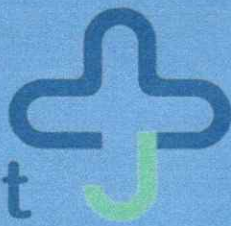


Rumah Sehat
untuk Jakarta



RSUD Pesanggrahan

LAPORAN TAHUNAN RSUD PESANGGRAHAN

TAHUN 2023

JALAN CENEK 1 NO. 1 RT 05 RW 03, JAKARTA SELATAN

TELP. 021 - 7356087 FAX. 021 7356085

EMAIL : RSUDPESANGGRAHAN@JAKARTA.GO.ID

KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan kehadirat Allah Subhanahuwata'ala karena atas rahmat dan karunia-Nya, Laporan Kinerja Tahunan Rumah Sakit Umum Daerah Pesanggrahan Tahun 2023 ini dapat terselesaikan. Laporan ini sebagai bahan evaluasi dan monitoring semua bagian dari perencanaan dan keuangan, Pelayanan dan penunjang dan Sarana dan Prasarana di RSUD Pesanggrahan. Dalam hal itu diharapkan dapat meningkatkan kinerja serta pelayanan kesehatan di lingkungan Rumah Sakit Umum Daerah Pesanggrahan.

Kami mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan laporan tahunan ini dan menyadari bahwa laporan kinerja tahunan ini masih banyak kekurangan, mohon kritik dan sarannya untuk perbaikan.

Jakarta, 3 Januari 2024
Direktur RSUD Pesanggrahan

The image shows a circular official stamp of the RSUD Pesanggrahan, DKI Jakarta. The stamp contains the text "PEMERINTAH PROVINSI DKI JAKARTA" at the top, "RSUD PESANGGRAHAN" in the center, and "DINAS KESEHATAN" at the bottom. Overlaid on the stamp is a handwritten signature in blue ink that reads "Didiet".

drg. Didiet Damayanti, MARS
NIP 196610031994012001

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	ii
DAFTAR TABEL	iii
DAFTAR GRAFIK.....	vii
DAFTAR GAMBAR.....	x
BAB I PENDAHULUAN	1
A. LATAR BELAKANG.....	1
B. MAKSUD DAN TUJUAN	1
C. RUANG LINGKUP.....	2
BAB II ANALISIS SITUASI AWAL TAHUN	3
A. HAMBATAN TAHUN LALU	3
B. KELEMBAGAAN.....	23
BAB III TUJUAN DAN SASARAN KERJA	64
A. DASAR HUKUM	64
B. TUJUAN, SASARAN DAN INDIKATOR.....	66
BAB IV TUJUAN DAN SASARAN KERJA.....	77
A. STRATEGI PENCAPAIAN TUJUAN DAN SASARAN ADMINISTRASI UMUM & KEUANGAN	77
B. STRATEGI PENCAPAIAN DAN SASARAN PELAYANAN MEDIK DAN KEPERAWATAN	78
C. STRATEGI PENCAPAIAN DAN SASARAN PENUNJANG	85
D. HAMBATAN	93
BAB V HASIL KERJA	106
A. PENCAPAIAN TARGET KINERJA BAGIAN UMUM & KEUANGAN	106
B. PENCAPAIAN TARGET KINERJA BAGIAN PELAYANAN MEDIK.....	128
C. PENCAPAIAN TARGET PELAYANAN PENUNJANG MEDIS	190
BAB VI PENUTUP	247
A. KESIMPULAN	247
1. Bagian Administrasi Umum dan Keuangan.....	247
2. Bidang Pelayanan Medis dan Keperawatan	248
3. Bidang Pelayanan Penunjang	252
B. REKOMENDASI	255
C. SARAN.....	257

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Masalah / Kendala Bagian Diklat	11
Tabel 2. Masalah/Kendala Data dan Hukum	11
Tabel 3. Masalah/Kendala Humas	14
Tabel 4. Masalah/Kendala Kepegawaian	15
Tabel 5. Hambatan Pelayanan Medik	16
Tabel 6. Hambatan Instalasi Farmasi.....	18
Tabel 7. Hambatan Instalasi Penunjang non Medik.....	22
Tabel 8. Data Pegawai Tahun 2022 - 2023	29
Tabel 9. Dokter Spesialis RSUD Pesanggrahan	36
Tabel 10. Jadwal Poliklinik Rajal Spesialis	37
Tabel 11. Data Pegawai yang Pensiun pada Tahun 2023	39
Tabel 12. Data Pegawai yang Mengundurkan Diri pada Tahun 2023	39
Tabel 13. Daftar ruangan lantai 1 s.d 4.....	42
Tabel 14. Ruang Perawatan	48
Tabel 15. Sarana di Ruang HCU dan ICU.....	51
Tabel 16. Hardware IT di RSUD Pesanggrahan	54
Tabel 17. Layanan sistem Khanza.....	55
Tabel 18. Rekapitulasi jumlah aset RSUD Pesanggrahan	61
Tabel 19. Data persediaan di RSUD Pesanggrahan	61
Tabel 20. Belanja APBD 2023	62
Tabel 21. Belanja BLUD 2023	62
Tabel 22. Perubahan APBD 2023	62
Tabel 23. Perubahan BLUD 2023.....	63
Tabel 24. Rekapitulasi Program Anggaran / Kegiatan Tahun 2023.....	63
Tabel 25. Sasaran Indikator Kinerja dan Kegiatan Bagian Kepegawaian ...	66
Tabel 26. Target Indikator Keuangan	69
Tabel 27. Indikator Mutu Nasional.....	69
Tabel 28. Indikator Mutu Prioritas	70
Tabel 29. Indikator Mutu Unit	70
Tabel 30. Unit Pendukung Layanan Keperawatan	72
Tabel 31. Indikator Mutu Nasional.....	74
Tabel 32. Indikator Mutu Prioritas Penunjang.....	74
Tabel 33. Indikator Mutu Unit	75
Tabel 34. Tujuan, Sasaran dan Strategi Bagian Administrasi Umum dan Keuangan	77
Tabel 35. Tujuan, Sasaran, Strategi Unit IGD	78
Tabel 36. Tujuan, Sasaran, Strategi Unit Rajal.....	79
Tabel 37. Tujuan, Sasaran, Strategi Unit Ranap	81
Tabel 38. Tujuan, Sasaran, Strategi Unit ICU dan Isolasi.....	82

Tabel 39. Tujuan, Sasaran, Strategi Unit Kamar Operasi	83
Tabel 40. Tujuan, Sasaran, Strategi Unit Perinatologi	84
Tabel 41. Program Kerja Unit Farmasi	85
Tabel 42. Tujuan, Sasaran, Strategi Unit Penunjang Medis	86
Tabel 43. Tujuan, Sasaran, Strategi Unit Penunjang Non Medis	88
Tabel 44. Rencana Kerja Penunjang Non Medik 2023.....	89
Tabel 45. Hambatan Ketenagaan, Bed dan BOR.....	94
Tabel 46. Hambatan Lainnya Pelayanan	95
Tabel 47. Tabel Capaian Mutu Kepegawaian	107
Tabel 48. Pencapaian target anggaran dengan realisasi belanja	111
Tabel 49. Target pendapatan dan realisasi Tahun 2023	112
Tabel 50. Anggaran APBD dan BLUD Tahun 2019 -2023	114
Tabel 51. Neraca Audited 2023	115
Tabel 52. Laporan Operasional	116
Tabel 53. Laporan Arus Kas.....	118
Tabel 54. Laporan Perubahan Ekuitas	121
Tabel 55. Laporan Realisasi Anggaran.....	122
Tabel 56. Laporan Realisasi Penerimaan Pendapatan TA 2023	124
Tabel 57. Pendapatan BLUD RSUD Pesanggrahan Tahun 2023.....	125
Tabel 58. Piutang RSUD Pesanggrahan Tahun 2022	126
Tabel 59. Capaian Indikator dan Bobot Rasio Keuangan BLUD	126
Tabel 60. Daftar Indikator dan Bobot Aspek Kepatuhan BLUD	127
Tabel 61. Kunjungan pasien IGD	128
Tabel 62. Rumah Sakit penerima Rujukan 10 Diagnosa Terbanyak dari IGD.....	131
Tabel 63. Layanan Rajal	134
Tabel 64. Kunjungan Pasien Rawat Jalan Poli Spesialis	137
Tabel 65. Jumlah pasien masuk dan pasien keluar dari Ruang Rawat Inap	144
Tabel 66. Indikator Pelayanan Rawat Inap BOR, ALOS, TOI,tahun 2023	147
Tabel 67. 10 Diagnosa terbanyak pasien Rawat Inap	150
Tabel 68. Jumlah dan Jenis pasien keluar dari Ruang Rawat Inap	150
Tabel 69. Alasan Pulang Pasien APS dari Rawat Inap.....	151
Tabel 70. Jumlah Pasien Perina Berdasarkan Status Keluar Pasien Tahun 2023.....	156
Tabel 71. Jumlah Bayi Lahir dari Ibu dengan HbsAg (+) /Sifilis/HIV.....	156
Tabel 72. Jumlah pasien PCU berdasarkan status keluar pasien	161
Tabel 73. Jumlah Pasien ICU dan HCU Berdasarkan Cara Keluar Pasien	165
Tabel 74. Jumlah Rujukan Pasien ICU dan HCU	165

Tabel 75. Tabel Indikator Mutu Nasional	175
Tabel 76. Indikator Mutu Prioritas	176
Tabel 77. Indikator Mutu Unit Layanan	177
Tabel 78. Layanan Unggulan RSUD Pesanggrahan 2023	185
Tabel 79. Persiapan Ruang Rawat Inap Standar KRIS Tahun 2023	188
Tabel 80. Tabel Pengeluaran APD	193
Tabel 81. Obat Death Stock	194
Tabel 82. Obat dengan ED dekat	194
Tabel 83. Pelaksanaan Farmasi Klinis	195
Tabel 84. Klaim BPJS	197
Tabel 85. Pendapatan klaim BPJS Pasien Kronis 2020-2023	197
Tabel 86. Jumlah Pemeriksaan Laboratorium Jenis Pembayaran	198
Tabel 87. Jenis Pelayanan Pemeriksaan oleh Unit Laboratorium	199
Tabel 88. Jumlah Permintaan Produk Darah/ Komponen Darah	200
Tabel 89. Jumlah Pemeriksaan Radiologi RSUD Tahun 2023	202
Tabel 90. Jenis Pemeriksaan Radiologi RSUD Pesanggrahan	203
Tabel 91. Jumlah Kunjungan Pasien Unit Fisioterapi Tahun 2023	204
Tabel 92. Jumlah Tindakan Terapi pasien Rawat Jalan Tahun 2023	205
Tabel 93. Jumlah Pendaftaran Pasien Tahun 2023	207
Tabel 94. Jumlah Kunjungan Pasien Berdasarkan Cara Pembayaran	207
Tabel 95. Kelengkapan Pengisian Formulir Unit Rawat Inap	208
Tabel 96. Kelengkapan Pengisian Formulir Unit Rawat Jalan	209
Tabel 97. Kelengkapan Pengisian Formulir Unit Gawat Darurat (UGD)	209
Tabel 98. Hasil Pemeriksaan Air Limbah	219
Tabel 99. Hasil Pemeriksaan Lab Air Bersih (Semester 1)	220
Tabel 100. Hasil Pemeriksaan Lab Air Bersih (Semester 2)	222
Tabel 101. Hasil Pemeriksaan Lab Air Minum (Semester 1)	223
Tabel 102. Hasil Pemeriksaan Lab Air Minum (Semester 2)	223
Tabel 103. Hasil Pemeriksaan Uji Emisi Genset (Semester 1)	224
Tabel 104. Hasil Pemeriksaan Uji Emisi Genset (Semester 2)	224
Tabel 105. Hasil Pemeriksaan KUDR (Semester 1)	225
Tabel 106. Hasil Pemeriksaan KUDR (Semester 2)	225
Tabel 107. Hasil Pemeriksaan Mikrobiologi Udara (Semester 1)	225
Tabel 108. Hasil Pemeriksaan Mikrobiologi Udara (Semester 2)	227
Tabel 109. Hasil Pemeriksaan Lab Tenaga Penjamah	230
Tabel 110. Hasil Pemeriksaan Lab Tenaga Penjamah	231
Tabel 111. Hasil Pemeriksaan Swab Lab Instrumen	232
Tabel 112. Hasil Pemeriksaan Swab Lab Instrumen	233
Tabel 113. Rekapitulasi Pemantauan Pest Control	234
Tabel 114. Daftar / Risk Register Unit Skala Prioritas	235

Tabel 115. Vaksinasi Hepatitis B Pada Pegawai.....	236
Tabel 116. Jumlah Pasien Meninggal.....	240
Tabel 117. Hasil Capaian Indikator Mutu Unit Farmasi Tahun 2023.....	240
Tabel 118. Capaian Indikator Mutu Unit Laboratorium 2023.....	242
Tabel 119. Capaian Indikator Mutu Unit Radiologi Tahun 2023.....	242
Tabel 120. Capaian Indikator Mutu Unit Fisioterapi.....	242
Tabel 121. Capaian Indikator Mutu Unit Rekam Medis.....	242
Tabel 122. Capaian Indikator Mutu Unit Gizi dan Pengolahan Pangan...	244
Tabel 123. Indikator Mutu Penunjang Non Medik.....	244
Tabel 124. Pendapatan klaim obat kronis.....	246

DAFTAR GRAFIK

Grafik 2.1. Data Kunjungan Rajal 2023.....	59
Grafik 5 1. Komposisi Anggaran APBD & BLUD 2019 - 2023	114
Grafik 5.2. Triase IGD	129
Grafik 5.3. DOA dan DOE Tahun 2023.....	129
Grafik 5.4. 10 Diagnosa Terbanyak IGD	130
Grafik 5.5. Diagnosa Rujukan Keluar dari IGD sepanjang tahun 2023 .	130
Grafik 5.6. Triase kunjungan Pasien di IGD PONEK	131
Grafik 5.7. Diagnosa terbanyak kasus emergensi di IGD PONEK	132
Grafik 5.8. Tindakan emergency (triase merah) tahun 2023 di IGD PONEK RSUD Pesanggrahan	132
Grafik 5.9. Cara Pasien keluar dari IGD PONEK	133
Grafik 5.10. Kunjungan Pasien IGD Periode Tahun 2019- 2023.....	134
Grafik 5.11. Kunjungan Pasien Rawat Jalan berdasarkan jenis pasien lama dan baru	135
Grafik 5.12. Cara Bayar Kunjungan Pasien Rawat Jalan	135
Grafik 5.13. Penyakit Terbanyak Instalasi Rawat Jalan	139
Grafik 5.14. Dokter Spesialis dengan Kunjungan Pasien Rajalterbanyak	140
Grafik 5.15. Kunjungan Pasien Rawat Jalan Poli (MCU).....	140
Grafik 5.16. Kunjungan Pasien Rawat Jalan Poli Umum.....	141
Grafik 5.17. Kunjungan Pasien Rawat Jalan Poli Amani	141
Grafik 5 18. Kunjungan Pasien Rawat Jalan Poli TB-DOTS.....	142
Grafik 5.19. Kunjungan Pasien Rawat Jalan Poli Vaksin.....	143
Grafik 5.20. Kunjungan Pasien di Instalasi Rawat Jalan Periode Tahun 2019 s.d 2023.....	144
Grafik 5 21. Pasien Instalasi Rawat Inap	145
Grafik 5.22. Cara masuk pasien ke Instalasi Rawat Inap	146
Grafik 5.23. Penjaminan biaya Pasien di Instalasi Rawat Inap	146
Grafik 5 24. BOR dan ALOS per ruangan di Rawat Inap	148
Grafik 5 25. Pasien Rawat Inap Berdasarkan Spesialisasi Pada Ruang Rawat Inap	149
Grafik 5 26. Proporsi pasien rawat inap per dokter spesialis.....	149
Grafik 5 27. 10 Rumah Sakit Rujukan terbanyak Instalasi Rawat Inap...	152
Grafik 5 28. Kunjungan Rawat Inap Periode Tahun 2019 s.d 2023	152
Grafik 5 29. Jumlah Kunjungan Pasien Perina Pada Tahun 2023	153
Grafik 5 30. Jumlah Kunjungan Pasien Perina Berdasarkan Cara Pembayaran Pasien.....	153
Grafik 5 31. Jumlah Pasien Perina Berdasarkan Cara Masuk Bayi Lahir SC masuk dari OK	154
Grafik 5 32. Jumlah Pasien Perina Berdasarkan Cara Masuk Bayi Lahir SC masuk dari OK	155
Grafik 5 33. Jumlah Pasien Perina Berdasarkan Cara Masuk Pasien dari Igd/Poli/Ranap.....	155
Grafik 5.34. Jumlah Data Rujukan Pasien Perina ke RS Rujukan / RS Lain pada Tahun 2023	157
Grafik 5.35. Jumlah Rujukan Menggunakan Ambulance RS / AGD.....	157
Grafik 5 36. 10 Diagnosa Terbanyak pada Unit Perina.....	158

Grafik 5.37. BOR Unit Perina pada Tahun 2023	158
Grafik 5.38. LOS Unit Perina pada Tahun 2023.....	159
Grafik 5.39. Kunjungan Pasien Perina periode tahun 2019 s.d 2023	159
Grafik 5.40. Jumlah Kunjungan Pasien PICU Tahun 2023	160
Grafik 5.41. Jumlah pasien PICU berdasarkan cara pembayaran Tahun 2023	160
Grafik 5.42. Persentase BOR PICU pada Tahun 2023	161
Grafik 5.43. Jumlah Average Length Of Stay (LOS) PICU pada Tahun 2023 161	161
Grafik 5.44. Jumlah Diagnosa Terbanyak PICU pada Tahun 2023.....	162
Grafik 5.45. Jumlah Kunjungan Pasien ICU (Isolasi dan Non Isolasi) dan HCU	162
Grafik 5.46. Perbandingan Jumlah Pasien ICU (Isolasi dan Non Isolasi) dan HCU	163
Grafik 5.47. Perbandingan pasien ICU (Isolasi dan Non Isolasi) dan HCU Periode tahun 2019 s.d 2023	164
Grafik 5.48. Jumlah Kunjungan Pasien ICU (Isolasi dan Non Isolasi) dan HCU Berdasarkan Cara Pembayaran Pasien	164
Grafik 5.49. Rujukan Dengan Menggunakan Ambulance RS atau Ambulance AGD pada	166
Grafik 5.50. Diagnosa Terbanyak pada Unit ICU (Isolasi dan Non Isolasi) dan HCU.....	167
Grafik 5.51. BOR Unit ICU Non Isolasi	167
Grafik 5.52. BOR Unit ICU Isolasi.....	168
Grafik 5.53. BOR Unit HCU.....	168
Grafik 5.54. LOS pada Unit ICU (Isolasi dan Non Isolasi) dan Unit HCU	169
Grafik 5.55. 10 Tindakan Operasi Terbanyak	169
Grafik 5.56. Tindakan Operasi Berdasarkan Cara Pembayaran Pasien ...	170
Grafik 5.57. Jumlah Tindakan Operasi periode Tahun 2019 s.d 2023 ...	170
Grafik 5.58. Tindakan Operasi Berdasarkan Spesialisasi Periode Tahun 2019 s.d 2023 di Unit Kamar Bedah RSUD Pesanggrahan ...	171
Grafik 5.59. Tindakan Operasi Berdasarkan Nama Dokter Spesialis	171
Grafik 5.60. Jumlah Tindakan anastesi Dokter Spesialis Anastesi	172
Grafik 5.61. Jumlah Tindakan Anastesi Berdasarkan Jenis Anastesi.....	172
Grafik 5.62. Jumlah Tindakan Operasi Berdasarkan Jenis Tindakan Operasi.....	173
Grafik 5.63. Jumlah Tindakan Operasi Berdasarkan Jenis Kelamin.	173
Grafik 5.64. Jumlah Tindakan Operasi Berdasarkan Usia Pasien	174
Grafik 5.65. Grafik Kunjungan Resep Instalasi Farmasi	190
Grafik 5.66. Daftar Obat Oral Fast Moving	191
Grafik 5.67. Daftar Obat Fast Moving Parenteral	192
Grafik 5.68. Daftar Obat Oral dan Topikal Slow Moving Parenteral	192
Grafik 5.69. Daftar Obat Parenteral Slow Moving Parenteral	193
Grafik 5.70. Pelaksanaan Farmasi klinis 2020 - 2023.....	196
Grafik 5.71. Kunjungan Pasien Kronis.....	196
Grafik 5.72. Grafik Timbangan Linen	212
Grafik 5.73. Grafik Perbandingan Timbangan Linen	212

Grafik 5.74. Grafik Kunjungan Unit ke CSSD	214
Grafik 5.75. Grafik Jumlah Sterilisasi Instrumen	214
Grafik 5.76. Grafik Perbandingan jumlah sterilisasi instrumen.....	215
Grafik 5.77. Grafik Jumlah Pemeliharaan Alat Kesehatan	216
Grafik 5.78. Grafik Jumlah Kalibrasi Alat Kesehatan.....	216
Grafik 5.79. Grafik Jumlah Perbaikan Alat Kesehatan.....	217
Grafik 5.80. Grafik Jumlah Timbulan Limbah Medis B3	217
Grafik 5.81. Grafik Perbandingan Jumlah Limbah Medis B3	218
Grafik 5.82. Grafik Jumlah Debit Air Limbah	218
Grafik 5.83. Grafik Perbandingan Jumlah Debit Air Limbah.....	219
Grafik 5.84. Jumlah Pemakaian Air Bersih.....	220
Grafik 5.85. Grafik Perbandingan Jumlah Debit Air Bersih.....	220

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1. STRUKTUR ORGANISASI RSUD PESANGGRAHAN	27
Gambar 2. 2. Tampak Depan RSUD Pesanggrahan	41
Gambar 2. 3. Ruang yang mengalami perbaikan tahun 2023	44
Gambar 2. 4. Ruangan Pendaftaran dan lobby antrian pasien	46
Gambar 2. 5. Ruang Farmasi.....	46
Gambar 2. 6. Ruang Petugas Keamanan (POS Security)	47
Gambar 2. 7. Perbaikan Vertical Garden RSUD.....	48
Gambar 2. 8. Perkembangan Pelayanan Rawat Inap	50
Gambar 2. 9. TPS	52
Gambar 2. 10. Kendaraan Ambulance dan Operasional	53
Gambar 2. 11. Bed Kelas 3	59
Gambar 2. 12. Bed HCU	59
Gambar 2. 13. Bed Perina.....	59
Gambar 2. 14. Bed ICU.....	60
Gambar 2. 15. Bed NICU	60
Gambar 2. 16. Bed PICU.....	60
Gambar 2. 17. Bed Isolasi Tanpa Tekanan Negatif	60
Gambar 5. 1. Spanduk Kawasan Dilarang Merokok (KDM).....	237
Gambar 5. 2. Denah Lantai RSUD	238
Gambar 5. 3. Pemenuhan persyaratan Rekomendasi Kebakaran.....	239

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Rumah Sakit Umum Daerah Pesanggrahan adalah Rumah Sakit Pemerintah Provinsi DKI Jakarta yang mempunyai tugas dan kewajiban untuk membantu pemerintah Provinsi DKI Jakarta dalam membangun kesehatan masyarakat di DKI Jakarta. Dalam mendukung pembangunan kesehatan rumah sakit melaksanakan tugas dan fungsinya sebagai institusi pelayanan kesehatan memiliki kegiatan administrasi manajemen yang dimulai dengan perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, sampai dengan evaluasi kegiatan. Untuk melaksanakan kegiatan evaluasi perlu dibuat laporan dari seluruh kegiatan yang telah dilaksanakan di RSUD Pesanggrahan selama 1 Tahun, laporan ini merupakan alat pertanggung jawaban serta memberikan gambaran terhadap trend pelaksanaan kegiatan atau kinerja RSUD Pesanggrahan selama 1 Tahun. Dengan demikian pada akhir tahun anggaran, rumah sakit harus menyusun suatu laporan tahunan dalam bentuk buku yang disusun secara lengkap dan sistematis yang berisikan hasil kinerja semua unit yang ada di RSUD Pesanggrahan.

