gangguan Neurotik Mental Retardasi Mental Organik

	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	CAPAIAN				
			2025	2026	2027	2028	2029
			target	target	target	target	target
1	2	3	4	5	6	7	8
			Lanjut usia	Lanjut usia	Lanjut usia	Lanjut usia	Lanjut usia
		4. Jam buka pelayanan	08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jumat : 08.00 - 11.00	07.30 s/d selesai Setiap hari kerja kecuali Jumat : 08.00 - 11.00	08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jumat : 08.00 - 11.00	08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jumat : 08.00 - 11.00	08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jumat : 08.00 - 11.00
		5. Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 60 menit	≤ 55 menit	≤ 50 menit	≤ 45 menit	≤ 40 menit
		6. Kepuasan pelanggan	80	83%	86%	88%	90%
		7. a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB	100%	100%	100%	100%	100%
		a. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	100%	100%	100%	100%	100%
3	**Pelayanan Rawat Inap**	1. Pemberi pelayanan Rawat Inap	a. dr. Spesialis b. Perawat minimal D III	a. Dokter Spesialis b. Perawat minimal pendidikan DIII	a. Dokter Spesialis b. Perawat minimal pendidikan DIII	a. Dokter Spesialis b. Perawat minimal pendidikan DIII	a. Dokter Spesialis b. Perawat minimal pendidikan DIII
		2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100	100	100	100	100
		3. Ketersediaan pelayanan rawat inap	a. Anak	a. Anak	a. Anak	a. Anak	a. Anak
			b. Dalam	b. Dalam	b. Dalam	b. Dalam	b. Dalam
			c. Kebidanan	c. Kebidanan	c. Kebidanan	c. Kebidanan	c. Kebidanan
			d. Bedah	d. Bedah	d. Bedah	d. Bedah	d. Bedah
		4. Jam visit dr Spesialis setiap hari kerja	08.00	08.00	08.00	08.00	08.00
			14.00	14.00	14.00	14.00	14.00
			setiap hari kerja	setiap hari kerja kecuali hari Sabtu 08.00-13.00	setiap hari kerja kecuali hari Sabtu 08.00-13.00	setiap hari kerja kecuali hari Sabtu 08.00-13.00	setiap hari kerja kecuali hari Sabtu 08.00-13.00

	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	CAPAIAN				
			2025	2026	2027	2028	2029
			target	target	target	target	target
1	2	3	4	5	6	7	8
		5. Kejadian infeksi paska Operasi	≤ 1,2 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %
		6. Kejadian infeksi Nosokomial	≤ 1,2 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %
		7. Tidak ada kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/ kematian	100%	100%	100%	100%	100%
		8. Kematian pasien > 48 jam	≤ 1,4 %	≤3,50%	≤3,00%	≤2,50%	≤1,50%
		9. Kejadian pulang paksa	≤ 2,5 %	≤2,24%	≤1,35%	≤1,30%	≤1,25%
		10. Kepuasan pelanggan	≥ 80%	≥83%	≥85%	≥87%	≥89%
		11. Rawat Inap TB:					
		a. Penegakan diagnosa TB melalui pemeriksaan mikropis TB	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %
		b. Terlaksana kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RumahSakit	≥ 70 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %
4	**Bedah Sentral**	1.Waktu tunggu operasi elektif	≤ 120 menit	≤112 menit	≤111menit	≤110 menit	≤109 menit
		2.Kejadian kematian dimeja operasi	0	0	0	0	0
		3.Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100%	100%	100%	100%
		4.Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%	100%	100%	100%
		5.Tidak adanya kejadiansalah tindakan pada operasi	100%	100%	100%	100%	100%
		6.Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelahoperasi	100%	100%	100%	100%	100%
		7. Komplikasi anastesi karena over dosis, reaksi anastesi, dan salahpenempatan anastesiendotracheal tube	≤ 1%	0,02%	0,02%	0,02%	0,01%
5	**Persalinan, Perinatologi (kecuali rumah sakit khusus di luar rumah Sakit Ibu dan Anak) dan KB**	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan					
		a. Perdarahan	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%
		b. Pre eklamsia	≤ 30%	≤ 30%	≤ 30%	≤ 30%	≤ 30%
		c. Sepsis	≤ 0,2%	≤ 0,2%	≤ 0,2%	≤ 0,2%	≤ 0,2%
		2. Pemberi Pelayanan persalinan normal	a. dr. Sp.OG	a. dr. Sp.OG	a. dr. Sp.OG	a. dr. Sp.OG	a. dr. Sp.OG