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Pesanggrahan merupakan Rumah Sakit milik Pemerintah Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta. Rumah Sakit Umum Daerah Pesanggrahan beralamat di Jalan Cenek I No 1 Kelurahan Pesanggrahan, Kecamatan Pesanggrahan , Kota Administrasi Jakarta Selatan.

Dari aspek akreditasi, RSUD Pesanggrahan mendapat sertifikat akreditasi RS Pratama pada tahun 2016, tersertifikasi Akreditasi Paripurna tahun 2019 dan terakhir ditahun 2022 tersertifikasi Akreditasi Paripurna

Tahun 2019 sesuai SK Gubernur Nomor 1677 tahun 2019 tertanggal 6 Desember 2019 RSUD Pesanggrahan ditetapkan sebagai rumah sakit umum kelas C.

B. MAKSUD DAN TUJUAN

Maksud dari pembuatan laporan tahunan ini adalah agar RSUD Pesanggrahan mempunyai suatu alat pertanggung jawaban yang dibuat dalam bentuk Laporan Tahunan Tahun 2023.

Tujuan umum dari pembuatan laporan tahunan ini adalah untuk

mendapatkan gambaran tentang keadaan kesehatan di Wilayah Kecamatan Pesanggrahan dan kinerja RSUD Pesanggrahan selama tahun 2023. Laporan tahunan ini dapat digunakan untuk melihat realisasi berupa gambaran kinerja pelayanan per unit kinerja dan dapat menjadi bahan masukan dalam penyusunan perencanaan untuk tahun berikutnya.

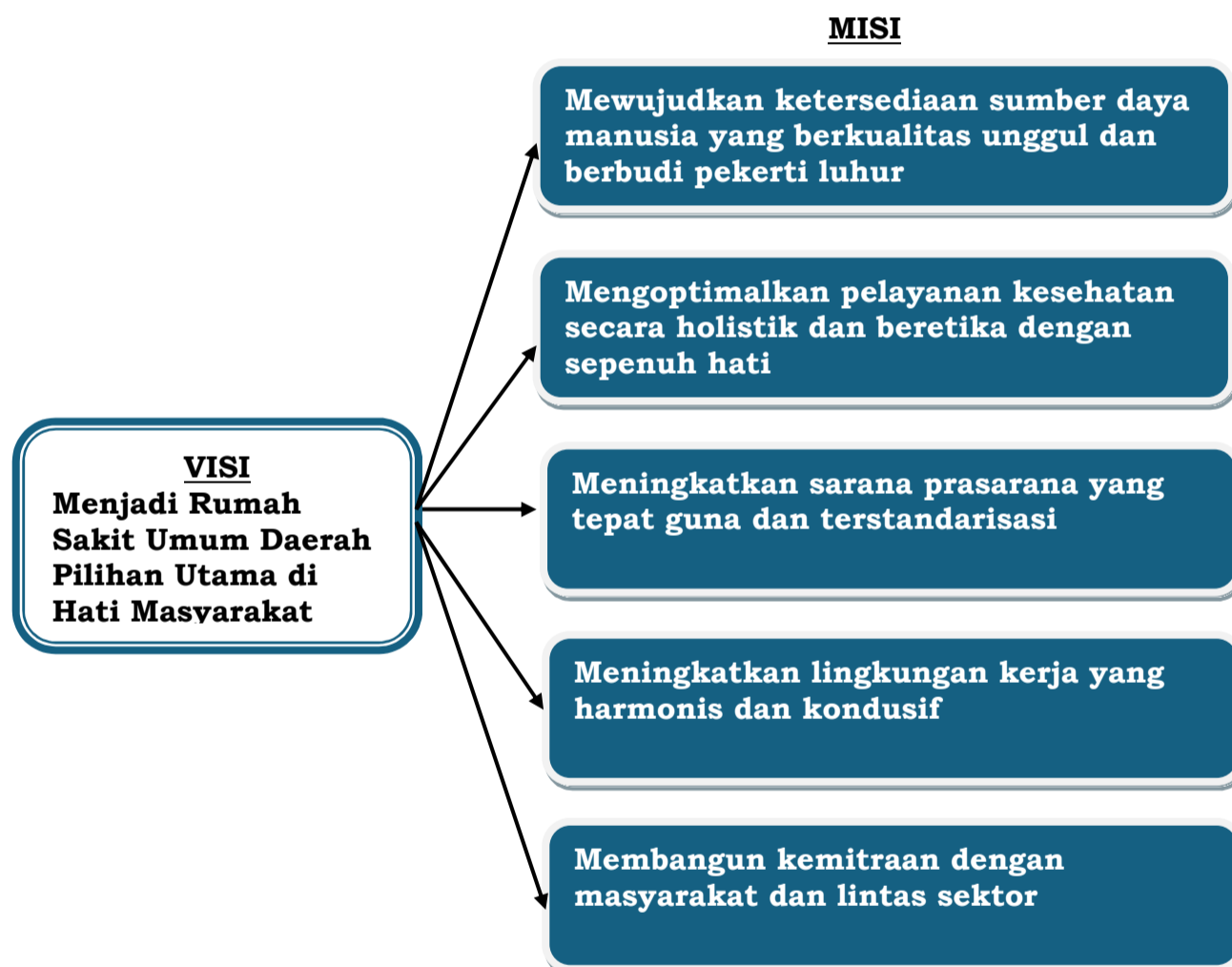
C. RUANG LINGKUP

Laporan tahunan ini menyajikan data-data kinerja selama satu tahun dari berbagai aktifitas unit kerja di lingkungan RSUD Pesanggrahan yang meliputi :

- Analisis Situasi Awal Tahun
- Tujuan dan Sasaran Kerja
- Strategi Pelaksanaan
- Hasil Kerja

D. VISI DAN MISI

Dalam melaksanakan kinerja dan kegiatan pelayanan, RSUD Pesanggrahan memiliki visi dan misi sebagai berikut :



BAB II
ANALISIS SITUASI AWAL TAHUN

A. HAMBATAN TAHUN LALU

a. Bagian Administrasi Umum dan Keuangan

Hambatan yang ditemukan di bagian Administrasi Umum dan Keuangan dalam menjalankan Tugas Pokok dan fungsinya pada tahun 2023 yang masih perlu ditindaklanjuti pada tahun 2024 ini adalah sebagai berikut :

- **Keuangan dan perencanaan**

a) Perencanaan :

Permasalahan	Analisa Masalah	Rencana Pemecahan Masalah	Rekomendasi / Unit Terkait
Masih ada unit / bagian yang belum mengajukan permintaan kebutuhan RKBU	Penanggung jawab kegiatan masih belum melibatkan setiap unit dalam pengajuan permintaan kebutuhan	✓ Melakukan sosialisasi pengumpulan usulan RKBU , untuk memudahkan pengusulan dari unit di buatkan dalam google drive yang diberikan batasan waktu pengumpulan dan setiap PJ melakukan rekapan data RKBU dan melaporkan keatasan langsung	✓ Sosialisasi ke semua bagian yang ada (KSP, Koin, Kain , Karu, PJ Program & Kegiatan)
Tidak melakukan analisa terhadap usulan kebutuhan yang benar-benar dibutuhkan dalam penyusunan RKPBU/RKBU	Unit masih kurang memahami dalam menentukan kebutuhan yang benar-benar diperlukan dan yang masih dapat ditunda	✓ Melakukan permintaan analisa kebutuhan dari masing-masing unit terkait RKPBU/RKBU	✓ Rekomendasi : Melakukan stok opname secara berkala. mencatat dan membuat evaluasi terhadap kebutuhan
Terkendala dalam pendataan	Unit masih belum	✓ Berkoordinasi kepada setiap	✓ Kondinasi dengan PJ program , PPTK ,

serapan secara real time dari pelaksanaan kegiatan	mengetahui secara pasti pelaksanaan yang nantinya akan direalisasikan DPA dan RBA	pelaksanaan kegiatan untuk dapat menginput detail dari setiap belanja yang diusulkan dan mengupdate Kembali nilai harga sesuai dengan realisasi belanja	PPK dan PBJ
Terdapat nilai sisa mati yang masih 8 %	Kurang memahami perhitungan dalam perencanaan permintaan anggaran	✓ Melakukan sosialisasi cara perencanaan dan perhitungan serta kordinasi dengan unit terkait untuk melakukan perhitungan dengan lebih cermat. terutama saat adanya perubahan anggaran.	✓ Sosialisasi ke semua bagian yang ada (KSP, Koin, Kain , Karu, PJ Program & Kegiatan)

b) Bendahara penerimaan :

Permasalahan	Analisa Masalah	Rencana Pemecahan Masalah	Rekomendasi / RTL
Tidak tersedianya uang receh untuk pengembalian pembayaran pasien	Memperlambat penyetoran ke bank	✓ Menyiapkan uang receh untuk memperlancar setoran ke bank dki	✓ Koordinasi ke pihak Bank untuk menyiapkan tukeran recehan
Mesin EDC bank DKI jika pagi hari sering bermasalah / tidak bisa digunakan	Jaringan dari Bank DKI sering bermasalah	✓ Transaksi pasien menggunakan mesin EDC yang ada selain bank DKI	✓ Koordinasi dengan Bank DKI

c) Kasir :

Permasalahan	Analisa Masalah	Rencana Pemecahan Masalah	Rekomendasi / RTL
Masih terdapat pasien yang tidak membayar	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Adanya dua status pasien (umum dan BPJS), sehingga sulit melakukan monitoring ✓ Kurangnya edukasi dari perawat untuk melakukan pembayaran 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mengedukasi ke pasien tentang cara penggunaan BPJS Kesehatan ✓ Dibuatkan Alur Pembayaran Pasien UMUM bisa dengan Banner atau Video (sdh di TL) ✓ Melakukan Notifikasi pada sistem jika ada pasien yg belum melakukan pembayaran. menghubungi pasien langsung 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Koordinasi dengan IT, loket , humas
Tagihan / Billing Pasien BPJS Rajal pending tercetak	Ketidakkonsistenan perawat dalam memberikan berkas klaim ke kasir	Dilakukan Bridging sistem BPJS Kesehatan dengan sistem rumah sakit	Koordinasi dengan Progremer.,IT, loket

d) Bendahara Pengeluaran APBD:

Permasalahan	Analisa Masalah	Rencana Pemecahan Masalah	Rekomendasi / Pihak terkait
SPJ yang kurang lengkap sehingga memperlambat proses pembayaran	Kurang informasi terhadap kelengkapan dokumen SPJ dari bagian keuangan atau PBJ ke pihak ke 3	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Koordinasi yang lebih intens dengan Pengadaan dan PPTK untuk kelengkapan SPJ ✓ Sosialisasi tentang kelengkapan SPJ sesuai dengan ceklist persyaratan dari kasda selatan 	Kondinasi dengan PJ program , PPTK , PPK, PBJ dan Perencana
Sistem CMS Bank DKI yang sering error	Sistem dari bank DKI yang <i>terkoneksi</i> dengan sistem BPKD	Koordinasi dengan PIC Bank DKI bila terjadi masalah	Koordinasi dengan PIC Bank DKI bila terjadi masalah
Kurangnya	Lemari arsip dan	Membuat usulan	Koordinasi

tempat penyimpanan SPJ	ruangan untuk Gudang khusus dokumen (keuangan) belum ada	perencanaan kebutuhan ruangan / lemari penyimpanan dokumen keuangan untuk dokumen aktif (5 thn) yang mudah dijangkau dan bisa disusun tertata rapih	dengan perencanaan
Proses pembayaran LS membutuhkan waktu penyelesaian	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Butuh waktu untuk mengantar SPM ✓ Revisi berkas jika ada salah (hrs bolak-balik ke kasda) ✓ SPJ harus melewati verifikator kasda sehingga tidak bisa langsung dibayarkan 	Dokumen harus sesuai dengan ceklist permintaan kasda. Dan di selesaikan tepat waktu sesuai dengan jadwal pelaksanaan kegiatan	Koordinasi dengan PJ program , PPTK , PPK, PBJ dan Perencana
Sistem tagihan belanja yang belum berjalan sesuai dengan SOP sehingga sulit untuk melihat potensi hutang diakhir tahun	Belum ada sosialisasi untuk membicarakan sistem secara terpadu	Sosialisasi sistem tagihan belanja sesuai dengan SOP (PPTK, verifikator dan bendahara)	Koordinasi PPTK , Verifikator
Proses pengajuan SPM dan pembayaran yang mengikuti arahan dari BPKD harus sesuai target	Proses menunggu arahan, Pemberitahuan via grup wa yang sering limit waktunya	Koordinasi dengan pihak2 terkait	Koordinasi Kasda , BPKD
Sistem SIPDDKI yang terkendala masalah	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Jaringan internet internal ✓ Perbaiki sistem SIPDDKI ✓ Gagal koneksi ke CMS bank DKI sistem pajak djponline 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Wifi internet yang kuat signalnya untuk mempercepat pekerjaan ✓ Koordinasi dengan bagian updi tentang masalah sistem aplikasi sipddki 	Koordinasi Kasda , BPKD

e) Bendahara Pengeluaran BLUD:

Permasalahan	Analisa Masalah	Rencana Pemecahan Masalah	Rekomendasi /Pihak terkait
SPJ yang kurang lengkap sehingga memperlambat proses pembayaran	Kurang informasi terhadap kelengkapan dokumen SPJ dari bagian keuangan atau PBJ ke pihak ke 3	✓ Membuat list catatan yang dibutuhkan untuk kelengkapan SPJ dan dilakukan sosialisasi kepada unit terkait	✓ Koordinasi dengan PJ program , PPTK , PPK, PBJ dan Perencana
Sistem CMS yang kurang simple sehingga untuk download bukti bayar pajak terkadang menghabiskan waktu sehari	Sistem dari bank DKI yang cukup sulit untuk diberi masukan (sudah beberapa kali memberi masukan belum ada perubahan / perbaikan)	✓ Memberi masukan kepada Bank DKI saat ada pengisian angket untuk perbaikan sistem. Koordinasi terus dengan PIC bank DKI agar proses pembayaran lebih lancar	✓ Membuat laporan tertulis terkait permasalahan CMS ke Bank DKI (Bersurat)
Kurangnya tempat menyimpan SPJ yang sedang diproses kurang sehingga ruang keuangan sulit untuk dilakukan 5R	Kurang ruangan untuk Gudang khusus dokumen (keuangan, tata usaha, sdm)	✓ Proses penatausahaan SPJ lebih dipercepat lagi , buat alur untuk pengelolaan SPJ sehingga target 1 bulan SPJ selesai dapat terlaksana	✓ Koordinasi : PJ, PPTK , PPK , PBJ dan verifikator
Banyaknya pembayaran di akhir tahun (terkesan menumpuk di akhir tahun)	Kurang komitmen terhadap DPA, RBA dan SPS yang sudah ditetapkan. Serta koordinasi antara PJ, PPTK, PPK dan PBJ yang kurang berjalan dengan baik.	✓ Melakukan sosialisasi, koordinasi dan rapat pertemuan secara berkala / monev terhadap pelaksanaan anggaran yang ada di DPA/RBA sesuai dengan target SPS	✓ Koordinasi : PJ, PPTK , PPK , PBJ dan verifikator
Pengecekan data belanja dengan yang telah direncanakan masih dilakukan secara manual	✓ Belum ada sistem terintegrasi mulai dari Perencanaan – Pengadaan	✓ Mengusulkan pembuatan Sistem terintegrasi mulai dari Perencanaan – Pengadaan -	✓ Koordinasi : Programmer , IT, Perencana, pengadaan

7

	✓ SDM Programmer dan waktu pekerjaan masih di prioritaskan pada pelayanan	Pembayaran	dan keuangan
--	---	------------	--------------

f) Casemix :

- Masih adanya ketidaklengkapan administrasi (SEP, Billing, dll)
- Ketidaklengkapan Resume Medis (oleh DPJP)
- Merge data scan (Merge Pdf Grooper dengan data klaim) memperlamba proses kerja di casemix (permintaan BPJS)
- Masih adanya data yang tidak sesuai dengan kondisi perawatan
- Bridging eKlaim dengan Khanza diharapkan segera dibuatkan agar proses Klaim lebih mudah dan cepat.

NO	KENDALA	Analisa penyebab	RENCANA TINDAK LANJUT	PIC	TARGET WAKTU
1	Kualitas pengajuan klaim RS belum mencapai 100 % dari SEP terbit	Verifikasi administrasi masih dilakukan secara manual sehingga resiko ada selisih data pencetakan sep dan pengajuan klaim yang berakibat kualitas pengajuan klaim RS belum mencapai 100 %	Verifikasi admin dilakukan dengan rinci berdasarkan SEP terbit pada vclaim setiap hari	Verifikator admin dan Pendaftaran	Triwulan 1 Tahun 2024
2	Pending klaim rawat jalan disebabkan terutama terkait koding koding tindakan yang khusus	Verifikasi administrasi klaim rawat jalan harus dilakukan lebih detail mencakup kesesuaian resource dan bukti tindakan untuk klaim rawat jalan yang nilainya besar (> Rp186.800)	Re organisasi internal tim casemix untuk verifikator administrasi	Tim Manajemen	Triwulan II Tahun 2024
3	Hasil verifikasi klaim rawat inap jumlah pending masih relatif besar : kendala kelengkapan berkas, kesesuaian koding sesuai kaidah koding, resource RS , BA Kesepakatan	1.Tidak meratanya pemahaman petugas terhadap kelengkapan berkas klaim baik isi maupun jenis berkas yang dilampirkan 2.Verifikator medis dan koder kurang memahami kaidah koding berdasarkan BA, PMK, dll terutama kasus kasus yang baru ditangani.	- Koordinasi internal tim verifikasi medis casemix dan koder untuk mendiskusikan permasalahan koding di RS - Kordinasi tim casemix dengan unit layanan rawat inap> akan dilaksanakan sosialisasi kembali untuk kelengkapan berkas klaim dan dokumentasi rekam medis di bulan Februari 2024	Tim casemix	Februari 2024

4	Input , grouping dan pengajuan E klaim terhambat, blm sesuai target maksimal tanggal 5 setiap bulan	3. Jaringan internet sering tidak stabil, komputer koder beberapa kali blue screen, komputer lain loading lambat	- Koordinasi tim IT untuk maintenance computer tim casemix, monitoring kualitas jaringan terutama menjelang pengajuan regular awal bulan	Tim IT	Rutin perbulan
5	Berkas pending karena ketidaksesuaian koding yang diajukan dengan kelengkapan data/berkas	4. Koder yang bertugas di tim casemix 1 orang : Peningkatan jumlah klaim mengakibatkan loading tugas sebagai peng input dan koder juga bertambah. Beban kerja koder cukup banyak karena saat ini belum dilakukan bridging e klaim dan SIMRS Khanza >>>koder belum dapat berperan maksimal untuk melakukan verifikasi koding baik rawat jalan maupun rawat inap	-Setelah dilakukan pelatihan koding untuk 1 orang petugas rekam medis, mengusulkan untuk tambahan petugas koder di tim casemix sehingga koder bisa berperan maksimal untuk memverifikasi koding yang tepat	Tim Manajemen	Triwulan IV Tahun 2024

• **Pelaksanaan Sarana Prasarana**

a. Sarana dan prasarana

No	Permasalahan	Analisa Masalah	RTL
1	Terdapat sarana dan prasarana yang belum lama digunakan tetapi sudah rusak	- Kesadaran user dalam menggunakan barang masih kurang - Keterampilan pegawai pemeliharaan sarpras masih kurang	- Diperlukan peningkatan monitoring dan pemeliharaan sarana medik dan non medik - Pelatihan kepada pegawai pemeliharaan gedung dan bangunan
2	Sarana dan prasarana yang belum memenuhi RS tipe C	- Bangunan RS dari awal pembangunan merupakan gedung Puskesmas - Usia gedung yang sudah lebih dari 20 tahun	- Melakukan renovasi atau perbaikan sesuai dengan standar yang ada - Berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan untuk dilakukan rencana pengembangan gedung
3	Inventarisasi barang yang masih sulit dilakukan	- Barang sering berpindah – pindah tempat tanpa memberitahu pengurus barang	- Dilakukan monitoring rutin pengecekan barang - Sosialisasi kepada pengguna barang untuk berkoordinasi dahulu saat akan memindahkan barang

b. Data dan Informasi

No	Permasalahan	Analisa Masalah	RTL
1	Masih terdapat layanan yang masih perlu menginput secara manual	- Sistem Informasi belum terintegrasi dan optimal untuk seluruh layanan.	- Masih terus dilakukan pengembangan sistem terintegrasi bersama dengan Tim IT
2	Kendala capaian antrian online BPJS tidak bisa sampai 90%	- Saat server bpjs down di pagi hari menurunkan capaian antrian online karna pasien hanya didaftarkan secara offline di khanza saja tanpa kirim antrian online ke bpjs	- Menambah antrian online di API JakSehat. Ketika pasien daftar via JakSehat maka sudah kirim tambah antrian online ke BPJS saat server bpjs down dihari H, capaian tidak turun
3	Jaringan internet masih sering terkedala sehingga pelayanan terhambat	- Jaringan backup internet yang belum mendukung jaringan internet utama - Training pemanfaatan pelatihan IT masih kurang.	- Melakukan koordinasi antara tim IT dan Diskominfo - Dianggarkan untuk pelatihan IT

c. Pengurus Barang Pembantu

No	Permasalahan	Analisa Masalah	RTL
1	Barang masih sering berpindah – pindah sehingga sulit untuk di inventarisasi	- User tidak melaporkan kepada pengurus barang	- Dilakukan monitoring rutin pengecekan barang - Sosialisasi kepada pengguna barang untuk berkoordinasi dahulu saat akan memindahkan barang
2	Barang rusak berat yang masih menumpuk digudang	- Proses penghapusan aset rusak berat yang masih belum terealisasi tetapi sudah tercatat dalam rencana penghapusan	- Berkoordinasi dengan BPAD
3	Prediksi permintaan barang masih kurang akurat	- Penyimpanan persediaan masih dilakukan ditempat yang berbeda – beda tidak tersentralisasi sehingga sulit dilakukan pengawasan.	- Berkoordinasi dengan PJ barang untuk dilakukan pengecekan persediaan setiap bulannya

- **Tata Usaha dan Kepegawaian**

- a. Bagian Diklat**

Tabel 1. Masalah / Kendala Bagian Diklat

NO	PERMASALAHAN	ANALISA MASALAH	RENCANA PEMECAHAN MASALAH
1	Cakupan 20 JPL belum 100% pegawai	Anggaran Diklat belum mencakup untuk seluruh pegawai	Membuat pelatihan internal dengan Narasumber SDM yang ada (Dokter Spesialis atau Pegawai yang telah terlatih)
2	Belum berjalannya evaluasi Pelatihan	Tidak adanya pemantauan untuk evaluasi pelatihan dari atasan unit	Mengingatkan kembali kepada masing2 atasan unit agar mengevaluasi setiap pegawai yang sudah selesai mengikuti pelatihan
3	Belum seluruhnya terlaksana untuk sosialisasi pelatihan	Untuk pelatihan keperawatan sudah berjalan sesuai jadwal (komite keperawatan) Untuk pelatihan dokter dan penunjang belum berjalan	Membuat Analisa pada masing” bagian penanggung jawab : - Komite Medis - Komite keperawatan - Komite Penunjang Medis - Penunjang (Kesling. atem dll) - Umum

MASALAH / KENDALA	RENCANA TINDAK LANJUT
<ul style="list-style-type: none"> • Kesulitan mencari penyelenggara pelatihan • Kurangnya komitmen dari peserta diklat untuk mengikuti pelatihan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mencari penyelenggara diklat melalui Pusklat, Dinas Kesehatan dan AGD maupun instansi pendidikan lainnya • Perlu dilakukan analisa untuk mengkaji ulang usulan program pelatihan disetiap unit
<ul style="list-style-type: none"> • Belum maksimalnya pelaksanaan program pelatihan tahun 2023 	<ul style="list-style-type: none"> • Dikarenakan belum tercapainya 100% pegawai yg mengikuti pelatihan selama 20 JPL, maka diperlukan adanya penambahan Tim Diklat agar dapat berjalannya program sesuai waktu yg di tentukan

- b. Data dan Hukum**

Tabel 2. Masalah/Kendala Data dan Hukum

NO	PERMASALAHAN	ANALISA MASALAH	RENCANA TINDAK LANJUT	REKOMENDASI/SARAN
1.	Pembuatan/ Penyusunan Kebijakan SK/SE sering kali memakan waktu yg lama	Pemahaman Konten/Isi yang perlu dimuat masih kurang	Koordinasi dengan atasan langsung dan rekan kerja	Melibatkan unit/instalasi/ satuan pelaksana terkait untuk menyusun SK/SE

2.	Kesulitan mendapatkan referensi dasar hukum dalam hal penyusunan SK/SE	Dasar hukum sebagai referensi untuk penyusunan SK/SE umumnya cukup mudah ditemukan pada hierarki peraturan perundang-undangan. namun ketikadasar hukum yang dibutuhkan adalah berupa SK/SE Kepala Dinas justru sulit ditemukan	Menunggu Info dan mencari sumber melalui grup WA terkait	Perlu merekomendasikan kepada Dinas Kesehatan untuk melakukan update data/informasi regulasi didalam web yang dimiliki Dinas Kesehatan
3.	Pembuatan/penyusunan SE pelaksanaan Upacara atau hari besar lainnya dibuat terlalu mendadak	Menjelang hari besar. seringkali SE untuk pelaksanaan kegiatan tersebut dibuat terlalu mendadak. bahkan beberapa kali terpaksa dibuat terlambat.	Koordinasi dengan atasan langsung dan dengan melalui grup WA terkait	Memastikan tanggal-tanggal hari besar untuk dapat memetakan pelaksanaan kegiatan Upacara/ Hari besar.
4.	Lambatnya penyusunan Perjanjian Kerja Sama	isi perjanjian/kesepakatan an yang perlu disesuaikan dengan kebutuhan Para Pihak baik Pihak eksternal maupun Internal (unit/bidang/bagian terkait) serta menyesuaikan dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.	Komunikasi dan Koordinasi dengan pihak terkait	Dalam hal permasalahan datang dari pihak Internal. perlu adanya kajian yg rinci terkait kebutuhan/perihal yg akan dimuat dalam perjanjian /kontrak
5.	Implementasi disiplin/tata tertib pegawai	Sering kali pegawai melakukan suatu pelanggaran terhadap disiplin/tata tertib yang dikarenakan kelalaian dari pegawai yang bersangkutan.	Melakukan update/revisi regulasi dengan bahasa yang lebih mudah dimengerti dan melakukan sosialisasi atas peraturan tersebut.	1. Membuat buku saku yang berisi tentang disiplin dan tata tertib pegawai; 2. Supervisi/pengawasan yang dilakukan oleh atasan langsung kepada unitnya.
6.	Pelaksanaan pemeriksaan pegawai masih berubah - ubah	Jadwal pemeriksaan pegawai sering kali berubah-ubah dikarenakan adanya kegiatan mendesak yang harus dilaksanakan baik oleh pihak Tim Pemeriksa maupun dari pihak yang akan diperiksa.	Berkoordinasi dengan pegawai yang terindikasi melanggar disiplin dan pihak terkait. termasuk tim pemeriksa; Memastikan jadwal yg ditentukan tidak berbenturan dengan kegiatan lain.	Jadwal pemeriksaan seharusnya tidak boleh diubah. Apabila kendala timbul dari pihak tim pemeriksa. maka tim pemeriksa dapat diubah/diganti/did elegasikan. Apabila kendala datang dari pihak yg diperiksa. maka

				dapat diubah metode pemeriksaan menjadi daring/Zoom Meeting. atau dianggap mangkir dan dipanggil dengan panggilan ke-2.
7.	Ruang Pemeriksaan	Tidak ada ruangan khusus keterbatasan ruangan	Menggunakan ruangan yang tidak terpakai.	Perlu ada ruang khusus untuk pemeriksaan pegawai. apabila menggunakan ruang yg sedang tidak terpakai maka ruangan tersebut harus steril dan tertutup sehingga dapat menjaga kerahasiaan orang yg diperiksa
8.	Akses Regulasi	Sulitnya pegawai untuk mengetahui/mencari regulasi/ peraturan yang berlaku di lingkungan RSUD Pesanggrahan	Membuat Bank Data yang berisi regulasi/peraturan baik internal maupun eksternal	Berkolaborasi dengan tim IT untuk membuat akses bagi pegawai agar mudah mengakses regulasi/peraturan dan informasi terkait hukum pada aplikasi yang sedang dikembangkan tim IT saat ini
5.	Implementasi disiplin/tata tertib pegawai	Sering kali pegawai melakukan suatu pelanggaran terhadap disiplin/tata tertib yang dikarenakan kelalaian dari pegawai yang bersangkutan.	Melakukan update/revisi regulasi dengan bahasa yang lebih mudah dimengerti dan melakukan sosialisasi atas peraturan tersebut.	Membuat buku saku yang berisi tentang disiplin dan tata tertib pegawai; Supervisi/pengawasan yang dilakukan oleh atasan langsung kepada unitnya.
6.	Pelaksanaan pemeriksaan pegawai sering kali berubah jadwal	Jadwal pemeriksaan pegawai sering kali berubah-ubah dikarenakan adanya kegiatan mendesak yang harus dilaksanakan baik oleh pihak Tim Pemeriksa maupun dari pihak yang akan diperiksa.	a. Berkordinasi dengan pegawai yang terindikasi pelanggar disiplin dan pihak terkait. termasuk tim pemeriksa; b. Memastikan jadwal yg ditentukan tidak berbenturan dengan kegiatan lain	Jadwal pemeriksaan seharusnya tidak boleh diubah. • Apabila kendala timbul dari pihak tim pemeriksa. maka tim pemeriksa dapat diubah/diganti/di delegasikan. • Apabila kendala datang dari pihak yg diperiksa. maka dapat diubah metode pemeriksaan menjadi

				daring/Zoom Meeting. atau dianggap mangkir dan dipanggil dengan panggilan ke-2.
7.	Ruang Pemeriksaan	Tidak ada ruangan khusus keterbatasan ruangan	Menggunakan ruangan yang tidak terpakai.	Perlu ada ruang khusus untuk pemeriksaan pegawai. apabila menggunakan ruang yg sedang tidak terpakai maka ruangan tersebut harus steril dan tertutup sehingga dapat menjaga kerahasiaan orang yg diperiksa
8.	Akses Regulasi	Sulitnya pegawai untuk mengetahui/mencari regulasi/ peraturan yang berlaku di lingkungan RSUD Pesanggrahan	Membuat Bank Data yang berisi regulasi/peraturan baik internal maupun eksternal	Berkolaborasi dengan tim IT untuk membuat akses bagi pegawai agar mudah mengakses regulasi/peraturan dan informasi terkait hukum pada aplikasi yang sedang dikembangkan tim IT saat ini

c. Pengelolaan Humas

1. Petugas Humas masih memiliki tugas lain, sehingga tidak fokus dalam pembangunan citra.
2. Petugas Humas hanya satu orang sehingga kurang maksimal dalam membina kerjasama dengan lintas sektor dan penjualan produk RS (marketing)
3. Pengelolaan Media Sosial hanya dipegang petugas humas, mulai dari pembuatan konten, pemberian informasi melalui sms, wa, email dan Instagram hanya di kelola satu orang yang bertugas merangkap sehingga respond yang diberikan kepada masyarakat lama (slow respond).

Tabel 3. Masalah/Kendala Humas

NO	PERMASALAHAN	ANALISA MASALAH	RENCANA PEMECAHAN MASALAH
1	Kegiatan Promkes Dijalankan Oleh Humas	Pembentukan Tim Promkes belum ditentukan	Pembuatan TIM dan SK Tim
2	Belum Terbentuknya Tim Humas Untuk Proses Penjualan MCU	Pembentukan Tim Humas belum ditentukan	Pembuatan TIM dan SK Tim

NO	PERMASALAHAN	ANALISA MASALAH	RENCANA PEMECAHAN MASALAH
3	Belum Ada Pemantauan Di Lapangan Sosial Media	Belum ada pembagian Tugas	Rapat dan pembagian tugas
4	Belum Ada Sop Jelas Perihal Pembuatan Konten	Belum membuat SOP	Rapat dan pembuatan draft SOP
5	Belum Berjalan Rencana Marketing Pemasaran MCU	Sulitnya mengagendakan rapat	Perlu mengajak manajemen untuk diskusi
6	Survey Real Kepuasan Pelanggan Belum Berjalan Sempurna	Waktu yang lama untuk mengisi	Sosialisasi ke pasien cara mengisinya
7	Angka Rating Google Masih Dibawah Bintang 4	Masih ada komplain terkait pelayanan	Penerapan hospitality dan pengawasan Kepala Unit/Kepala Ruangan
8	Banyaknya Minat MMPI. Tetapi Blm Ada dr. Sp Jiwa	Susahnya mendapatkan dokter spesialis	Open rekrutmen

d. Rencana Tindak Lanjut Ketatausahaan dan Kepegawaian

Tabel 4. Masalah/Kendala Kepegawaian

NO	PERMASALAHAN	ANALISA MASALAH	RENCANA TINDAK LANJUT	REKOMENDASI/SARAN
1.	Kenaikan Pangkat 2023 belum diusulkan	Untuk Jabatan pelaksana : Belum 4 tahun dari KP terakhir atau peg. sdh pangkat puncak Jabatan fungsional : masih menunggu konversi pak	Koordinasi dengan sudin	Membuat bezetting pegawai. Untuk mengetahui kapan pegawai naik pangkat
2	Kendala pengusulan SK Angka Kredit/Jabatan Fungsional	Jabatan fungsional : belum ada usulan masih menunggu konversi PAK dan Ukom	Koordinasi dengan sudin	Membuat Matrik pemenuhan Jabatan Fungsional SDMK pegawai
2.	Kendala perubahan Setting Struktur Pegawai	Belum ada perubahan jabatan sesuai permenpan terbaru	Koordinasi dengan pegawai untuk update SIMPEG	Monitoring pada awal bulan 1-5 setiap bulan

3.	Kekurangan pegawai	Resain dan pegawai diterima PPPK	Usulan ke Dinas ASN dan membuat ABK dan rekrut disesuaikan kemampuan BLUD RS	Koordinasi Dinas Kesehatan dan penjadwalan rekrutmen
4.	Update STR/SIP belum tepat waktu	STR lama dalam rekomendasi Profesi dan system yang tidak stabil MTKI	Koordinasi dan monitoring ke pegawai dan Usulan untuk KANZA	Sosialisasi SIP dan STR. Koordinasi pegawai
5	Ketelatan pegawai masih ada yang besar	Jarak tempuh jauh dgn lalu Lintas padat	Rekapan disampaikan ke Kabag/Kabit Monitoring dari kepegawaian	Pemanggilan untuk pembinaan
6	Lama membuat Laporan Indikator Kinerja Renkin	Menunggu casecading dari dinas	Membagi tugas dan Sosialisasi ke pegawai	Sosialisasi Indikator kinerja renkin. Koordinasi Kasatpel dan Koinstalasi

d. Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan

Hambatan yang ditemukan Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan dalam menjalankan Tugas Pokok dan fungsinya pada tahun 2023 yang masih perlu ditindaklanjuti pada tahun 2024 ini adalah sebagai berikut :

Tabel 5. Hambatan Pelayanan Medik

	Jenis Masalah	Unit Asal	Uraian Masalah	Analisa	Rencana Tindak Lanjut	Unit terkait	Target Waktu	Status Tindakan lanjut
1.	Sinkronisasi Sistem IT	Rajal	Pasien yang sudah mendaftar dan mendapatkan nomor di Jak Sehat harus tetap mengantri di pendaftaran untuk verifikasi	Sistem Jak Sehat yang belum sempurna	Berkoordinasi dengan IT dan pendaftaran	Koordinasi IT, Pendaftaran, Rawat Jalan	31 Desember 2023	Proses dilanjutkan hingga Desember 2024
		Ranap	Pendataan layanan belum semua tersistem dengan baik,	Rawat Inap belum menerapkan digitalisasi Rekam Medis	perlu koordinasi dengan unit IT untuk menyusun format laporan sesuai yang dibutuhkan.	Koordinasi dengan IT	31 Desember 2023	Proses dilanjutkan hingga 31 Desember 2024
		Ranap	E rekam medis belum berjalan sepenuhnya	Karena kendala format di sistem yang belum disesuaikan dengan kebutuhan	perlu koordinasi dengan unit IT untuk menyusun format laporan sesuai yang dibutuhkan.	Koordinasi dengan IT	31 Desember 2023	Proses dilanjutkan hingga 31 Desember 2024

				an pelayan an				
2.	Sarana dan Prasarana	HCU-ICU	Ruang ICU masih terbagi 2 (ICU infeksius & non infeksius) alat – alat medis menjadi satu seperti infus pump, syringer pump	Ruanga n ICU terpisah di 2 lantai (Lantai 2 ICU Infeksiu s dan lantai 3 ICU Non Infeksiu s)	alat-alat medis di bagi menjadi 2 untuk infeksius dan non infeksius, serta usulan kekurangan alat	Bid. Yanmed dan Keperawatan , Bag Umum dan Bidang Penunjang	31 Desember 2023	Proses dilanjutkan untuk dianggarka n di tahun 2024 ini. Target waktu 31 Desember 2024
		HCU-ICU	Linen: baju pasien,seli mut,waslap kurang mencukupi	Ada yang sudah rusak yang perlu diganti	Tambah untuk stock linen,baju selimut dan waslap pasien sudah pengajuan	Bid. Penunjang dan unit terkait	31 Desember 2023	Proses dilanjutkan untuk dianggarka n di tahun 2024 ini. Target waktu Oktober 2024
		HCU-ICU. Perina	Ruang ICU dan Perina tidak memiliki ruang ganti pakaian, ishoma untuk perawat serta kekurangan Loker untuk meletakkan barang pribadi petugas	Kebutuh an terdapat dalam Pedoma n Teknis Ruang Perawat an Intensif Rumah Sakit Kemenk es RI tahun 2012	Pengajuan Untuk Ruang ganti pakaian, ISHOMA untuk perawat ICU	Koordinasi Kembali ke Bagian Umum dan Unit Terkait	31 Desember 2024	Proses dilanjutkan untuk dianggarka n di tahun 2024 ini. Target waktu 31 Desember 2024
		Perina	Ruang resusitasi bayi lahir SC tidak memadai/s empit sehingga agak susah jika melakukan resusitasi dan tempat tidak tertutup	Ruang Bersatu dengan penjemputan pasien post op dan pengam bilan alat steril di CSSD.	Perlu ruangan khusus resusitasi bayi yang berdekatan dengan ruang RR bayi	Koordinasi Bagian Umum dan Sarpras	31 Desember 2024	Proses dilanjutkan untuk dianggarka n di tahun 2024 ini. Target waktu 31 Desember 2024
		Ranap	E rekam medis belum berjalan sepenuhnya,	sarana prasara na di unit yang belum mencukupi	Usulan Kebutuhan Sarana dan Prasarana	Bagian Umum, Sarpras dan unit terkait lainnya	31 Desember 2023	Proses dilanjutkan hingga 31 Desember 2024
3.	Pelatihan / Peningkatan Kompetensi	HCU-ICU	Ada beberapa perawat yang belum memiliki pelatihan	Belum semua Perawat memenuhi sertifika	Pengajuan pelatihan untuk perawat	Usulan bertahap ke Diklat	31 Desember 2023	Proses dilanjutkan untuk dianggarka n di tahun 2024 ini.