	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	CAPAIAN 2025 target	2026 target	2027 target	2028 target	2029 target
1	2	3	4	5	6	7	8
			b. dr. Umum terlatih	b. dr. Umum terlatih	b. dr. Umum terlatih	b. dr. Umum terlatih	b. dr. Umum terlatih
			c. Bidan	c. Bidan	c. Bidan	c. Bidan	c. Bidan
		3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK	Tim PONEK yang terlatih	Tim PONEK yang terlatih	Tim PONEK yang terlatih	Tim PONEK yang terlatih
		4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakanoperasi	a. dr. Sp.OG b. dr. Sp. A c. dr.Sp. An	a. dr. Sp.OG b. dr. Sp. A c. dr.Sp. An	a. dr. Sp.OG b. dr. Sp. A c. dr.Sp. An	a. dr. Sp.OG b. dr. Sp. A c. dr.Sp. An	a. dr. Sp.OG b. dr. Sp. A c. dr.Sp. An
		5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr - 2500 gr	95%	95%	95%	95%	95%
		6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	38%	36%	33%	33%	30%
		7. Keluarga berencana	100%	100%	100%	100%	100%
		a.Persentasi KB (MOW) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr. Sp.OG, dr.Sp.B, dr. umum terlatih	100%	100%	100%	100%	100%
		b.Persentase peserta KB mantap yang terdapat konsling KB mantap bidan terlatih	100%	100%	100%	100%	100%
		8. Kepuasan pelanggan	80%	83%	85%	87%	89%
6	**Pelayanan InstalasiRawat Intensif(ICU - ICCU)**	1.Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan dengan kasus yang sama ≤ 72 jam	1%	0,40%	0,30%	0,20%	0,10%
		2.Pembewrian pelayanan Unit Intensif	1. dokter anestesi yang ada di ruamham/ dokter jaga yang berpelatihan	a.dokter Sp.An dan dokter spesialis sesuai kasus yang ditangani	a.dokter Sp.An dan dokter spesialis sesuai kasus yang ditangani	a.dokter Sp.An dan dokter spesialis sesuai kasus yang ditangani	a.dokter Sp.An dan dokter spesialis sesuai kasus yang ditangani
			2. 100% perawat S1 Ners/D4	b.60% perawat minimal DIII dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara (D4)	b.60% perawat minimal DIII dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara (D4)	b.60% perawat minimal DIII dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara (D4)	b.60% perawat minimal DIII dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara (D4)

	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	CAPAIAN 2025 target	2026 target	2027 target	2028 target	2029 target
1	2	3	4	5	6	7	8
7	**Radiologi**	1.Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤2 jam	≤2 jam	≤2 jam	≤2 jam	≤2 jam
		2. Pelaksana ekspertisi	dr.Spesialis Radiologi	dr. Spesialis Radiologi	dr. Spesialis Radiologi	dr. Spesialis Radiologi	dr. Spesialis Radiologi
		3. Kejadian kegagalan pelayanan roentgen	≤2%	Max kerusakan foto ≤ 6 %	Max kerusakan foto ≤ 5 %	Max kerusakan foto ≤ 4 %	Max kerusakan foto ≤ 3 %
		4. Kepuasan pelanggan	≥85%	≥82%	≥83%	≥84%	≥85%
8	**Laboratorium Klinik**	1. Waktu tunggu hasil pelayanan Laboratorium	≤90 menit	≤82 menit	≤80 menit	≤78 menit	≤76 menit
		2. Pelaksana ekspertisi	dr. Spesialis Patologi Klinik	dr. Spesialis Patologi Klinik	dr. Spesialis Patologi Klinik	dr. Spesialis Patologi Klinik	dr. Spesialis Patologi Klinik
		3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan Laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%
		4. Kepuasan pelanggan	≥85%	≥82%	≥83%	≥84%	≥85%
9	**Rehabilitasi Medik**	1. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yangdirencanakan	≤20%	≤20%	≤18%	≤18%	≤18%
		2.Tidak adanya kesalahan tindakan Rehabilitasi Medik	100%	100%	100%	100%	100%
		3. Kepuasan Pelanggan	≥85%	≥82%	≥83%	≥84%	≥85%
10	**Farmasi**	1. Waktu tunggu pelayanan					
		- Obat Jadi	30 menit	23 menit	22 menit	21 menit	20 menit
		- Racikan	45 menit	26 menit	25 menit	24 menit	23 menit
		2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	99,96%	99,97%	99,98%	99,99%
		3. Kepuasan pelanggan	83%	83%	85%	87%	89%
		4. Penulisan resep sesuai formularium	100%	100%	100%	94%	95%
11	**Gizi**	1. Ketepatan waktu pemberianmakanan kepada pasien	100%	100%	100%	100%	100%
		2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	18%	19%	18%	17%	16%
		3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%	100%	100%	100%	100%
12	**Tranfusi Darah**	1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100%	100%	100%	100%	100%