			ICU	t pelatih n ICU (2 orang)				Target waktu 31 Desember 2024
		Perina	Kebutuhan Peningkatan pengetahuan Perawat terkait kasus-kasus Perinatologi, NICU dan PICU. Serta pelatihan penggunaan alat-alat Kedokteran Medik	Perawat memerlukan peningkatan pengetahuan (3 orang)	Pengajuan pelatihan untuk perawat	Usulan bertahap ke Diklat	31 Desember 2023	Proses dilanjutkan untuk dianggarkan di tahun 2024 ini. Target waktu 31 Desember 2024
		Ranap	Belum meratanya kompetensi petugas tentang manajemen rawat inap.	Perawat dan Bidan memerlukan peningkatan pengetahuan	Diusulkan pelatihan untuk meningkatkan kapasitas petugas.	Usulan Pelatihan ke Diklat	31 Desember 2023	Proses dilanjutkan untuk dianggarkan di tahun 2024 ini. Target waktu 31 Desember 2024
4.	Disiplin Tenaga Kesehatan	Rajal	Dokter spesialis masih tidak datang sesuai dengan jam di HAFIS atau terlambat datang	Komitmen dokter spesialis belum maksimal	Berkoordinasi dengan Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan dan Dokter Spesialis	Koordinasi dengan Bagian Kepegawaian	31 Desember 2023	Ditegaskan kembali dalam MOU 2024, target hingga Februari 2024
		Perina	Dokter Spesialis Anak tidak pernah standby saat SC	SC bisa bertabrakan jamnya dengan jam poli Anak	Digantikan oleh Dokter Umum bila bersamaan jam dan meminta komitmen dokter Anak untuk selanjutnya diluar jam poli	Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan Usulan Refreshing dokter Umum	31 Desember 2023	Ditegaskan kembali dalam MOU 2024, target hingga Februari 2024

e. Bidang Pelayanan Penunjang

1. Instalasi Farmasi

Hambatan atau kendala yang terjadi dilapangan pada Tahun 2023 atau sebelumnya, diantaranya sebagai berikut :

Tabel 6. Hambatan Instalasi Farmasi

No	Uraian Hambatan/Kendala
Instalasi Farmasi	
1	Sistem stok, permintaan unit, retur rawat inap dan permintaan barang belum tersistem serta terintegrasi

2	Minimnya kolaborasi antara loket dan poli dalam hal menyesuaikan tanggal kontrol pasien terutama untuk pasien kronis (minimal 30 hari tgl kalender sejak tgl kontrol terakhir) yang menyebabkan banyak pasien kronis tidak sesuai tanggal
3	Risiko komplain yang tinggi terkait alur pengambilan obat dirasakan perlu dikaji kembali pertimbangan penggunaan nomor antrian, dimana tampilan layar monitor hanya dapat mencakup dengan kapasitas terbatas sehingga pasien banyak yang masih mempertanyakan posisi status pengerjaan resep kepada petugas / anjungan mandiri untuk pasien agar dapat cek status resep masing-masing pasien
4	Sistem pemanggilan pasien menggunakan mic perlu dilakukan efisiensi penggunaan baterai dengan pemanggilan secara sistem
5	Minimnya kolaborasi poli dengan nurses station yang mengakibatkan tingginya risiko <i>miss</i> komunikasi proses konfirmasi ada / tidaknya resep pasien yang sudah masuk ke dalam sistem / belum. Dibutuhkan double check nurses station jika resep sudah dipastikan terinput dokter untuk dapat turun menunggu obat, seringkali pasien sudah turun dari poli tetapi resep tidak masuk sistem, pasien menunggu lama dan risiko komplain sangat tinggi
6	Belum terealisasinya proses persetujuan / ACC penggunaan Antibiotika golongan <i>Reserved</i> (Meropenem) dengan CEMPAKA sehingga koordinasi masih dilakukan melalui japri / jarkom dalam group whatsapp
7	Intensitas pemakaian print resep tinggi akan tetapi printer etiket hanya dapat / tersedia 1 pasang untuk pengerjaan resep rawat jalan, IGD, dan rawat inap gabung dan hanya <i>connect</i> ke komputer depan penerimaan dan penyerahan obat, perlu dilakukan <i>connect</i> dari seluruh komputer di farmasi termasuk di komputer dalam untuk dapat memperlancar proses validasi resep rawat inap dan IGD yang terkadang CITO (butuh cepat)
8	Kendala eksternal pengajuan klaim obat BPJS terkait update sistem BPJS dan klaim obat : <ol style="list-style-type: none"> 1. Obat kronis Update susulan yang berbarengan dengan estimasi penyelesaian berkas 2. Obat kronis reguler 3. Obat pending kronis reguler, sehingga tim yang ada harus terbagi menjadi 2 (dua) untuk dapat menyelesaikan sesuai target estimasi waktu yang diberikan oleh pihak BPJS
9	EMR terintegrasi obat rawat inap agar dapat terealisasi untuk

meminimalisir ketidaksesuaian pengisian form yang terintegrasi dengan berbagai profesi
--

2. Instalasi Penunjang Medik

Dalam bidang pelayanan penunjang medik yang terdiri dari unit Laboratorium, Fisioterapi, Gizi, Radiologi, dan Rekam Medis, hambatan yang masih belum dihilangkan adalah adanya kendala dan keterbatasan penggunaan anggaran sehingga selalu terdapat skala prioritas dalam pengadaan maupun pengembangan sistem informasi dan sistem pelayanan termasuk penambahan jenis pelayanan. Selain itu kurang terintegrasinya Program kerja di Instalasi atau karena adanya program Unit Layanan lain yang belum selesai dilaksanakan menyebabkan sehingga sampai akhir tahun 2023 masih terdapat kendala sehingga tidak dapat memenuhi sasaran dan tujuan yang ingin dicapai. Dari sumber daya manusia juga menimbulkan permasalahan yang sulit dihindari mengingat banyak faktor yang mempengaruhi kinerja staf di Instalasi Penunjang Medis sehingga prosedur pelayanan tidak dapat dilaksanakan dengan tertib.. Hal krusial yang terus membutuhkan solusi adalah adanya keterbatasan lahan dan sarana prasarana khususnya bangunan fisik sebagian ruangan pelayanan yang kurang memadai.

Disamping hal- hal tersebut di atas, tidak kalah pentingnya adalah kurang maksimalnya pelaksanaan monitoring dan evaluasi secara periodik. Sehingga pelaksanaan kegiatan pelayanan di Instalasi Penunjang Medis RSUD Pesanggrahan selama tahun 2023 tidak terlepas dari kondisi dan permasalahan yang terjadi pada tahun 2022 yang belum terselesaikan, diantaranya :

1. Belum semua alat yang ada di laboratorium terlaksana Sistem Laboratorium Klinik yang terintegrasi ke dalam SIMRS
2. Jumlah dan jenis pemeriksaan laboratorium klinik yang tersedia belum lengkap sehingga masih ada beberapa pemeriksaan standar Rumah Sakit Tipe C yang harus dirujuk ke Laboratorium Rujukan
3. Belum tersedia Bank Darah Rumah Sakit
4. Penerapan Sistem Rekam Medik Elektronik belum berjalan sepenuhnya, uji coba sedang dilaksanakan di Unit Rawat Inap
5. Belum terdapat sistem Pendaftaran pasien Online baik pasien umum maupun pasien BPJS
6. Sistem antrean pasien ke Loker Pendaftaran masih manual

7. Masa berlaku Izin penggunaan Alat radiologi dental jenis periapikal sudah berakhir dan belum dapat diperpanjang
8. Administrasi tagihan klaim layanan fisioterapi pasien BPJS masih dilakukan secara manual
9. Lokasi dapur pengolah makanan pasien terpisah dari area Rumah Sakit dan proses transportasi sering terkendala menyebabkan kesulitan dalam proses distribusi makanan pasien
10. Beberapa alat pengukuran laboratorium milik pihak yang bekerjasama dengan RSUD Pesanggrahan perlu dilakukan peningkatan spesifikasi dengan alat yang lebih maju kinerjanya agar dapat memberikan hasil yang maksimal
11. Pengatur suhu udara (AC) yang tidak berfungsi dengan semestinya (bocor/ mati);
12. Keterbatasan jumlah komputer dengan spesifikasi yang memadai;
13. Ruang pengambilan sampling pasien untuk pemeriksaan laboratorium masih belum memadai;
14. Perbaikan alat yang melibatkan pihak ketiga yaitu GeneXpert (Hibah Kemenkes) masih belum terlaksana sehingga memperlambat pelayanan pemeriksaan TCM dan Viral Load;
15. Belum tersedianya Unit *Mobile X-Ray*;
16. Kurangnya jumlah Alat *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation* (TENS) hanya ada 1 unit;
17. Luas ruang penyimpanan dan pelayanan Rekam Medis terbatas ;
18. Belum tersedia ruang admisi khusus rawat inap;
19. Belum tersedia fasilitas air panas di area pencucian alat makan/ masak kotor;
20. *Grease Trap* area pembuangan air limbah dari sink pencucian pada dapur penyiapan makan minum pasien masih kurang memenuhi standard ;
21. Masih sering terdapat permintaan pemeriksaan Laboratorium yang tidak sesuai dengan SPO yang tidak dapat ditolak oleh Staf Laboratorium;
22. Berkas Rekam Medis Pasien retensi dan pasien lama aktif memenuhi ruang penyimpanan rekam medis yang terbatas;
23. Penggunaan ATK dan cetakan yang kurang efisien dan efektif;
24. Data identitas dan data pelayanan pasien yang diinput ke dalam sistem informasi RS masih belum lengkap terisi;
25. Masih banyak data pasien baru yang tidak dilengkapi dengan *General concent* Pasien;

26. Masih sering perubahan jam praktek Dokter Spesialis diinformasikan mendadak dan Dokter Spesialis membatasi jam praktek/ kuota pasien;
27. Kualitas dan kuantitas bahan makanan pasien yang dikirim pemasok sering tidak sesuai dengan kriteria, jumlah dan spesifikasi yang diminta;
28. Masih banyak makanan pasien yang bersisa karena tidak habis dimakan oleh pasien;
29. Kurir untuk pengiriman sampel pemeriksaan ke Laboratorium Rujukan dan pengambilan darah tidak tersedia saat jam layanan di malam hari.

3. Instalasi Penunjang non Medik

Tabel 7. Hambatan Instalasi Penunjang non Medik

NO	Uraian Hambatan/Kendala
A. Unit CSSD	
1	Autoclave HaTmed mengalami kerusakan pada bulan Mei 2023
2	Belum tersedianya kompresor untuk mengeringkan instrumen yang di DTT sehingga beberapa instrumen tidak bisa dikeringkan secara maksimal, permintaan dari 2018
B. Unit Laundry	
1	Mesin setrika (roller) terjadi kerusakan hasil setrika tidak bagus
2	Jumlah linen yang tersedia belum mencukupi 3 parstock linen
3	Tidak ada pemeliharaan rutin/berkala, hanya dilakukan perbaikan jika mengalami kendala
4	AC ruangan tidak dingin pada saat mesin pengering dinyalakan
5	Sering tampias air hujan di bagian depan ruang laundry apabila terjadi hujan lebat
C. Unit Elektromedis	
1	Tidak memiliki toolkit / peralatan kerja
2	Gudang ruangan Tindakan alkes Rusak berat
3	Alat kesehatan masih ada yang berpindah tempat
4	Monitoring harian user belum berjalan
5	Belum ada kebijakan terkait kehilangan alkes di unit
D. Unit Kesehatan Lingkungan	
1	Tidak memiliki Sanitarian Kit
2	Area TPS tidak memiliki pembatas atau pagar yang memiliki ketinggian minimal 2 m
3	Tidak memiliki ruang pendingin dengan suhu dibawah 0 °C untuk penyimpanan limbah medis

E.	Unit K3
1	Tidak memiliki titik kumpul saat terjadinya bencana yang memadai
2	Tidak adanya service / maintenance besar untuk perawatan mesin hydrant
3	Tidak memiliki sumber air bersih alternatif apabila mengalami gangguan atau darurat air bersih
F.	Unit Kamar Transit Jenazah
1	Tidak memiliki lemari penyimpanan di ruang kamar transit
2	Kamar transit sering dijadikan penyimpanan barang-barang rusak atau tidak terpakai

B. KELEMBAGAAN

1. TUGAS :

Rumah Sakit Umum Daerah Pesanggrahan mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan perorangan paripurna bersendikan upaya kuratif, rehabilitatif dan promotif serta melaksanakan upaya rujukan.

Terhitung mulai tanggal 6 Desember 2019, RSUD Pesanggrahan mengalami perubahan kelas rumah sakit yang semula adalah rumah sakit umum kelas D menjadi Rumah Sakit Umum Daerah kelas C yang ditetapkan melalui SK Gubernur Nomor 1677 tahun 2019.

Peraturan Menteri Kesehatan nomor 3 tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit yang ditetapkan pada tanggal 5 Februari 2020 yang mempersyaratkan bahwa Rumah Sakit Umum kelas C harus mempunyai tempat tidur sebanyak 100 tempat tidur. Hal tersebut memaksa rumah sakit untuk terus melakukan penyesuaian terutama sarana dan prasarana agar sesuai dengan ketentuan Peraturan Menteri Kesehatan tersebut.

2. FUNGSI :

Adapun fungsi Rumah Sakit Umum Daerah Pesanggrahan sesuai dengan Peraturan Gubernur Nomor 388 Tahun 2016 Tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah Kelas C adalah sebagai berikut :

- a. Penyusunan bahan Rencana Strategis Dinas sesuai lingkup tugas dan fungsinya;

- b. Penyusunan Rencana Kerja serta Rencana Kerja dan Anggaran, RSUD Kelas C;
- c. Pelaksanaan Rencana Strategis Dinas sesuai lingkup tugas dan fungsinya;
- d. Pelaksanaan Dokumen Pelaksanaan Anggaran RSUD Kelas C
- e. Perumusan kebijakan, proses bisnis, standar, dan prosedur RSUD Kelas C;
- f. Pelaksanaan kebijakan, proses bisnis, standar, dan prosedur RSUD Kelas C;
- g. Penyusunan Rencana Strategis RSUD Kelas C;
- h. Pelaksanaan Rencana Strategis RSUD Kelas C;
- i. Penyelenggaraan pelayanan medik;
- j. Penyelenggaraan pelayanan penunjang medik
- k. Penyelenggaraan pelayanan penunjang non medik;
- l. Penyelenggaraan pelayanan keperawatan dan kebidanan;
- m. Penyelenggaraan pelayanan rujukan dan ambulans;
- n. Penyelenggaraan peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- o. Penyelenggaraan pelayanan kegawatdaruratan;
- p. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan dan keselamatan kerja;
- q. Penyelenggaraan kesehatan lingkungan rumah sakit;
- r. Fasilitasi dan penyelenggaraan pendidikan, pelatihan dan pengembangan sumber daya manusia di RSUD Kelas C;
- s. Fasilitasi penyelenggaraan penelitian dan pengembangan pelayanan kesehatan;
- t. Penyelenggaraan pemasaran, kemitraan, kehumasan, hubungan pelanggan, penanganan pengaduan dan kepuasan pelanggan serta penyelesaian permasalahan hukum RSUD Kelas C;
- u. Pengelolaan dan pengembangan sistem informasi RSUD Kelas C;
- v. Melaksanakan pengelolaan sumber daya manusia, budaya kerja dan kepegawaian RSUD Kelas C;
- w. Pengelolaan administrasi umum , keuangan dan kepegawaian RSUD Kelas C;
- x. Pengelolaan sarana dan prasarana RSUD Kelas C;
- y. Pelaksanaan perencanaan, rehab total/rehab berat/ rehab sedang/ rehab ringan sarana dan prasarana kerja RSUD Kelas C sesuai lingkup tugas dan fungsinya;

- z. Pemberian dukungan pelayanan medik kepada masyarakat dan Perangkat Daerah;
- aa. Pelaksanaan koordinasi, pemantauan, evaluasi dan pelaporan dan pertanggungjawaban pelaksanaan tugas dan fungsi RSUD Kelas C;
- bb. Pelaksanaan tugas dan fungsi kedinasan lain yang diberikan oleh Kepala Dinas

3. ORGANISASI

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 84 Tahun 2000 tentang Pedoman Organisasi Perangkat Daerah, Peraturan Gubernur Provinsi DKI Jakarta Nomor 114 Tahun 2021, tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah dibentuklah struktur organisasi struktural yang terdiri dari Direktur, Kepala Bagian Administrasi & keuangan, Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan serta Kepala Bidang Penunjang. Kepala Bagian Administrasi & keuangan dibantu oleh Kepala Satuan Pelaksana Tata Usaha dan Kepegawaian, Kepala Satuan Tata Usaha & kepegawaian, Kepala Satuan Pelaksana Umum & Pemeliharaan Saprasi dan prasarana. Kepala Bidang pelayanan medik dan keperawatan dibantu oleh instalasi rawat inap, instalasi gawat darurat dan rawat jalan dan instalasi rawat inap intensif dan ruang khusus. Kepala penunjang dibantu oleh instalasi penunjang medik dan instalasi penunjang non medik. Disamping itu terdapat beberapa Komite yang membantu tugas-tugas Direktur dan Staf Medis Fungsional.

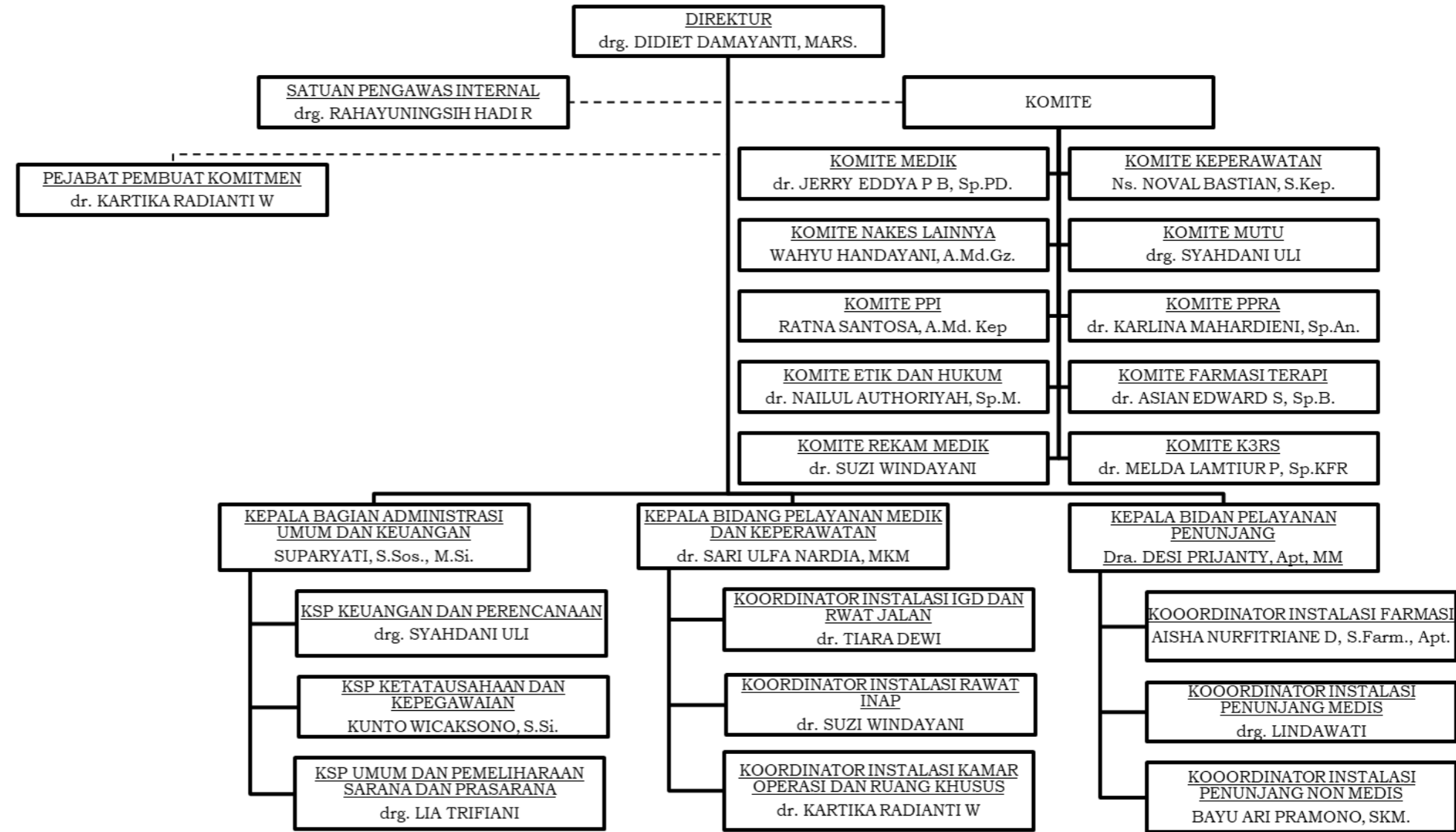
Struktur organisasi Rumah Sakit Umum Daerah Pesanggrahan berdasarkan pada Peraturan Gubernur Provinsi DKI Jakarta Nomor 114 Tahun 2021 Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah terdiri dari:

- a. Direktur
- b. Bagian Administrasi Umum dan Keuangan
- c. Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan
- d. Bidang Pelayanan Penunjang
- e. Satuan Pengawas Internal
- f. Komite terdiri atas
- g. Komite Medik;
- h. Komite Keperawatan
- i. Komite Nakes Lain
- j. Komite PPI

- k. Komite Mutu
- l. Komite Farmasi & Terapi
- m. Komite Etik
- n. Kelompok Jabatan Fungsional

Untuk kepentingan operasional maka Direktur menetapkan Bagan Organisasi setingkat Satuan Pelaksana dan Komite. Kemudian dalam kepentingan organisasi selaku Direktur juga dapat membentuk Panitia atau Kelompok Kerja sesuai kebutuhan yang bertanggungjawab langsung kepada Direktur dalam menjalankan tugas.

Gambar 2. 1. STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PESANGGRAHAN



1. Direktur : drg. Didiet Damayanti, MARS
2. Kepala Bagian Administrasi : Suparyati S.Sos M.Si
Umum dan Keuangan
3. Kepala Bidang Pelayanan : dr. Sari Ulfa Nardia, MARS
Medik dan Keperawatan
4. Kepala Bidang Penunjang : Dra. Desi Prijanty, Apt, MM
5. Ketua SPI : drg. Rahayuningsih H.R
6. Ketua Komite Medik : dr. Jerry Eddy Putra Boer, SpPD
7. Ketua Komite Perawat : Ns. Noval Bastian, Skep
8. Ketua Komite Nakes Lain : Wahyu Handayani, Amd.Gz
9. Ketua Komite Mutu : drg. Syahdani Uli Lubis
10. Ketua Komite Etik : dr. Nailul Authoriyah, Sp.Mata
11. Ketua Komite PPIRS : Ratna Santosa, A.Md. Kep
12. Koinstalasi Rawat Jalan dan : dr. Tiara Dewi
Gawat Darurat
13. Koinstalasi Rawat Inap : dr. Suzi Windayani
14. Koinstalasi Kamar Operasi dan : dr. Kartika Radianti W
Ruang Intensiv
15. Koinstalasi Penunjang Medik : drg. Lindawati
16. Koinstalasi Farmasi : Aisha Nur Fitriane D, S.Farm, Apt
17. Koinstalasi Penunjang Non : Bayu Ari Pramono, SKM
Medik
18. Kasatpel Keuangan & : drg. Syahdani Uli Lubis
Perencanaan
19. Kasatpel Ketatausahaan dan : Kunto Wicaksono, S.Si
Kepegawaian
20. Kasatpel Umum dan : drg. Lia Trifiani
Pemeliharaan Sarpras

4. SUMBER DAYA

a. Sumber Daya Manusia

Jumlah SDM RSUD Pesanggrahan pada tahun 2022 pegawai RSUD Pesanggrahan berkurang dengan total pegawai yaitu sebanyak 287 pegawai yang terdiri dari PNS sebanyak 42 orang, Non PNS sebanyak 189 pegawai, part time spesialis 8 orang, dan PHL (satpam & cleaning service) sebanyak 48 orang. Dan pada tahun 2023 pegawai RSUD Pesanggrahan sebanyak 287 pegawai yang terdiri dari PNS sebanyak 39 orang, Non PNS sebanyak 190 pegawai, part time spesialis 11 orang dan PHL (satpam & cleaning service) sebanyak 47 orang.

Tabel 8. Data Pegawai Tahun 2022 - 2023

NO	NAMA JABATAN	PENDIDIKAN FORMAL	TAHUN ANGGARAN 2022				Total Pegawai Tahun 2022	TAHUN ANGGARAN 2023				Total Pegawai Tahun 2023
			EXISTING					EXISTING				
			PNS	NON PNS	PART TIME	PHL		PNS	NON PNS	PART TIME	PHL	
I	MANAJEMEN											
1	Direktur	S2 MARS	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1
2	Kepala Subbagian Administrasi Umum dan Keuangan	S2 Msi	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1
3	Kepala Bidang Pelayanan Medis	S2 Management RS	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1
4	Kepala Bidang Keperawatan dan Penunjang Medis	S1 Profesi Ners	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1
II	TENAGA ADMINISTRASI KEUANGAN DAN PERENCANAAN											
1	Kepala Satuan Pelayanan Keuangan dan Perencanaan	S1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	Bendahara	S1	2	0	0	0	2	2	0	0	0	2
		SMA / D1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1
3	Verifikator	S1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		D3	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1
4	Pengolah Data Keuangan Dan Perencanaan	S1	1	2	0	0	3	0	2	0	0	2
		D3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	Pengadministrasi	D3	0	4	0	0	4	0	4	0	0	4

NO	NAMA JABATAN	PENDIDIKAN FORMAL	TAHUN ANGGARAN 2022				Total Pegawai Tahun 2022	TAHUN ANGGARAN 2023				Total Pegawai Tahun 2023
			EXISTING					EXISTING				
			PNS	NON PNS	PART TIME	PHL		PNS	NON PNS	PART TIME	PHL	
	Keuangan dan Perencanaan	SMA	0	2	0	0	2	0	2	0	0	2
III	TENAGA ADMINISTRASI KEPEGAWAIAN DAN UMUM											
1	Kepala Satuan Pelayanan Umum dan Kepegawaian	S1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1
2	Pengelola / Pengurus Barang	D3	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1
		S1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1
3	Pengolah Umum dan Kepegawaian	S1	0	3	0	0	3	0	3	0	0	3
		D3	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1
4	Pengadministrasi Umum dan Rumah Tangga	S1	2	0	0	0	2	2	0	0	0	2
		D3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	Pengemudi	SMA	0	5	0	0	5	0	5	0	0	5
6	Penyiap Berkas	SMA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	IT	S1	0	3	0	0	3	0	3	0	0	3
		D3	0	2	0	0	2	0	2	0	0	2
8	IPSRS	SMA	0	2	0	0	2	0	2	0	0	2
IV	TENAGA ADMINISTRASI PELAYANAN MEDIK DAN KEPERAWATAN											
1	Koordinator Instalasi Pelayanan Rawat Inap	S1 Kedokteran	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1

NO	NAMA JABATAN	PENDIDIKAN FORMAL	TAHUN ANGGARAN 2022				Total Pegawai Tahun 2022	TAHUN ANGGARAN 2023				Total Pegawai Tahun 2023
			EXISTING					EXISTING				
			PNS	NON PNS	PART TIME	PHL		PNS	NON PNS	PART TIME	PHL	
2	Pengolah Rawat Inap	S1 Kedokteran	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	Pengadministrasi Umum	D3 Umum	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Koordinator Instalasi Rawat Inap Khusus, Intensif Dan Kamar		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	Operasi	S1 Kedokteran	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	Pengolah Rawat Inap Dan Ruang Khusus	S1 Kedokteran	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	Pengadministrasi Rawat Inap Dan Ruang Khusus	D3 Umum	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	Koordinator Instalasi Gawat Darurat Dan Rawat Jalan	S1 Kedokteran	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	Pengolah Satuan Pelayanan IGD dan Rawat Jalan	S1 Kedokteran	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	Pengadministrasi IGD dan Rawat Jalan	D3 Umum	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
V	TENAGA ADMINISTRASI PELAYANAN PENUNJANG											
1	Koordinator Penunjang Non	S1 Keperawatan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

NO	NAMA JABATAN	PENDIDIKAN FORMAL	TAHUN ANGGARAN 2022				Total Pegawai Tahun 2022	TAHUN ANGGARAN 2023				Total Pegawai Tahun 2023
			EXISTING					EXISTING				
			PNS	NON PNS	PART TIME	PHL		PNS	NON PNS	PART TIME	PHL	
	Medik											
2	Pengelola Pelayanan Kesehatan	D3 Keperawatan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	Pengadministrasi Umum	D3	0	3	0	0	3	0	3	0	0	3
		SMA	0	5	0	0	5	0	5	0	0	5
4	Pramu Bakti	SMA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	Koordinator Penunjang Medik	S1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1
6	Pengolah Pelayanan Penunjang Medis	D3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	Pengadministrasi Pelayanan Penunjang Medis	S1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	Petugas Pelayanan Penunjang Medis	SMA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	Petugas Tata Boga	SMA	0	4	0	0	4	0	4	0	0	4
10	Petugas CSSD	SMA	0	2	0	0	2	0	2	0	0	2
11	Petugas Laundry	SMA	0	2	0	0	2	0	2	0	0	2
VI	MEDIS											
1	Dokter Spesialis	Profesi dr Spesialis Obstetri & Gynaekologi	0	1	2	0	3	0	1	2	0	3

NO	NAMA JABATAN	PENDIDIKAN FORMAL	TAHUN ANGGARAN 2022				Total Pegawai Tahun 2022	TAHUN ANGGARAN 2023				Total Pegawai Tahun 2023
			EXISTING					EXISTING				
			PNS	NON PNS	PART TIME	PHL		PNS	NON PNS	PART TIME	PHL	
		Profesi dr Spesialis Anak	0	1	1	0	2	0	1	1	0	2
		Profesi dr Spesialis Penyakit Dalam	0	1	1	0	2	0	1	2	0	3
		Profesi Spesialis Saraf / Neurologi	0	1	1	0	2	0	1	1	0	2
		Profesi Spesialis Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1
		Profesi Spesialis Ilmu Bedah	0	2	0	0	2	0	2	0	0	2
		Profesi Spesialis Anestesiologi	0	1	1	0	2	0	1	1	0	2
		Profesi Spesialis Patologi Klinik	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1
		Profesi Spesialis Radiologi	0	0	1	0	1	1	0	1	0	2
		Profesi Spesialis Mata	1	0	0	0	1	1	1	0	0	2

NO	NAMA JABATAN	PENDIDIKAN FORMAL	TAHUN ANGGARAN 2022				Total Pegawai Tahun 2022	TAHUN ANGGARAN 2023				Total Pegawai Tahun 2023
			EXISTING					EXISTING				
			PNS	NON PNS	PART TIME	PHL		PNS	NON PNS	PART TIME	PHL	
		Profesi Spesialis THT-KL	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1
		Profesi Spesialis Konservasi Gigi	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1
		Profesi Spesialis Paru	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
2	Dokter	Profesi Dokter	4	13	0	0	17	4	13	0	0	17
3	Dokter Gigi	Profesi Dokter Gigi	4	0	0	0	4	4	0	0	0	4
VII KEPERAWATAN												
1	Perawat Ahli	S1 Keperawatan	1	4	0	0	5	1	4	0	0	5
2	Perawat	D3 Keperawatan	5	68	0	0	73	5	69	0	0	74
3	Perawat Gigi	D3 Perawat Gigi	1	2	0	0	3	1	1	0	0	2
4	Bidan	D3 Kebidanan	6	11	0	0	17	5	11	0	0	16
VIII TENAGA KES LAINNYA												
1	Apoteker	Profesi Apoteker	0	6	0	0	6	0	6	0	0	6
2	Asisten Apoteker	D3 Farmasi	2	7	0	0	9	2	7	0	0	9
3	Sanitarian	D3 Kesehatan Lingkungan	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1
4	Nutrisionis	D3 Gizi	0	2	0	0	2	0	2	0	0	2

NO	NAMA JABATAN	PENDIDIKAN FORMAL	TAHUN ANGGARAN 2022				Total Pegawai Tahun 2022	TAHUN ANGGARAN 2023				Total Pegawai Tahun 2023
			EXISTING					EXISTING				
			PNS	NON PNS	PART TIME	PHL		PNS	NON PNS	PART TIME	PHL	
5	Pranata Laboratorium	D3 Analisis Kesehatan	0	10	0	0	10	0	10	0	0	10
6	Radiografer	D3 Radiodiagnostik	1	5	0	0	6	1	5	0	0	6
7	Teknik Elektromedik	D3 ATEM	0	2	0	0	2	0	2	0	0	2
8	Perekam Medis	D3 Rekam Medik	0	4	0	0	4	0	4	0	0	4
9	Fisioterapis	D3 Fisioterapis	0	3	0	0	3	0	3	0	0	3
10	Pembimbing Kesehatan Kerja	S1 Kesehatan dan Keselamatan Kerja	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1
11	Refraksionis Optisen	D3 Refraksionis Optisen	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1
IX	PHL											
1	Petugas Keamanan	SMA	0	0	0	31	31	0	0	0	30	30
2	Petugas Kebersihan	SMA	0	0	0	17	17	0	0	0	17	17
JUMLAH							287					287

Daftar SDM RSUD Pesanggrahan pada tahun 2023 untuk dokter spesialis yang praktek di RSUD Pesanggrahan dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 9. Dokter Spesialis RSUD Pesanggrahan

No	Nama Dokter	Spesialisasi
1	dr. Grecia Rachmaningrum. Sp.PD	Dokter Spesialis Penyakit Dalam
2	dr. Jerry Eddy Putra Boer. Sp.PD	Dokter Spesialis Penyakit Dalam
3	dr. Ahmad Yusran. Sp.PD	Dokter Spesialis Penyakit Dalam
4	dr. Herwasto Kuncoroyakti J. Sp.A	Dokter Spesialis Anak
5	dr. Felicia Sidarta. Sp.A	Dokter Spesialis Anak
6	dr. Cherysa Rifiranda. Sp.OG	Dokter Spesialis Obgyn
7	dr. Muhammad Ikhsan. Sp.OG	Dokter Spesialis Obgyn
8	dr. Yulius Wimbo Sinadhi Saksono. Sp.B	Dokter Spesialis Bedah
9	dr. Asian Edward Sagala. Sp.B	Dokter Spesialis Bedah
10	dr. Andini Aswar. Sp.S	Dokter Spesialis Syaraf
11	dr. Lubna Muhammad Qadri. Sp.S	Dokter Spesialis Syaraf
12	dr. Meristiana Christiane. Sp.THT-KL	Dokter Spesialis THT
13	dr. Christofer Muliadi Siangian. Sp. Rad	Dokter Spesialis Radiologi
14	dr. Magdalena Tobing. Sp. PK	Dokter Spesialis Patologi Klinik
15	dr. Karlina Mahardieni. Sp. An	Dokter Spesialis Anestesi
16	dr. Ranis Sherafica. Sp.An	Dokter Spesialis Anestesi
17	dr. Melda Lamtiur. Sp. KFR	Dokter Spesialis Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi
18	dr. Nailul Authoriyah. Sp.M	Dokter Spesialis Mata
19	drg. Fitri Reflan. Sp.KG	Dokter Gigi Spesialis Endodonsi

Pelayanan Poli Rawat Jalan RSUD Pesanggrahan merupakan salah satu pelayanan yang dimiliki oleh RSUD Pesanggrahan. Pelayanan Poli Rawat Jalan RSUD Pesanggrahan. Pelayanan di unit rawat jalan mengalami berbagai perubahan selama tahun 2021 dan menuntut adaptasi kebiasaan baru terkait pandemi Covid-19. pelayanan dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Poliklinik rawat jalan RSUD Pesanggrahan terletak di lantai 1 dan lantai 2. Poliklinik tersebut terdiri dari 14 poliklinik yaitu:

1. Klinik Anak
2. Klinik Penyakit Dalam
3. Klinik Neurologi
4. Klinik Bedah
5. Klinik Obgyn
6. Klinik THT
7. Klinik Rehab Medik
8. Klinik Gigi
9. Klinik Mata
10. Klinik Jiwa
11. Klinik Saraf
12. Klinik TB DOTS
13. Klinik HIV/ AIDS
14. Klinik MCU

Poliklinik Rawat Jalan RSUD Pesanggrahan buka setiap hari Senin – Sabtu. dengan pelayanan pagi dimulai dari pukul 08.00-12.00 dan untuk pelayanan siang dimulai pukul 13.00-17.00. Berikut jadwal praktek untuk poliklinik rawat jalan :

Tabel 10. Jadwal Poliklinik Rajal Spesialis

JADWAL POLIKLINIK RAWAT JALAN SPESIALIS				
UPDATE : JAN 2023				
NO	KLINIK	DOKTER	JADWAL PRAKTIK	JAM PRAKTIK
1	DALAM	dr. Grecia Rachmaningrum. Sp. PD	Selasa . Kamis	08:00 - 13:00
			Sabtu	08.00 - 12.00
		dr Jerry Edya Putra Boer SpPD	Senin.Rabu.Jumat.	07:30 - 12:30
			Sabtu	07:30 - 10:30
			Selasa dan Kamis	14:00 - 17:00
		dr Ahmad Yusran SpPD	senon.Rabu.Jumat	14.30 - 17.30

2	ANAK	dr. Herwasto Kuncoroyakti J. Sp.A	Senin s/d Sabtu	08:00 - 10.00
		dr. Felicia Sidarta. Sp.A	CUTI MELAHIRKAN	
3	BEDAH	dr. Yulius Wimbo S S. M.B. Sp. B	Senin s/d Sabtu	09:00 - 11:00
		dr. Asian Edward Sagala. Sp.B	Senin s/d Jumat	14:00 - 16:00
			Sabtu	12:00-14:00
4	OBGYN	dr. Cherysa Rifandra. Sp.OG	Senin	09:00 - 11:00
			Selasa. Kamis	09.00 - 11.00
		dr. Muhammad Ikhsan. Sp.OG*	Senin	13.00 - 16.00
			Rabu dan Jumat	08.00-13.00
			Selasa dan Kamis	07.30-09.00
			Selasa dan Kamis	11.00-13.00
			Sabtu	08:00 - 10.00
5	SYARAF	dr. Lubna Muhammad Qadri. Sp. S	Senin. Rabu. Jumat	07:30 - 10:30
			Selasa . Kamis. Sabtu	07:30 - 10:00
		dr. Andini Aswar. Sp. S	Selasa dan Kamis	08:00 - 11:00
6	MATA	dr. Nailul Authoriyah. Sp.M	Senin Siang	14.00 - 15.00
			Selasa dan Rabu Pagi	08:00 - 11:30
			Selasa dan Rabu Siang	13:00 - 15:00
			Kamis dan Jum'at	08:00 - 11:30
7	THT	dr. Meristiana Cristiane. Sp. THT - KL (dokter pengganti)	Senin. Rabu.	15:00 - 17:00
			Jumat	13:00 - 15:00
8	KONSERVASI	drg Fitri Reflan.Sp.KG	Senin.Rabu. Kamis	13:00 - 15:00

	GIGI		Selasa pagi. Sabtu	08:00 -11:00
			Selasa siang	13.00 - 15.00
9	REHAB MEDIS	dr Melda Lamtiur Sp.KFR	Senin sd Jumat Pagi	09:00-12:00
			Senin sd Jumat Siang	13.00 -15.00
10	RADIOLOGI / USG	dr Christopher Muliadi Siagian	Senin. Rabu	07.30-09.30
			Jumat	10.00 - 12.00
11	PATOLOGI KLINIK	dr Magdalena Tobing Sp.PK	Selasa. Kamis. Jumat	09.00 - 12.00
12	ANASTESI	dr Karlina Mahardieni Sp.An	Selasa. Rabu. Jumat	09.00 - 10.00
		dr Ranis Sherafica. Sp.An	Sabtu	09:00 -12:00

Tabel 11. Data Pegawai yang Pensiun pada Tahun 2023

No	Nama	Nama Jabatan	Keterangan
1	dra.Desi Prijanthy, Apt, MM	Kepala Bidang Pelayanan Penunjang	Pensiun
2	drg. Lindawati	Koordinator Instalasi Penunjang Medik	Pensiun Dini
3	Eko Iwan Setiadi, A.Md.KL	Pengurus Barang Pembantu	Pensiun Dini

Berdasarkan tabel data diatas pegawai yang pensiun di tahun 2023 terdapat 3 (tiga) pegawai di RSUD Pesanggrahan. Pegawai tersebut terdiri dari Kepala Bidang Pelayanan Penunjang 1 (satu), Koordinator Instalasi Penunjang Medik (satu), Pengurus Barang Pembantu 1 (satu)

Tabel 12. Data Pegawai yang Mengundurkan Diri pada Tahun 2023

No	Nama	Nama Jabatan	Keterangan
1	dr. Renny Anggia, Sp.OG	Dokter Spesialis Obgyn	Mengundurkan Diri
2	dr. Felly	Dokter Umum	Mengundurkan Diri (PPDS)
3	Ricky Afdillah, A.Md.KG	Perawat Gigi	Mengundurkan Diri (PPPK)
4	dr. Yodi Setiawan	Dokter Umum	Mengundurkan Diri (PPDS)

5	Febbi Lextia Putra, A.Md.Kep	Perawat Terampil	Mengundurkan Diri)
6	dr. Ranis Cherafica, Sp.An	Dokter Spesialis Anestesi	Mengundurkan Diri
7	dr. Felicia Sidarta,Sp.A	Dokter Spesialis Anak	Mengundurkan Diri

Berdasarkan tabel data diatas pegawai yang mengundurkan diri di tahun 2023 terdapat 7 (tujuh) pegawai di RSUD Pesanggrahan. Pegawai tersebut terdiri dari Dokter Spesialis 3 (tiga), Perawat 1 (satu), Perawat Gigi 1 (satu), Dokter Umum 2 (dua).

b. Sumber Daya Sarana dan Prasarana

Sarana prasarana yang dimiliki RSUD Pesanggrahan yang merupakan Rumah Sakit Kelas C dan berjumlah 100 tempat tidur yaitu terdiri dari :

1. Gedung
2. Kendaraan
3. Sarana Informasi
4. Inventaris Barang

1. Gedung

Berdasarkan Peraturan Gubernur Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta nomor 328 Tahun 2016 tentang pembentukan organisasi dan tata kerja Rumah Sakit Umum Kelas D bahwa dalam merespon peningkatan kebutuhan masyarakat terhadap akses layanan kesehatan sekunder yang lebih merata, perlu mengembangkan kapasitas dan jenis pelayanan Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas menjadi Rumah Sakit Umum Kelas D). Rumah Sakit Umum Kelas D tersebut ditetapkan namanya menjadi Rumah Sakit Umum Kecamatan (RSUK) Surat Keputusan Gubernur Provinsi DKI Jakarta Nomor 1024 tahun 2014 dan pada tahun 2017 RSUD Pesanggrahan ditetapkan sebagai Rumah Sakit Umum Daerah Kelas D.

Rumah Sakit Umum Daerah Pesanggrahan Pemerintah Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta yang diresmikan ,menjadi RSUD Pesanggrahan merupakan pemberi pelayanan kuratif, rehabilitatif, promotif, dan preventif, serta menempati peran penting dalam sistem pelayanan kesehatan.

Pada Tahun 2019 sesuai Surat Keputusan Gubernur Nomor 1677

tahun 2019 tertanggal 6 Desember 2019 RSUD Pesanggrahan ditetapkan sebagai Rumah Sakit Umum Daerah kelas C, mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dengan mengutamakan upaya penyembuhan (kuratif), pemulihan (rehabilitasi) yang dilakukan secara terpadu dengan upaya pencegahan (preventif) dan peningkatan (promotif) serta melaksanakan upaya pelayanan forensik klinik.

Gambar 2. 2. Tampak Depan RSUD Pesanggrahan



Rumah Sakit Umum Daerah Pesanggrahan terletak di Kota Administrasi Jakarta Selatan dan merupakan daerah pemukiman padat penduduk, Luas wilayah Kecamatan Pesanggrahan adalah 1345 Ha, terdiri dari 5 (Lima) Kelurahan, 51 (Lima Satu) Rukun Warga, 526 (Lima Ratus dua Pulu Enam) Rukun Tetangga. Rumah Sakit Umum Daerah Pesanggrahan terletak di Jalan Cenek I Nomor I Kelurahan Pesanggrahan Kecamatan Pesanggrahan Kota Administrasi Jakarta Selatan. Luas tanah 2334 m² dengan luas bangunan sebesar 3000 m². Batas wilayah Kecamatan Pesanggrahan yaitu :

- Sebalah Utara : Kel. Joglo dan Srengseng Kota Administrasi Jakarta Barat
- Sebelah Selatan : Kel. Rempoa Kec. Ciputat Provinsi Banten
- Sebelah Timur : Kali Pesanggrahan Kec. Kebayoran Lama
- Sebelah Barat : Kel. Kreo dan Pondok Betung Kecamatan Pondok Aren Provinsi Banten

Sarana gedung RSUD Pesanggrahan dilengkapi dengan fasilitas satu lift untuk pasien dan pengunjung. Pengunjung juga dapat

menggunakan 2 (dua) tangga darurat biasa apabila dibutuhkan. Untuk fasilitas Ram hanya ada sampai lantai 2. Fasilitas lain terdapat listrik dengan kekuatan 197 KVA dan 41 KVA untuk dapur gizi dan kantor bagian manajemen. Pada saat listrik padam dapat digantikan dengan genset berdaya listrik 325 KVA tetapi daya kapernya yang bisa di gunakan 250 KVA dan dapat mengakomodir beban hanya sebesar 80 % dan ada Genset yang dimiliki sekarang merupakan hibah dari Puskesmas Kecamatan Pesanggrahan yang memiliki daya 100 KVA tetapi Genset tersebut sudah tidak bisa di pergunakan (Rusak berat).

• **Pengembangan Gedung di Tahun 2023**

Bangunan Rumah Sakit Umum Daerah Pesanggrahan terdiri dari Gedung depan dengan 3 lantai dan Gedung belakang dengan 4 lantai. Gedung RSUD Pesanggrahan memiliki 2 masa atau Gedung yang bergabung menjadi satu antara lain :

Tabel 13. Daftar ruangan lantai 1 s.d 4

Lantai 1	Lantai 2
<ul style="list-style-type: none"> • Instalasi Gawat Darurat (IGD) • Tenda Skrining • Loker Pendaftaran • Loker Kasir • Instalasi Farmasi • Klinik Umum / MCU • Klinik TB-DOTS • Kamar Bersalin • Laboratorium • Radiologi • Klinik Rehabilitasi Medik 	<ul style="list-style-type: none"> • Klinik Gizi • Klinik Saraf • Klinik Anak • Klinik Gigi • Klinik Penyakit Dalam • Fisioterapi • Klinik Mata • Klinik THT • Ruang Audiometri • Klinik Bedah • Klinik Kebidanan
<ul style="list-style-type: none"> • Rawat Inap Kebidanan (R. Anturium) • Klinik Psikiatri & ruang tes MMPI • Laundry • Kamar Jenazah • Gudang B3, Gudang Umum, Gudang ART 	<ul style="list-style-type: none"> • Rawat Inap Infeksius (R. Aglonema) • Ruang IT & Humas • Rekam Medis • Gudang Farmasi • Nurse Station

Lantai 3	Lantai 4
<ul style="list-style-type: none"> • Ruang HCU • Ruang ICU • R. Perinatologi • R. NICU / PICU • Ruang Perawatan Anak • Ruang Perawatan Dewasa Non Infeksius (R. Adenium) • Kamar Operasi • Ruang CSSD 	<ul style="list-style-type: none"> • Rawat Inap Dewasa (R. Bromelia) • Ruang Komite Keperawatan

Untuk aktivitas manajerial, dapur, dan gudang ATK, pada sejak tahun 2020 dipindahkan ke Ruko Grand Centro yang letaknya sekitar 400 m2 dari lokasi rumah sakit.