	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	CAPAIAN 2025 target	2026 target	2027 target	2028 target	2029 target
1	2	3	4	5	6	7	8
		2. Kejadian reaksi transfusi	0	0	0	0	0
13	**Pelayanan Gakin**	1. Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke Rumah Sakit pada setiap unitpelayanan	100% terlayani	100% terlayani	100% terlayani	100% terlayani	100% terlayani
14	**Rekam Medik**	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	89%	83%	86%	89%	92%
		2. Kelengkapan informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	85%	87%	89%	90%	90%
		3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	12 menit	16 menit	14 menit	12 menit	10 menit
		4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	17 menit	20 menit	18 menit	16 menit	14 menit
15	**Pengelolaan Limbah**	1. Baku mutu limbah cair					
		a.BOD	a.BOD < 19 mg/l	a.BOD < 30 mg/l	a.BOD < 30 mg/l	a.BOD < 30 mg/l	a.BOD < 30 mg/l
		b.COD	b.COD < 80 mg/l	b.COD < 80 mg/l	b.COD < 80 mg/l	b.COD < 80 mg/l	b.COD < 80 mg/l
		c.TSS	c.TSS < 20 mg/l	c.TSS < 30 mg/l	c.TSS < 30 mg/l	c.TSS < 30 mg/l	c.TSS < 30 mg/l
		d.PH	d.PH 7-5	d.PH 6-9	d.PH 6-9	d.PH 6-9	d.PH 6-9
		2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100%	100%	100%	100%	100%
16	**Administrasi Manajemen**	1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan Direksi	100%	100%	100%	100%	100%
		2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100%	100%	100%	100%
		3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%	100%	100%	100%
		4. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%	100%	100%	100%	100%
		5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	36,43 %	36,43%	36,43%	36,43%	36,43%
		6. Cost recovery	≥ 80%	100%	100%	100%	100%

	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	CAPAIAN				
			2025	2026	2027	2028	2029
			target	target	target	target	target
1	2	3	4	5	6	7	8
		7.Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100%	100%	100%	100%
		8.Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap kurang dari 2 jam	≤ 1 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam
		9.Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakntan waktu	100%	100%	100%	100%	100%
17	**Ambulace /Kereta Jenazah**	1. Waktu Pelayanan ambulance /kereta jenazah	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam
		2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance / kereta jenazah di rumah sakit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit
		3. Respon time pelayanan ambulance oleh masyarakatyang membutuhkan	15 menit	15 menit	15 menit	15 menit	15 menit
18	**Pemulasaraan Jenazah**	1. Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaran jenazah	30 menit	30 menit	30 menit	30 menit	30 menit
19	**Pelayanan Pemeliharaan Sarana RumahSakit**	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	80%	80%	81%	82%	83%
		2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat	75%	85%	90%	95%	100%
		3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakandalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuankalibrasi	70%	100%	100%	100%	100%
20	**Pelayanan Laundry**	1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%	98%	100%	100%	100%
		2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%	98%	100%	100%	100%
21	**Pencegahan danPengendalian Infeksi (PPI)**	1. Ada anggota Tim PPI yang terlatih	85%	75%	80%	85%	90%
		2. Tersedia PAD di setiap Instalasi/ departemen	100%	100%	100%	100%	100%
		3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ HAI (Health Care Infection di RS (minimal 1 parameter	100%	100%	100%	100%	100%

BAB VII

PENUTUP

Renstra RSUD dr.Soehadi Prijonegoro Sragen tahun 2025-2029 telah disusun, sebagai panduan bagi RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen 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 dengan kaidah pelaksanaan sebagai berikut :

1. Seluruh komponen pada RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen dan seluruh pemangku kepentingan agar mendukung pencapaian target-target sebagaimana yang telah ditetapkan di dalam Renstra RSUD dr.Soehadi Prijonegoro Sragen Tahun 2025-2029;
2. Seluruh komponen pada RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen dan seluruh pemangku kepentingan agar melaksanakan program-program yang tercantum di dalam Renstra RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen Tahun 2025-2029 dengan sebaik-baiknya;
3. Renstra ini harus dijadikan pedoman dalam menyusun rencana kerja tahunan RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen selama periode Renstra.
4. Renstra ini harus dijadikan dasar evaluasi kinerja SKPD dan laporan pelaksanaan Renstra SKPD.
5. Untuk menjaga fleksibilitas namun tetap konsisten pada Visi RSUD dr.Soehadi Prijonegoro Sragen, Renstra ini dapat direvisi apabila terjadi perubahan kebijakan dimasa yang akan datang;
6. Rencana Srategis RSUD tahun 2025– 2029 memuat kajian strategis dan penetapan kebijakan strategis RSUD dr. Soehadi Prijonegoro untuk 5 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 di Rumah Sakit.

Sragen, September 2025
Direktur
RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen

dr. Joko Haryono, M.Kes
NIP. 19701124 200312 2 006