Fasilitas lainnya adalah layanan telepon dan internet sedangkan sarana air bersih dari air tanah menggunakan sumur pompa jet. Untuk pengolahan air limbah dilengkapi dengan IPAL yang terpelihara dan selalu dilakukan pengecekan mikrobiologi dan kimia yang bekerja sama dengan laboratorium BPLH. Sedangkan pengelolaan sampah medis bekerja sama dengan pihak ketiga (PT. Arah) untuk limbah non medis RSUD Pesanggrahan bekerja sama dengan Dinas Kebersihan Jakarta Selatan.

Pengembangan Gedung RSUD Pesanggrahan yang dilakukan pada Tahun 2023 yaitu pengembangan dan perbaikan fasilitas pelayanan berupa pemindahan layanan penunjang dari lantai 3 kelantai 1 yaitu Laboratorium, Radiologi, dan Rehabilitasi Medik, renovasi pos security, kamar mandi disabilitas, Gudang Obat, Poli TB, Poli Rawat Luka, Ruang Laktasi dan Ruang Poli Tambahan.

• Pengembangan dan Renovasi Gedung Tahun 2023

Pada tahun 2023, unit Laboratorium, unit Radiologi dan unit Fisioterapi ini pindah ke lantai satu, berada pada satu area yang berdekatan.

Hal ini bertujuan untuk memberikan pelayanan lebih baik kepada pasien terutama pasien lansia yang banyak menggunakan pelayanan dari ketiga unit ini.

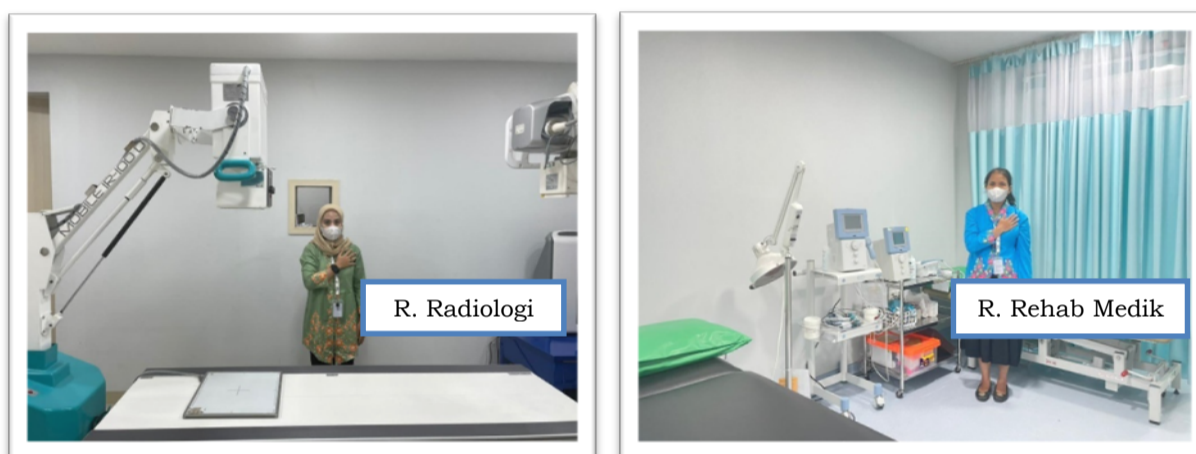
Pemindahan ini juga dalam rangka memenuhi persyaratan KRIS BPJS, yang akan diterapkan pada tahun 2025. Sehingga semua faskes

yang akan bekerja sama dengan BPJS wajib memenuhinya.

Bersamaan dengan selesainya ketiga ruang ini, berbagai macam pelayanan pun ditingkatkan, yang berdampak dengan peningkatan jumlah kunjungan pasien.

Unit Rawat Gawat Darurat & intensif melayani pasien Emergency Surgery dan Medical Emergency non Surgery selama 24 jam, layanan Rawat Darurat berkoordinasi dan berkolaborasi dengan ICU, HCU, PICU, NICU, PERINA dan rawat inap yang memberikan pelayanan 24 jam merupakan pintu gerbang masuknya pasien yang membutuhkan pertolongan cepat dan tepat. Menggunakan sistem TRIAGE (Sistem Seleksi Penderita) pasien di katogorikan sesuai dengan tingkat kegawatan dan prioritas penanganannya. Untuk memberikan pelayan tersebut RSUD Pesanggrahan melakukan renovasi ruangan IGD di sesuai dengan standar kebutuhan untuk memberikan kenyamanan dalam pelayan di IGD.

Gambar 2. 3. Ruang yang mengalami perbaikan atau renovasi tahun 2023





Laboratorium



R. Radiologi



R. Rehab Medik



R. Rawat Luka



R. IGD

RSUD Pesanggrahan telah mengembangkan sistem pendaftaran secara online melalui Jak sehat, JKN Mobole dengan Kanza, dengan penembangan layanan ini di sediakan 3 (Tiga) anjungan Kioska untuk pendaftaran pasien BPJS dan pasiaen umum. Dengan pendaftaran secara online dapat memberikan pelayanan sesuai dengan system yang sudah ada dan memudahkan pasien untuk mendaftar dan tidak terjadi antrian yang Panjang di RSUD Pesanggrahan.

Gambar 2. 4. Ruang Pendaftaran dan lobby antrian pasien



Instalasi Farmasi Rumah Sakit adalah suatu unit di rumah sakit yang merupakan fasilitas penyelenggaraan kefarmasian di bawah pimpinan seorang Apoteker dan memenuhi persyaratan secara hukum untuk mengadakan , menyediakan dan mengelola seluruh aspek penyediaan perbekalan kesehatan di Rumah Sakit. Instalasi Farmasi RSUD Pesanggrahan melayani pasien selama 24 (dua puluh empat) jam. Maka untuk memberikan pelayanan yang terjamin keasliannya, cepat, tepat dan akurat di berikan ruangan yang nyaman dan tertata dengan baik sesuai dengan standart yang ada.

Gambar 2. 5. Ruang Farmasi



Ruang Petugas Keamanan (POS Security) dibangun pada tahun 2023. Pembangunan Pos Security tersebut bertujuan sebagai fasilitas pendukung keamanan untuk menjaga keamanan terkait pemeriksaan semua tamu maupun kendaraan yang masuk kedalam rumah sakit untuk mencegah bahaya yang mengancam lingkungan rumah sakit dan pasien yang berada di rumah sakit. Pos tersebut juga berfungsi sebagai tempat penyimpanan barang petugas keamanan yang sedang bertugas serta pemantauan CCTV selama 24 jam untuk area yang ada disekitar Rumah Sakit.

Gambar 2. 6. Ruang Petugas Keamanan (POS Security)



Perbaikan tanaman di RSUD Pesanggrahan sudah ada sejak tahun 2016, tetapi seiring dengan berjalannya waktu keadaan tersebut kurang terawat dengan baik serta tanaman-tanaman yang ditanam tersebut kurang bervariasi. Pada Tahun 2023 dilakukanlah perbaikan tanaman RSUD Pesanggrahan dengan dilakukan pemeliharaan yang terjadwal setiap harinya. Perbaikan tanaman ini bertujuan untuk memberikan lingkungan rumah sakit yang asri dan nyaman untuk seluruh pengunjung dan pasien rumah sakit serta sebagai nilai tambah dalam estetika keindahan rumah sakit.

Gambar 2. 7. Perbaikan Vertical Garden RSUD



• **Pengembangan Pelayanan Rawat Inap**

Instalasi Rawat Inap merupakan unit pelayanan non struktural yang menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan rawat inap. Pelayanan rawat inap adalah pelayanan terhadap pasien masuk rumah sakit yang menempati tempat tidur perawatan untuk keperluan observasi, diagnosa, terapi, atau pelayanan medik lainnya. Rumah Sakit Umum Daerah Pesanggrahan melakukan pengembangan layanan rawat inap pada tahun 2022, penambahan jumlah bed menjadi 100 (seratus) tempat tidur yang disesuaikan dengan situasi dan kondisi pasien di RSUD Pesanggrahan sehingga terjadi perubahan jumlah tempat tidur untuk memenuhi kebutuhan rawat inap pelanggannya. Pengembangan fasilitas pelayanan kamar rawat inap dengan hepa filter bertekanan negatif sesuai dengan kebutuhan rawat inap.

Rawat Inap RSUD Pesanggrahan sesuai dengan SK Direktur RSUD Pesanggrahan Nomor 71,1 Tahun 2022 Tanggal 10 Maret 2020 Tentang Penetapan di Ruang Perawatan terdiri dari :

Tabel 14. Ruang Perawatan

LANTAI	NAMA RUANGAN	JUMLAH TEMPAT TIDUR	KETERANGAN
Lantai 1	Anthurium 1	5	Rawat Inap Dewasa
	Anthurium 2.1	6	Rawat Inap Dewasa
	Anthurium 2.2	2	Rawat Inap Dewasa
	Anthurium 2.3	3	Rawat Inap Dewasa
	Anthurium 3	5	Rawat Inap Kebidanan
	Anthurium 4	4	Rawat Inap Kebidanan
	Anthurium 5	4	Rawat Inap Kebidanan
	Anthurium 6	1	IWL (Ruang Transit IGD)

LANTAI	NAMA RUANGAN	JUMLAH TEMPAT TIDUR	KETERANGAN
	Anthurium 7	2	Ruang Bersalin
Lantai 2	Aglonema 1	5	Rawat Inap Isolasi
	Aglonema 2	5	Rawat Inap Infeksius
	Aglonema 3	5	Ruang ICU Isolasi
	Aglonema 4	5	Rawat Inap Infeksius
	ICU Aglonema	2	Ruang ICU Isolasi
Lantai 3	Adenium 1	2	Rawat Inap Dewasa
	Adenium 2	6	Rawat Inap Dewasa
	Adenium 3	6	Rawat Inap Dewasa
	ICU	2	ICU Non Isolasi
	HCU	1	HCU
	Perinatologi	6	Perinatologi
	NICU	2	
	PICU	1	
Lantai 4	Bromelia 1	4	Rawat Inap Anak
	Bromelia 2	2	Rawat Inap Anak
	Bromelia 3	6	Rawat Inap Dewasa
	Bromelia	3	Rawat Inap Dewasa
	Bromelia	3	Rawat Inap Dewasa
	Bromelia	2	Rawat Inap Anak
Jumlah		100 Bed	

Terkait pelayanan rawat inap, beberapa sarpras masih mengalami kekurangan dari sisi jumlah maupun kondisi yang rusak

a. Bed Pasien

Roda bed pasien beberapa dalam kondisi rusak , dengan rincian sebagai berikut :

- Bromelia : roda bed rusak 6
- Anthurium : roda bed rusak 4
- Aglonema : roda bed rusak 14
- Adenium : roda bed rusak 8

b. Nakas Pasien

Jumlah nakas yang kurang :

- Aglonema : 2
 - Bromelia : 2
- c. Tiang Infus
Jumlah tiang infus yang kurang :
- Aglonema : 12
 - Bromelia : 2
- d. Meja Makan Pasien
Jumlah meja makan yang kurang :
- Aglonema : 2
 - Bromelia : 20

Gambar 2. 8. Perkembangan Pelayanan Rawat Inap



- **Pengembangan Pelayanan HCU dan ICU (*Intensive Care Unit*)**
Ruang ICU RSUD Pesanggrahan dibentuk pada tanggal 1

Oktober 2020. Terdiri dari HCU 1 (satu) tempat tidur , dan ICU ruang isolasi 2 (dua) tempat tidur ruang ICU Non Isolasi (dua) tempat tidur.

Tabel 15. Sarana di Ruang HCU dan ICU

NO	NAMA BARANG	JUMLAH	MEREK	KONDISI	KETERANGAN
1	Ventilator	2	Neumovent	Baik	2020
		1	Mindray SV800Premium	Baik	2023
		1	Bennet	Baik	2015
2	Monitor	2	Philips	Baik	2016
	Monitor	2	Philips	Baik	2021
	Monitor	2	Philips	Baik	2022
3	Infus Pump	4	Mindray	Baik	2017
		2	Terumo	Baik	2020
		1	Mindray	Baik	2023
4	Syringe Pump	4	B-Braun	Baik	2016
		3	Terumo	Baik	2020
		3	Mindray PCA	Baik	2023
		4	Mindray	Baik	2023
5	EKG	1	Zoncare	Baik	2020
6	Defibrilator	1	zool	Baik	2019
7	Bed Otomatis	2	Paramount	Baik	2016
		1	Paramount	Baik	2019
		2	Paramount A6	Baik	2022
8	Termometer	1	Microlife	Baik	2016
		1	Berrcomm	Baik	2021
9	Hecting Set	2		Baik	2023
10	Film Viewer	1	Gris	Baik	2017
11	Kasur	2	Dyna Care	Baik	2016
	Decubitus	2	Arnes	Baik	2021
12	Troly Emergency	1	Max	Baik	2016
13	Meja	2	AGS	Baik	2020
	Observasi	1		Baik	2023
14	Laringoskop Adult	1	Riester Germany	Baik	2018
15	Laringoskop	1	Kawe	Baik	2023
	Pediatrik	1	Riester Germany	Baik	2018
16	Baging Adult	1	Blue Cross	Baik	2022
		1	Serenity	Baik	2023
17	Stetoskop Dewasa	2	Spirit	Baik, 1 Rusak	2016
		1	ABN	Baik	2016
		2	Litmann	Baik	2022

NO	NAMA BARANG	JUMLAH	MEREK	KONDISI	KETERANGAN
18	Stetoskop Anak	1	Litmann	Baik	2022
19	Meja Nurstation	1	Alba	Baik	2017
20	Lemari Alkes	1	Informa	Baik	2019
21	Komputer	2	HP	Baik	2019
22	Troly Tindakan	2		Baik	2018
23	Suction	2	Medela	Baik	2021
		2	Medela	Baik	2023

- **Pengembangan Sarana dan Prasarana**

Pengembangan Sarana dan Prasarana RSUD Pesanggrahan Tahun 2021 yaitu tersedianya Fasilitas telephon line, kamera pengawas CCTV dan internet sedangkan sarana air bersih dari air tanah menggunakan sumur pompa jet. Untuk pengolahan air limbah dilengkapi dengan IPAL yang terpelihara dan selalu dilakukan pengecekan bakteriologi dan chemical yang bekerja sama dengan laboratorium lingkungan jakarta. Sedangkan pengelolaan sampah medis bekerja sama dengan pihak ketiga (PT Arah) untuk limbah non medis RSUD Pesanggrahan bekerja sama dengan Suku Dinas Lingkungan Hidup Jakarta Selatan. Sesuai dengan standar akreditasi, TPS memiliki *chiller* untuk penyimpanan sampah.

Gambar 2. 9. TPS



2. Kendaraan

RSUD Pesanggrahan mempunyai 2 unit kendaraan operasional roda empat, 1 unit kendaraan operasional roda dua dan 2 unit ambulance dengan spesifikasi :

a. Kendaraan Operasional

- Mobil Kantor merk Suzuki Type APV Duluxe dengan nomor polisi B 1784 PQS dengan kapasitas ruang bakar 1500cc tahun pembuatan 2016
- Mobil Kantor merk Isuzu Type NHR 55 dengan nomor polisi B 7152 BO dengan kapasitas ruang bakar 2771 cc tahun pembuatan 2005 Motor dengan merek Suzuki type FL125SCD/Axello dengan nomor polisi B 6860 PTQ dan kapasitas ruang bakar 125 cc tahun pembuatan 2012.

b. Ambulance

RSUD Pesanggrahan mempunyai 2 ambulance dengan spesifikasi sebagai berikut ini :

- **Ambulance 1 :**

Mobil penumpang merk Toyota HiAce type HiAce Commuter MT dengan nomor polisi B 1355 PHX, bahan bakar Solar, ruang bakar 2.494 cc, tahun pembuatan 2018

- **Ambulance 2 :**

Mobil penumpang merk Toyota HiAce type HiAce Commuter MT dengan nomor polisi B 1580 PHX, bahan bakar Solar, ruang bakar 2.982 cc, tahun pembuatan 2022

Gambar 2. 10. Kendaraan Ambulance dan Operasional



3. Sarana Informasi

Fasilitas informasi yang dimiliki RSUD Pesanggrahan adalah telepon line dan internet sehingga masyarakat bisa mengakses langsung ke link RSUD Pesanggrahan, yaitu :

Website : <https://rsudpesanggrahan.jakarta.go.id>
 E mail : rsudpesanggrahan@gmail.com;
 Fax : -
 Telephone : 021-73665219
 Instagram : @rsudpesanggrahan
 Youtube : rsudpesanggrahan

a. Hardware (Perangkat keras)

Perangkat keras yang dimiliki RSUD Pesanggrahan merupakan sebuah sarana yang dipergunakan oleh pegawai Rumah Sakit untuk membantu kegiatan pelayanan atau kegiatan administrasi lainnya. Berikut disajikan daftar hardware Rumah Sakit pada tabel dibawah ini :

Tabel 16. Hardware IT di RSUD Pesanggrahan

No	Nama Barang	Lokasi Barang	Jumlah Barang
1	Komputer	RS	68
		RUKO	23
2	Laptop	RS	9
		RUKO	5
3	Printer	RS	18
		RUKO	6
4	Printer Termal	RS	7
		RUKO	1
5	Scanner	RS	2
		RUKO	4
6	UPS	RS	26
		RUKO	4
7	Monitor	RS	8
		RUKO	1
8	Router WIFI	RS	8
		RUKO	4
9	CCTV(DVR,NVR)	RS	64
		RUKO	-
10	SERVER	RS	3
		RUKO	1
11	Rak SERVER	RS	1
		RUKO	-
12	TV	RS	17
		RUKO	1
13	Mesin Absensi	RS	2
		RUKO	-
14	Mesin Blower	RS	1
		RUKO	-
15	Jaringan	RS	4

No	Nama Barang	Lokasi Barang	Jumlah Barang
	(ACCES SWITCH,OTB)		
		RUKO	5
16	Wall Mount Track	RS	3
		RUKO	-
17	Tangga	RS	1
		RUKO	-
18	Hardisk External	RS	5
		RUKO	4
19	Fingerprint	RS	6
		RUKO	-
20	Switch	RS	20
		RUKO	4

b. Sarana Jaringan

Sarana Jaringan yang digunakan di RSUD Pesanggrahan adalah Telepon dan Internet. Sarana Telepon menggunakan fasilitas dari PT. Telkom dan untuk provider internet ada 2 provider yang digunakan yaitu Diskominfo (100 MBps), Hipernet (100 MBps).

c. Sistem Software

Sistem informasi yang digunakan di RSUD Pesanggrahan adalah Khanza. Sistem Informasi Rumah Sakit menggunakan system Khanza antara lain :

Tabel 17. Layanan sistem Khanza

• Loket	• Gudang obat
• Kasir	• ICU
• Radiologi	• HCU
• Laboratorium	• Perina
• Farmasi	• Kebidanan
• IGD	• Keperawatan
• Rawat Jalan	• Keuangan
• Rawat Inap	• Rekam Medis
• Gizi	• Gudang obat

• Fisioterapi	• MCU
• Admission	

- a) SIMRS GOS (pengadaan)
- b) e-Cuti, modul :
 - Master data pegawai/User
 - Submit cuti tahunan
 - Submit sakit/izin
 - Histori cuti
 - Approval cuti
- c) eAbsensi, modul :
 - Master data pegawai/User
 - Management waktu kerja dan shift
 - Master data SKPD/Unit
 - Submit izin/sakit
 - Report Absen dan izin
- d) eKinerja, modul :
 - Submit SKP Tahunan
 - Submit Aktifitas utama
 - Validasi kinerja
 - Data Pengukuran
 - Data kedisiplinan pegawai
 - Data Kompetensi pegawai
 - Perhitungan penilaian pegawai
- e) eReport, modul :
 - Laporan Morning Report
 - Dokumen unit
 - Laporan kerusakan
 - Laporan tindak lanjut
- f) Web RSUD Pesanggrahan, modul :

Informasi profile RS, jadwal poliklinik, layanan ketersediaan tempat tidur, list dokter praktik, kontak Rumah Sakit dengan link sebagai berikut : <https://rsudpesanggrahan.jakarta.go.id/#>

- **Perkembangan IT**

Sistem Informasi Rumah Sakit menggunakan SIMRS Khanza yang mulai digunakan pada 17 November 2021. Sepanjang tahun 2023 SIMRS Khanza terus-menerus dilakukan pengembangan untuk menyesuaikan dengan kebutuhan pelayanan Rumah Sakit. Berikut modul yang sudah berjalan di tahun 2023 beserta persentasenya :

- Loker Pendaftaran (berjalan 100%)
- Kasir (berjalan 100%)
- Radiologi (berjalan 100%)
- Laboratorium (berjalan 100%)
- Farmasi (berjalan 100%)
- Siklus Farmasi-Gudang Obat-Pengadaan (berjalan 50%)
- IGD (berjalan 100%)
- Rawat Jalan (berjalan 100%)
- Rawat Inap (baru berjalan 45%)
- Gizi (berjalan 100%)
- Fisioterapi (berjalan 100%)
- Keuangan (berjalan 40%)
- Rekam Medis (berjalan 60%)
- Inventaris Barang Umum (0%)
- PPI (90%)
- Pengadaan (0%)
- Perencanaan (0%)
- Integrasi INA-CBGS (0%)
- Integrasi Alkes Laboratorium (100%)
- Integrasi Alkes Radiologi (60%)
- Integrasi Ketersediaan Bed BPJS (berjalan 100%)
- Integrasi Data Antrian Online BPJS (berjalan 100%)
- Integrasi Ketersediaan Bed Dinkes (berjalan 100%)
- Integrasi Data Kunjungan Dinkes (berjalan 100%)
- Integrasi Registrasi Online JakSehat Dinkes (berjalan 100%)
- Integrasi Registrasi Online Mobile JKN BPJS (berjalan 100%)
- Integrasi VCLAIM BPJS (berjalan 100%)
- Integrasi Satu Sehat Kemkes (pengerjaan 100%)

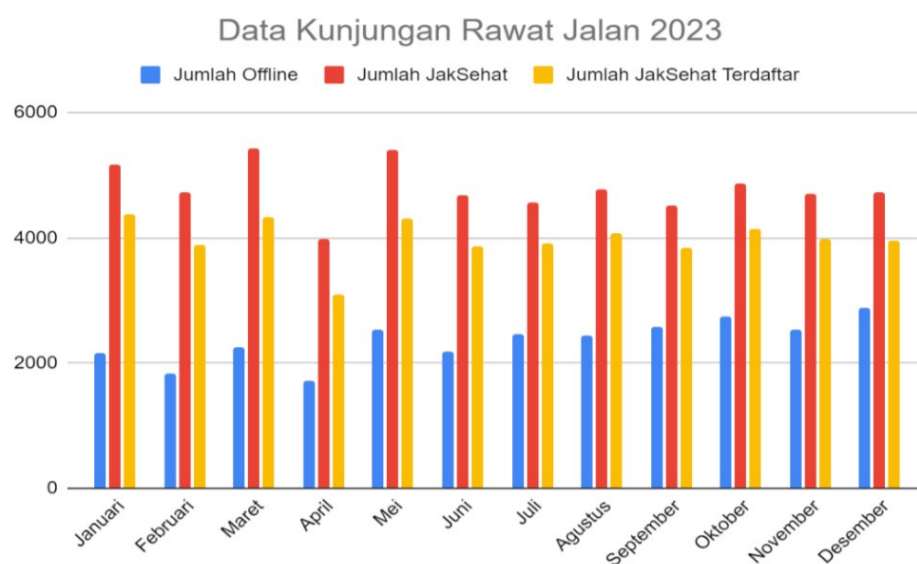
1. SIMRS GOS merupakan Sistem Informasi Rumah Sakit pendahulu yang sudah digantikan oleh SIMRS Khanza namun tetap digunakan oleh Pengadaan untuk modul Pengadaan. Sistem informasi ini mulai digunakan pada 25 Februari 2016.
2. Sistem Informasi eAbsensi merupakan sistem untuk pencatatan kehadiran karyawan via fingerprint. Sistem informasi ini mulai digunakan pada 17 November 2020. Modul :
 - Master data pegawai/User
 - Management waktu kerja dan shift
 - Master data SKPD/Unit
 - Submit izin/sakit
 - Report Absen dan izin
3. Sistem Informasi eReport merupakan sistem untuk pelaporan kerusakan dan butuh tindak lanjut dari unit terkait. Sistem informasi ini mulai digunakan pada 11 Februari 2020. Modul :
 - Laporan Morning Report
 - Dokumen unit
 - Laporan kerusakan
 - Laporan tindak lanjut
4. Website RSUD Pesanggrahan, modul :

Informasi profile RS, jadwal poliklinik, layanan ketersediaan tempat tidur, list dokter praktik, dan kontak Rumah Sakit dapat dilihat pada link berikut ini sebagai sarana informasi :
<https://rsudpesanggrahan.jakarta.go.id/#>.
5. Sistem Informasi Pemanggilan Pasien Penunjang merupakan sistem untuk menampilkan antrian dan pemanggilan pada pelayanan penunjang. Sistem informasi ini mulai digunakan pada 15 Januari 2024. Modul :
 - Tampilan Antrian
 - Pemanggilan Antrian Loket
 - Pemanggilan Pengambilan Obat Farmasi
 - Pemanggilan Pasien Lab
 - Pemanggilan Pasien Radiologi
 - Pemanggilan Pasien Fisioterapi
6. Sistem Informasi Antrian Pasien Poli Rawat Jalan merupakan sistem untuk menampilkan antrian dan pemanggilan pada pelayanan dokter Rawat Jalan. Sistem informasi ini mulai

digunakan pada 26 September 2023. Modul pada antrian pasien poli rawat jalan :

- Tampilan Antrian Poli
- Pemanggilan Antrian Dokter Poli

Untuk data kunjungan rawat jalan ditampilkan pada grafik dibawah ini :



Grafik 2. 1. Data Kunjungan Rajal 2023

• **Manajemen Bed :**

Sistem Manajemen Ketersediaan Bed untuk Dashboard Dinas Kesehatan dilakukan via integrasi data (*bridging*) dimana RSUD Pesanggrahan melakukan hit API Dinkes per satu menit untuk mengirimkan update data terbaru. Berikut tampilan dari hasil update data di website Dinkes :

Gambar 2. 11. Bed Kelas 3

RS Umum Daerah Pesanggrahan	Pria	Kapasitas 73	Tersedia 34	Update 2024-07-15 12:43:14
	Wanita	Kapasitas 0	Tersedia 0	Update 2024-07-15 12:43:14
	Anak-anak	Kapasitas 0	Tersedia 0	Update 2024-07-15 12:43:14

Gambar 2. 12. Bed HCU

RS Umum Daerah Pesanggrahan	Kapasitas 1	Tersedia 1	Update 2024-07-15 12:43:14
-----------------------------	-------------	------------	----------------------------

Gambar 2. 13. Bed Perina

RS Umum Daerah Pesanggrahan	Kapasitas 7	Tersedia 5	Update 2024-07-15 12:43:14
-----------------------------	-------------	------------	----------------------------

Gambar 2. 14. Bed ICU

RS Umum Daerah Pesanggrahan	Kapasitas 2	Tersedia 1	Update 2024-07-15 12:43:14
-----------------------------	----------------	---------------	-------------------------------

Gambar 2. 15. Bed NICU

RS Umum Daerah Pesanggrahan	Kapasitas 2	Tersedia 2	Update 2024-07-15 12:45:16
-----------------------------	----------------	---------------	-------------------------------

Gambar 2. 16. Bed PICU

RS Umum Daerah Pesanggrahan	Kapasitas 1	Tersedia 1	Update 2024-07-15 12:47:18
-----------------------------	----------------	---------------	-------------------------------

Gambar 2. 17. Bed Isolasi Tanpa Tekanan Negatif

RS Umum Daerah Pesanggrahan	Pria	Kapasitas 10	Tersedia 6	Update 2024-07-15 12:49:20
	Wanita	Kapasitas 0	Tersedia 0	Update 2024-07-15 12:49:20
	Anak-anak	Kapasitas 0	Tersedia 0	Update 2024-07-15 12:49:20

Sumber :

<http://eis.dinkes.jakarta.go.id/bedv2/>

4. Inventaris Barang

• Aset Rumah Sakit

Aset RSUD Pesanggrahan terdiri dari KIB A (Tanah), KIB B (Peralatan dan Mesin), KIB C (Gedung dan Bangunan), KIB D (Jalan, Irigasi dan Jaringan) yang bersumber dari BLUD maupun APBD.

Tabel 18. Rekapitulasi jumlah aset RSUD Pesanggrahan

No	Jenis Aset	Tahun 2022	Tahun 2023	Keterangan
1	KIB A	2	2	Tanah Bangunan Rumah Negara & Gedung RS
2	KIB B	1289	1539	Peralatan dan Mesin
3	KIB C	3	3	Rumah Negara Gol III, Bangunan Gedung Rumah sakit & Bangunan Gedung Semi Permanen
4	KIB D	1	1	IPAL
	Total Aset	1295	1545	

• Persediaan Rumah Sakit

Untuk persediaan RS terdiri dari belanja Obat, Laboratorium, BMHP, Sparepart Alkes, ATK, ART, Cetakan dan Gizi. Nilai persediaan akhir per 31 Desember 2023 adalah sebagai berikut :

Tabel 19. Data persediaan di RSUD Pesanggrahan

NO	PERSEDIAAN	JUMLAH ITEM	NILAI PERSEDIAAN
1	Persediaan Obat	1.537.161	Rp 1.596.168.592
2	Persediaan Laboratorium	10.916	Rp 496.062.093
3	Persediaan BMHP	112.124	Rp 1.369.127.146
4	Persediaan Sparepart Alkes	217	Rp 202.193.698
5	Persediaan ART	5.074	Rp 193.184.870
6	Persediaan ATK	2.267	Rp 45.937.030

7	Persediaan Cetakan	12.834	Rp 87.518.616
8	Persediaan Gizi	608	Rp 8.369.966
	TOTAL	1.681.201	Rp 3.998.562.011

5. Sumber Daya Keuangan

a. Perencanaan Awal Tahun 2023

- **Belanja APBD :**

Tabel 20. Belanja APBD 2023

NO	BELANJA APBD	JUMLAH	
1	Belanja TAL	Rp	968.841.487
2	Insentif Covid-19 Tenaga Kesehatan ASN	Rp	112.500.000
3	Insentif Covid-19 Tenaga Kesehatan Non ASN	Rp	495.000.000
4	Insentif Covid-19 Penunjang	Rp	193.500.000
5	Gaji Satpam	Rp	1.025.849.734
6	Gaji Cleaning Service	Rp	1.508.602.550
7	Gaji Non PNS	Rp	6.174.226.086
8	Belanja Modal	Rp	7.653.520.746
	TOTAL	Rp	18.132.040.603

- **Belanja BLUD :**

Tabel 21. Belanja BLUD 2023

NO	BELANJA BLUD	JUMLAH	
1	Belanja Pegawai	Rp	1.701.000.000
2	Belanja Barang dan Jasa	Rp	34.021.446.175
3	Belanja Modal	Rp	4.822.373.825
	TOTAL	Rp	40.544.820.000

- **Belanja APBDP :**

Terdapat fase perubahan APBDP Perubahan DPA dan AKB rincian belanja BLUD disahkan pada tanggal 7 November 2023. Berikut ini adalah tabel APBDP 2023 :

Tabel 22. Perubahan APBD 2023

NO	BELANJA APBD	JUMLAH	
1	Belanja TAL	Rp	968.841.487
2	Insentif Covid-19 Tenaga Kesehatan ASN	Rp	25.000.000

3	Insentif Covid-19 Tenaga Kesehatan Non ASN	Rp	260.000.000
4	Insentif Covid-19 Penunjang	Rp	112.875.000
5	Gaji Satpam	Rp	1.083.297.358
6	Gaji Cleaning Service	Rp	1.593.084.350
7	Gaji Non PNS	Rp	9.370.266.953
8	Belanja Modal	Rp	7.652.600.127
TOTAL		Rp	21.065.965.275

Tabel 23. Perubahan BLUD 2023

NO	BELANJA BLUD	JUMLAH	
1	Belanja Pegawai	Rp	2.275.000.000
2	Belanja Barang dan Jasa	Rp	36.748.059.795
3	Belanja Modal	Rp	6.844.133.440
TOTAL		Rp	45.867.193.235

Tabel 24. Rekapitulasi Program Anggaran / Kegiatan Tahun 2023

No	Program / Kegiatan Program Pembinaan Upaya Kesehatan	Anggaran Penetapan TA 2023	Anggaran Perubahan TA 2023
1	Penyediaan Jasa Komunikasi, Sumber Daya Air dan Listrik	968.841.487	968.841.487
2	Penyediaan Jasa Pelayanan Umum Kantor	2.534.452.284	2.676.381.708
3	Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	40.544.820.000	45.867.193.235
4	Pemenuhan Kebutuhan Sumber Daya Manusia - Belanja Insentif Tenaga Kesehatan Penanganan COVID-19	801.000.000	397.875.000
5	Pemenuhan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan sesuai Standar	6.174.226.086	9.370.266.953
6	Pengadaan Alat Kesehatan /Alat Penunjang Medik Fasilitas Layanan Kesehatan	7.653.520.746	7.652.600.127
JUMLAH		58.676.860.603	66.933.158.510

BAB III
TUJUAN DAN SASARAN KERJA

A. DASAR HUKUM

1. Undang – Undang Nomor 22 Tahun 1999 Tentang Pemerintahan Daerah;
2. Undang – Undang Nomor 25 Tahun 1999 Tentang Perimbangan Keuangan Pusat dan Daerah;
3. Undang – Undang Nomor 34 Tahun 1999 Tentang Pemerintahan Provinsi Daerah Khusus Ibukota Negara Republik Indonesia Jakarta;
4. Undang-Undang nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik;
5. Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan;
6. Undang-Undang nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
7. Undang-Undang nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial;
8. Undang-Undang nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan
9. Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2000 Tentang Kewenangan Pemerintah Pusat dan Kewenangan Provinsi Sebagai Daerah Otonom;
10. Peraturan Pemerintah Nomor 84 Tahun 2000 Tentang Pedoman Organisasi Perangkat Daerah;
11. Instruksi Presiden Nomor 7 Tahun 1999 Tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah;
12. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
13. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan;
15. Peraturan Gubernur Daerah Khusus Ibukota Jakarta Jakarta nomor 165 Tahun 2012 tentang Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
16. Peraturan Gubernur Provinsi DKI Jakarta Nomor 118 Tahun 2016 tentang Analisis Jabatan dan Analisis Beban Kerja pada Dinas Kesehatan;

- 17.** Peraturan Gubernur Provinsi DKI Jakarta Nomor 221 Tahun 2016 tentang Perubahan Atas Peraturan Gubernur Nomor 95 Tahun 2016 Tentang Pedoman Pemberian Penghasilan Bagi Pegawai Non Pegawai Negeri Sipil Pada Satuan Kerja Perangkat Daerah/Unit Kerja Perangkat Daerah Bidang Kesehatan;
- 18.** Peraturan Gubernur Daerah Khusus Ibukota Jakarta Jakarta nomor 20 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah dan Rumah Sakit Khusus Daerah;
- 19.** Peraturan Gubernur Provinsi DKI Jakarta Nomor 934 Tahun 2019 tentang RSUD Pesanggrahan sebagai unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta yang menerapkan pola pengelolaan Keuangan BLUD;
- 20.** Keputusan Gubernur Provinsi DKI Jakarta Nomor 1677 Tahun 2019 tentang Penyesuaian klasifikasi Rumah Sakit Umum Daerah Kelas D menjadi Rumah Sakit Umum Daerah Kelas C;
- 21.** Peraturan Gubernur Provinsi DKI Jakarta Nomor 114 Tahun 2021. tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah’;
- 22.** Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta Nomor 602 tahun 2021 tentang Pengembangan Pelayanan Unggulan dan Jejaring Layanan Rujukan RSUD dan RSKD Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta;
- 23.** Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Pesanggrahan Nomor 21 Tahun 2022 tentang Penetapan Jenis Pelayanan Kesehatan pada Rumah Sakit Umum Daerah Pesanggrahan;
- 24.** Keputusan Direktur RSUD.Pesanggrahan No. 71.1 tahun 2022 tentang Penetapan Ruang Pelayanan Rawat Inap Pada RSUD Pesanggrahan.

B. TUJUAN SASARAN DAN INDIKATOR

Menjadikan Rumah Sakit Umum Daerah Pesanggrahan sebagai salah satu Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan di bidang pelayanan dan pengembangan kesehatan untuk melaksanakan pelayanan kesehatan perorangan paripurna bersendikan upaya kuratif, promotif dan rehabilitatif serta melaksanakan upaya rujukan menuju “Jakarta Sehat untuk semua” sesuai dengan yang ditargetkan oleh Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta.

1. Sasaran dan Indikator Berdasarkan Unit Layanan

a. Bagian Administrasi Umum dan Keuangan

Tujuan

Tujuan melaksanakan pengelolaan administrasi umum, keuangan, sumber daya manusia, data dan informasi RSUD agar pasien dapat dilayani dengan semaksimal mungkin dengan memenuhi ketentuan peraturan perundangan dengan demikian dapat mencapai tujuan yang ditetapkan dalam Visi RSUD Pesanggrahan yaitu Menjadi Rumah Sakit Umum Daerah Pilihan Utama di Hati Masyarakat

• Bagian Kepegawaian

Sasaran Indikator Kinerja dan Kegiatan Bagian Kepegawaian adalah seluruh program kerja dari Bagian Kepegawaian yang mencakup kegiatan rekrutmen, remunerasi, mutasi dan peningkatan jenjang karir serta pelatihan. Koordinasi pelaksanaan kegiatan dilaksanakan oleh Direktur dan Kepala Bagian Administrasi Umum dan Keuangan serta Kepala Satuan Pelaksana.

Tabel 25. Sasaran Indikator Kinerja dan Kegiatan Bagian Kepegawaian

UNIT LAYANAN	INDIKATOR	TARGET
Administrasi Manajemen	Izin operasional RS	Masih Berlaku
	Terakreditasi	Masih berlaku
	Kelengkapan pengisian jabatan	≥ 90%
	Peraturan Internal RS	Ada
	Peraturan kepegawaian RS	Ada
	Daftar Urut Kepangkatan	Ada
	Renstra	Ada

UNIT LAYANAN	INDIKATOR	TARGET
	RKA/RBA	Ada
	Perencanaan pengembangan SDM	Ada
	Tindak lanjut hasil pertemuan Direksi	100%
	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%
	Pelaksanaan rencana pengembangan SDM	≥ 90%
	Ketepatan waktu penyusunan dan pelaporan keuangan	100%
	Ketepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap	< 2 jam
	Cost Recovery	≥ 50%
	Kelengkapan pelaporan akuntabilitas kinerja	100%
	Pelatihan staf minimal 20 jam/tahun	100%
	Ketepatan waktu pemberian intensif pegawai Non PNS	100%
	Kebijakan pelayanan pasien miskin	Tersedia
Pelayanan Pasien Miskin (kasir)	Tidak ada biaya tambahan yang ditagihkan ke pasien miskin	100%
	Semua pasien miskin dilayani	100%
Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSRS)	Adanya penanggung jawab IPSRS	SK Direktur
	Ketersediaan bengkel kerja	Tersedia
	Waktu tanggap kerusakan alat ≤ 15 menit	≥ 80%
	Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai jadwal	100%
	Ketepatan waktu kalibrasi alat	100%
	Alat ukur dan alat laboratorium dikalibrasi tepat waktu	100%
Keamanan	Petugas keamanan bersertifikat	100%
	Sistem keamanan	Ada
	Petugas keamanan berkeliling RS tiapjam	100%
	Adanya CCTV berfungsi baik	100%
	Evaluasi sistem keamanan tiap 3 bulan	100%

UNIT LAYANAN	INDIKATOR	TARGET
	Tidak ada barang milik pasien/pengunjung. pegawai hilang	100%

- **Bagian Perencanaan**

Sasaran indikator perencanaan merupakan Rencana Kerja RSUD Pesanggrahan yang berasal dari turunan Rencana Strategis Dinas Kesehatan. Renja RSUD Pesanggrahan pada tahun 2023 terdapat 3 program, 5 kegiatan dan 6 subkegiatan.

Tabel 26. Sasaran indikator Perencanaan

Program/Kegiatan/Subkegiatan	Indikator Kinerja Program / Kegiatan / Subkegiatan	Target Kinerja 2023
Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Provinsi		
Penyediaan Jasa Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah	Indeks Kepuasan Layanan Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah	3 indeks
Penyediaan Jasa Komunikasi, Sumber Daya Air dan Listrik	Jumlah Laporan Penyediaan Jasa Komunikasi, Sumber Daya Air dan Listrik yang Disediakan	12 laporan
Penyediaan Jasa Pelayanan Umum Kantor	Jumlah Laporan Penyediaan Jasa Pelayanan Umum Kantor yang Disediakan	2 laporan
Peningkatan Pelayanan BLUD		
Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	Indeks Kepuasan Layanan BLUD	3 indeks
	Jumlah BLUD yang Menyediakan Pelayanan dan Penunjang Pelayanan	1 unit kerja
Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan Dan Upaya Kesehatan Masyarakat		
Penyediaan Fasilitas Pelayanan, Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi	Persentase Dokumen Pemenuhan Ketersediaan Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik di Fasilitas Pelayanan Kesehatan milik Pemerintah Provinsi DKI Jakarta	100%
Pengadaan Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Layanan Kesehatan	Jumlah Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Layanan Kesehatan yang Disediakan	16 unit
Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi	Persentase Penduduk yang Mendapatkan Layanan Kesehatan pada Kondisi Kejadian Luar Biasa Provinsi yang Mendapatkan Pelayanan Kesehatan Sesuai Standar	100%
Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi	Jumlah Penduduk yang Mendapatkan Layanan Kesehatan pada Kondisi Kejadian Luar Biasa Provinsi yang Mendapatkan Pelayanan Kesehatan Sesuai Standar	60 orang
Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan		
Perencanaan Kebutuhan dan Pendayagunaan Sumber Daya Manusia Kesehatan untuk UKP dan UKM di Wilayah Kabupaten/Kota	Jumlah Dokumen Perencanaan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan yang Disusun Sesuai Standar	2 dokumen
Pemenuhan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan Sesuai Standar	Jumlah Sumber Daya Manusia Kesehatan yang Memenuhi Standar di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Fasyankes)	182 orang

- **Bagian Keuangan**

Indikator keuangan merupakan suatu alat yang digunakan untuk menilai kesehatan dan kinerja finansial suatu perusahaan, organisasi, atau individu. Indikator ini biasanya berbentuk rasio atau metrik yang diambil dari laporan keuangan dan data lainnya. Untuk target indikator dari layanan keuangan RSUD Pesanggrahan dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 27. Target Indikator Keuangan

NO	INDIKATOR	Bobot
1	Rasio Kas (Cash Ratio)	7.00
2	Rasio Lancar (Current Ratio)	14.00
3	Periode Penagihan Piutang (Collection Period)	7.00
4	Perputaran Aset Tetap (Fixed Asset Turnover)	7.00
5	Imbalan atas Aset Tetap (Return on Fixed Asset)	7.00
6	Imbalan Ekuitas (Return on Equity)	7.00
7	Perputaran Persediaan (Inventory Turnover)	7.00
8	Rasio Pendapatan Operasional BLUD terhadap Belanja Operasional BLUD	14.00
9	Cost Recovery Rate (Penerimaan BLUD terhadap total belanja APBD (Subsidi dan BLUD))	50

b. Pelayanan Medis

Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan melaksanakan pengukuran kinerja pelayanan menggunakan standar pelayanan yang ditetapkan oleh Keputusan Menteri Kesehatan nomor 129/Menkes/SK/II/Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit dan Peraturan Gubernur Provinsi DKI Jakarta Nomor 20 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah dan Rumah Sakit Khusus.

Tabel 28. Indikator Mutu Nasional

No	Unit Pelayanan	Indikator	Target
1	Komite PPI (Semua Unit)	Kepatuhan Kebersihan Tangan	>=85%
2	Komite PPI (Semua Unit)	Kepatuhan Penggunaan APD	100%
3	Perina dan Perawatan Anaklt.4	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%
4	IGD Kebidanan	Waktu tanggap Operasi SeksioSesarea Emergensi	>=80%

5	Rawat Jalan	Waktu Tunggu Rawat Jalan	>=80%
6	Kamar Operasi	Penundaan operasi elektif	<5%
7	Rawat Inap	Kepatuhan waktu visite dokter	≥80%
10	Rawat Inap	Kepatuhan terhadap clinical pathway	(>=80%)
11	Perina dan Perawatan Anak Lt.4	Kepatuhan upaya pencegahan risikopasien jatuh (100%)	100%
13	Komite PMKP	Kepuasan Pasien	>76.61 %

Tabel 29. Indikator Mutu Prioritas

No	Unit Pelayanan	Indikator	Target
1	POLI MATA	Kelengkapan pengisian assesmen awal medis pada pasien mata	100%
		Waktu Tunggu Pelayanan Poli mata ≤60 menit	> 80%
2	Poli Penyakit Dalam	Kepatuhan penapisan retinopati diabetik pada pasien DM	100%
3	Kamar Operasi	Waktu tunggu antrian operasi elektif pada penyakit mata	< 1 minggu
5	IGD	Waktu tanggap pelayanan dokter IGD pada kasus kegawatdaruratan mata	≤5 menit

Tabel 30. Indikator Mutu Unit

No	Unit Pelayanan	Indikator	Target
1	IGD	Emergency Response time	≤5 menit
		Lama Pasien di IGD	≤6 jam
		Kematian Pasien <24 jam	≤2/1000
		Kepatuhan skrinning EKG pada pasien >40 tahun	100%
		Ketepatan Identifikasi Pasien	100%
		Ketepatan melakukan TBaK saat menerima instruksi verbal melalui telpon	100%
		Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cedera Akibat Pasien Jatuh	100%
2	Rawat Jalan	Waktu Tunggu Rawat Jalan	≤60 menit
		Ketepatan Identifikasi Pasien	100%
		Angka Ketepatan Identifikasi Pasien	100%

3	Rawat Inap	Ketepatan Waktu Visite Dokter Setiap Hari	100%
		Kejadian Infeksi Nosokomia / HAIs	≤5%
		Angka Kepatuhan Cuci Tangan	100%
		Ketepatan melakukan TBaK saat menerima instruksi verbal melalui telepon	100%
		Kejadian Infeksi Pasca Operasi	≤2%
		Kepatuhan penggunaan gelang identitas resiko jatuh	100%
		Pasien ruang ranap TB yang di obati dengan DOTS	100%
		Kamar mandi dengan pengaman pegangan tangan	100%
		Kejadian Pulang Atas Permintaan Sendiri	≤5%
No	Unit Pelayanan	Indikator	Target
4	Rawat Inap Nifas	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%
		Kepatuhan Pemasangan Kancing Risiko jatuh	100%
		Ketepatan Melakukan TBaK saat menerima instruksi Verbal via Telepon	100%
		Pelaporan Kejadian reaksi transfusi pada saat transfuse darah	0%
		Kejadian infeksi pasca Operasi	≤1.5%
		Angka Kejadian Infeksi Nosokomial	≤1.5%
		Ketepatan Waktu Visit Dokter Spesialis	100%
		Kepatuhan Cuci Tangan	100%
		Angka Kejadian Pasien Jatuh yang Berakibat Kecacatan/ Kematian	≤3%
5	Kamar Bedah (OK)	Penundaan Operasi Elektif	≤5%
		Waktu Tunggu Operasi elektif	≤ 30 Menit
		Komplikasi anestesi karena over dosis. reaksi anestesi. salahpenempatan ETT	≤6%
		Kematian dimeja operasi	≤ 1%
		Pelaksanaan identifikasi (site marking) pasien operasi	100%
		Pelaksanaan Surgical Safety List pada pasien operasi	100%
		Kepatuhan cuci tangan (pembedahan)	100%
		Diskrepansi diagnosa pre dan post operasi	0%
		Kepatuhan Pengisian Asesmen Pra Bedah	100%
		Kepatuhan Pengisian Asesmen Pra Anestesi	100%
		Kelengkapan pengisian Monitoring Durante Anestesi	100%
		Konversi Tindakan Anestesi	≤ 5 %
		Infeksi Daerah Operasi	0%

No	Unit Pelayanan	Indikator	Target
		Angka Kematian Ibu Bersalin karna Preeklamsia	≤1%
		Pertolongan Persalinan melalui Seksio Caesaria non Rujukan	≤20%

6	Pelayanan Persalinan (VK)	Angka Kematian Ibu Bersalin karna Perdarahan	≤1%
		Kepatuhan Pemasangan Kancing Resiko Jatuh	100%
		Ketepatan Identifikasi Pasien	100%
		Ketepatan melakukan TBAK saat menerima instruksi verbal melalui telpon	100%
		Kepatuhan cuci tangan	100%
		Pemberi Pelayanan Persalinan Normal	100%
		Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Penyulit	Tim Ponek Terlatih
		Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi	80%
		Pelayanan Kontrasepsi Mantap Yang Di Lakukan Oleh Sp.Og /Sp.B/Sp.U/Du Terlatih	100%
		Pelayanan Persalinan Dengan Tindakan Operatif	100%
		Kemampuan Menangani BBLR (1500-2500 gram)	>70%
7	Pelayanan Perinatologi	Ketepatan melakukan TBAK saat menerima instruksi verbal melalui telpon	100%
		Kepatuhan pemasangan kancing resiko jatuh	100%
		Kepatuhan melakukan Input Sidukun 3 in 1	>80%
		Kemampuan Menangani Bayi Lahir Dengan Asfiksia	100%
		Angka Kejadian ISK	≤4.7%
8	High Care Unit (HCU)	Angka Kejadian VAP	≤10%
		Angka Kejadian Dekubitus	≤5%
		Angka Kejadian Flebitis	≤5%
		Kepatuhan Penggunaan gelang identitas	100%

2. Berdasarkan Unit Pendukung Layanan Keperawatan

Tabel 31. Unit Pendukung Layanan Keperawatan

UNIT LAYANAN	SASARAN	INDIKATOR	TARGET
Keperawatan	Meningkatnya kapasitas dan kualitas sumber daya manusia	Terpenuhinya tenaga SDM yang profesional sesuai dengan kebutuhan	Peningkatan jumlah perawat sesuai dengan kapasitas pelayanan
			peningkatan kompetensi
	Meningkatnya kualitas pelayanan	Pelayanan semakin berkembang dan inovatif	SOP keperawatan
			≤ 15 menit
			≤ 15 menit
Mendapat sertifikat akreditasi rumahsakit	≤ 30 menit		
	tiap ada isu kesehatan		
		100%	

UNIT LAYANAN	SASARAN	INDIKATOR	TARGET
	Meningkatnya kepuasan Pelanggan	Terpenuhinya target kepuasan pelanggan	Kepuasan pelanggan terhadap asuhan keperawatan > 80%
	Meningkatnya patient safety	Tidak ada Kecacatan karena kesalahan petugas	tidak ada petugas yang lalai Dokumentasi lengkap
	Terpenuhinya peralatan dan sarana prasarana	Penambahan jumlah tempat tidur dan peralatan untuk keperawatan	100% Peralatan keperawatan sesuai standar RS tipe C

c. Pelayanan Penunjang

1. Tujuan

Tujuan dilaksanakannya layanan penunjang adalah untuk menyelenggarakan kegiatan pelayanan yang mendukung layanan medis dan keperawatan agar pasien dapat dilayani dengan semaksimal mungkin dengan memenuhi ketentuan peraturan perundangan dengan demikian dapat mencapai tujuan yang ditetapkan dalam Visi RSUD Pesanggrahan yaitu Menjadi Rumah Sakit Umum Daerah Pilihan Utama di Hati Masyarakat.

2. Sasaran

- Mewujudkan ketersediaan sumber daya manusia yang berkualitas unggul dan berbudi pekerti luhur;
- Mengoptimalkan pelayanan secara holistik dan beretika dengan sepenuh hati;
- Meningkatkan sarana dan prasarana yang tepat guna dan terstandarisasi;
- Menciptakan lingkungan kerja yang harmonis dan kondusif;
- Membangun kemitraan dengan masyarakat dan lintas sektor.
- Keselamatan Pasien (*patient safety*)
- Keamanan petugas dalam menjalankan pekerjaan sebagai profesi
- Reputasi RSUD Pesanggrahan sebagai institusi tempat pelaksanaan kegiatan kefarmasian sesuai profesi

3. Indikator

a. Indikator Mutu Nasional

Pelayanan Rumah Sakit yang diterapkan di Instalasi Penunjang Medis merupakan Indikator yang ditentukan oleh Kementerian

Kesehatan Republik Indonesia adalah :

Tabel 32. Indikator Mutu Nasional

No	Unit Pelayanan	Indikator	Target
1	Semua Unit	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%
2	Semua Unit	Kepatuhan Cuci Tangan	100%
3	Semua Unit	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)	100%
4	Laboratorium	Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium	≤30 menit
5	Farmasi	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional/ Formularium RS	≥80%

b. Indikator Mutu Prioritas

Yang ditetapkan oleh Direktur untuk diterapkan di RSUD Pesangraan :

Tabel 33. Indikator Mutu Prioritas Penunjang

No	Unit Pelayanan	Indikator	Target	
1.	Indikator Area Klinis	Laboratorium	Tidak ada kejadian tertukar sampel pada Pasien Penyakit Dalam	100%
		Radiologi	Waktu Tunggu Hasil Foto Thorax Cito	≤1 jam
		Fisioterapi	Tidak adanya kesalahan tindakan fisioterapi	100%
		Gizi	Tidak ada kejadian salah pemberian diet pada Pasien DM	100%
2	Indikator Area Manajemen	Rekam Medis	Kelengkapan Resume Medis Pasien Rawat Inap	100%
			Pendaftaran Online Seluruh Pasien Rutin Poli Penyakit Dalam	100%
3	Farmasi	Ketersediaan Obat Pasien Konjungtivitis	≥80%	
	Indikator Sasaran Keselamatan Pasien	Semua Unit	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%
		Semua Unit	Kepatuhan Cuci Tangan	100%

c. Indikator Mutu Unit

Merupakan Indikator yang ditentukan berdasarkan

permasalahan yang sering terjadi di Unit Layanan.

Tabel 34. Indikator Mutu Unit

No	Unit Pelayanan	Indikator	Target
1	Laboratorium	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil	≤ 2%
		Kepatuhan identifikasi oleh petugas saat sampling	100%
		Hasil permintaan Cito IGD kurang dari 1 jam	100%
2	Radiologi	Tidak terdapat kerusakan foto	100%
3	Fisioterapi	Kejadian drop out pasien fisioterapi	
4	Rekam Medis	Tercetaknya Surat Elegibilitas Pasien Rawat Jalan Peserta BPJS	100%
		Tercetaknya Surat Elegibilitas Pasien Rawat Inap Peserta BPJS	100%
		Kejadian Nomor Rekam Medis Ganda	0%
		Berkas kembali dari rawat inap 2 x 24 jam setelah pasien pulang	100%
		Kelengkapan pengisian rekam medis 1 x 24 jam	100%
		Angka kelengkapan <i>General Concent</i> pasien rawat inap	100%
		Angka kelengkapan <i>Informed Concent</i> pasien mata rawat inap	100%
5	Gizi & Pengolahan Pangan	Ketepatan waktu pemberian makan pasien	100%
		Sisa makanan yang tidak dimakan pasien	≤ 20 %
6	Farmasi	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	≥80%
		Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional di Poli Penyakit Dalam	≥80%
		Ketersediaan Obat Pasien DM	≥80%
		Waktu Tunggu Pelayanan Obat jadi	≤30 menit
		Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan	≤60 menit
		Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Rawat Inap	≤30 menit
		Pelayanan Peracikan Obat High Alert Elektrolit Pekat di Instalasi Farmasi	100%
		Kepatuhan tidak Penyimpanan	80%

No	Unit Pelayanan	Indikator	Target
		Elektrolit Pekat	
7	Kesehatan Lingkungan	Baku Mutu Limbah Cair	Memenuhi Syarat
8	Laundry	Tidak Adanya Kejadian Linen Hilang	100%
9	CSSD	Tidak Adanya Kejadian Alat Steril yang Hilang	100%
		Ketepatan Waktu Penyediaan Alat Steril Untuk Kamar Bedah dan Ruangan Lainnya	100%
10	Cleaning Service	Pengelolaan Limbah Padat Berbahaya Sesuai Aturan	100%

BAB IV

TUJUAN DAN SASARAN KERJA

A. STRATEGI PENCAPAIAN TUJUAN DAN SASARAN ADMINISTRASI UMUM & KEUANGAN

Strategi yang dilakukan Rumah Sakit Umum Daerah Pesanggrahan untuk mencapai tujuan adalah sebagai berikut :

Tabel 35. Tujuan, Sasaran dan Strategi Bagian Administrasi Umum dan Keuangan

Tujuan	Sasaran	Strategi
Terwujudnya manajemen organisasi rumah sakit yang profesional, efektif dan efisien	Meningkatnya kualitas pengelolaan manajemen organisasi Rumah Sakit Umum Daerah Pesanggrahan yang baik	Mengimplementasikan akreditasi rumah sakit tingkat paripurna
	Meningkatnya kualitas administrasi keuangan Rumah Sakit Umum Daerah Pesanggrahan yang akuntabel dan transparan	Pembuatan laporan keuangan yang akuntabel
Terwujudnya pembinaan dan pengembangan kapasitas dan kualitas SDM rumah sakit sesuai kebutuhan	Meningkatnya kualitas sumber daya manusia Rumah Sakit Umum Daerah Pesanggrahan yang handal	Penerapan SPM DepKes 2008
		Perencanaan kebutuhan SDM
		Pelaksanaan Survey Kepuasan Pegawai setahun sekali
		Perencanaan kebutuhan Diklat bagi tenaga sesuai kompetensi
Terwujudnya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan	Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan Rumah Sakit Umum Daerah Pesanggrahan	Semua pelayanan dilakukan sesuai dengan standar dan prosedur yang ditetapkan oleh rumah sakit
	Meningkatnya kepuasan pelanggan	Update laporan Keuangan dan implementasi pelayanan sesuai kebutuhan masyarakat Pelaksanaan survey kepuasan pelanggan ,kotak aduan, Layanan sms dan email

Tujuan	Sasaran	Strategi
		Pelaksanaan Survey Kepuasan Pelanggan setahun sekali
	Meningkatnya <i>patient safety</i>	Pembentukan Tim internal terhadap setiap insiden.
Terwujudnya peralatan atau sarana prasarana kesehatan sesuai standar rumah sakit	Terpenuhinya peralatan dan sarana prasarana rumah sakit	Perencanaan kebutuhan Tempat tidur yang akurat
		Perencanaan kebutuhan peralatan yang akurat untuk rawat inap dan ruang khusus
		Perencanaan kebutuhan peralatan yang akurat untuk IGD dan rawat jalan
		Perencanaan kebutuhan peralatan yang akurat untuk penunjang

B. STRATEGI PENCAPAIAN DAN SASARAN PELAYANAN MEDIK DAN KEPERAWATAN

1. Instalasi Gawat Darurat (IGD)

Tabel 36. Tujuan, Sasaran, Strategi Unit IGD

Tujuan	Sasaran	Strategi
Terwujudnya penyelenggaraan layanan kesehatan yang optimal kepada pasien secara cepat, tepat, dan terintegrasi di IGD RSUD Pesanggrahan	Meningkatnya kualitas pelayanan medis dan keperawatan di IGD RSUD Pesanggrahan	1. Melakukan pembaruan SPO dan alur layanan sesuai dengan kondisi pelayanan.
		2. Pelayanan medis dan keperawatan dilakukan sesuai dengan SPO dan alur layanan yang berlaku.
		3. Melakukan evaluasi layanan secara berkala melalui penghitungan Standar Pelayanan Minimal layanan Gawat Darurat
		4. Melakukan koordinasi dan kerja sama yang baik secara kontinyu dengan koordinator medis dan kepala ruangan IGD terkait layanan.

Tujuan	Sasaran	Strategi
	Meningkatnya kualitas SDM kesehatan di IGD RSUD Pesanggrahan	1. Memastikan STR (Surat Tanda Registrasi) dan SIP (Surat Izin Praktik) nakes IGD sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan diperbarui sebelum masa kadaluarsa.
		2. Berkoordinasi dengan bagian Diklat Rumah Sakit terkait keikutsertaan dokter dan perawat IGD dalam pelatihan yang dilaksanakan secara eksternal maupun internal.
		3. Mengikutsertakan dokter dan perawat IGD dalam sosialisasi atau workshop daring maupun luring yang diadakan oleh Dinas Kesehatan, OP, maupun penyelenggara lainnya.
	Terpenuhinya kebutuhan sarana dan prasarana kesehatan di IGD RSUD Pesanggrahan	1. Memenuhi kebutuhan alat kesehatan yang belum tersedia di IGD sesuai dengan standar ASPAK.
		2. Memenuhi kebutuhan ruangan IGD sesuai dengan standar bangunan IGD.
		3. Berkoordinasi dengan bagian penunjang terkait pemeliharaan sarana dan prasarana IGD.
Meningkatnya kepuasan pelanggan terhadap layanan di IGD RSUD Pesanggrahan	1. Memberikan layanan yang cepat dan tepat sesuai kebutuhan pasien Gawat Darurat	
	2. Memberikan layanan yang ramah dan terintegrasi guna memudahkan akses kebutuhan pasien.	

2. Rawat Jalan

Tabel 37. Tujuan, Sasaran, Strategi Unit Rajal

Tujuan	Sasaran	Strategi
Terwujudnya penyelenggaraan layanan rawat jalan yang berkualitas serta mengutamakan	Pelayanan rawat jalan dapat berjalan dengan baik sesuai SPO yang berlaku.	1. Melakukan pembaruan SPO dan alur layanan sesuai dengan kondisi pelayanan.
		2. Pelayanan rawat jalan dilakukan sesuai dengan SPO dan alur layanan yang berlaku

Tujuan	Sasaran	Strategi
keselamatan pasien.		3. Melakukan evaluasi layanan secara berkala melalui penghitungan Standar Pelayanan Minimal layanan rawat jalan.
		4. Melakukan koordinasi dan kerja sama yang baik secara kontinyu dengan koordinator medis dan kepala ruangan rawat jalan terkait layanan.
		1. Memastikan STR (Surat Tanda Registrasi) dan SIP (Surat Izin Praktik) nakes rawat jalan sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan diperbarui sebelum masa kadaluarsa.
		2. Berkoordinasi dengan bagian Diklat Rumah Sakit terkait keikutsertaan dokter dan perawat rawat jalan dalam pelatihan yang dilaksanakan secara eksternal maupun internal.
	Meningkatnya kualitas SDM kesehatan unit rawat jalan RSUD Pesanggrahan	3. Mengikutsertakan dokter dan perawat rawat jalan dalam sosialisasi atau workshop daring maupun luring yang diadakan oleh Dinas Kesehatan OP. maupun penyelenggara lainnya.
		1. Melakukan pengaturan area ruang tunggu rawat jalan sesuai dengan protokol kesehatan.
		2. Memastikan ventilasi udara di area layanan rawat jalan bersirkulasi dengan baik.
	Menciptakan pelayanan rawat jalan yang nyaman dan lingkungan yang aman.	3. Berkoordinasi dengan tim PPI dan IGD terkait skrining pasien yang akan masuk ke rawat jalan.
		1. Memberikan layanan sesuai dengan standar pelayanan minimal yang telah ditetapkan.
	Meningkatnya kepuasan pelanggan terhadap layanan rawat jalan RSUD Pesanggrahan	2. Memberikan layanan yang ramah dan terintegrasi guna memudahkan akses kebutuhan pasien.

3. Rawat Inap

Tabel 38. Tujuan, Sasaran, Strategi Unit Ranap

Tujuan	Sasaran	Strategi
Memberikan pelayanan kedokteran sesuai dengan standar pelayanan medis yang efektif dan efisien	Meningkatnya kualitas pelayanan sesuai dengan standar pelayanan medis	1. Seluruh pelayanan kedokteran di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Pesanggrahan sesuai standar dan prosedur yang ditetapkan oleh Rumah Sakit
		2. Seluruh dokter umum dan dokter spesialis telah dilakukan kredensial dan memiliki STR (Surat Tanda Registrasi) dan SIP (Surat Izin Praktek) yang masih berlaku
		3. Dokter umum dan dokter spesialis mengikuti pelatihan untuk meningkatkan skill yang ditetapkan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Pesanggrahan
Memberikan pelayanan keperawatan sesuai dengan standar asuhan keperawatan yang efektif dan efisien	Meningkatnya kualitas pelayanan keperawatan sesuai dengan standar asuhan	1. Seluruh pelayanan keperawatan di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Pesanggrahan sesuai standar dan prosedur yang ditetapkan oleh rumah sakit.
		2. Seluruh perawat dan bidan ruang rawat inap telah dilakukan kredensial dan memiliki STR (Surat Tanda Registrasi) dan SIP (Surat Izin Praktek) yang masih berlaku.
		3. Perawat dan Bidan ruang rawat inap mengikuti pelatihan untuk meningkatkan skill yang ditetapkan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Pesanggrahan
Menjamin mutu pelayanan kesehatan bagi seluruh pasien di ruang rawat inap	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan bagi seluruh pasien di ruang rawat inap	4. Pembuatan laporan indikator mutu rawat inap setiap bulan yang telah ditetapkan oleh rumah sakit.
		5. Meningkatnya <i>patient safety</i> dengan pembentukantim internal setiap insiden keselamatan pasien

Tujuan	Sasaran	Strategi
Menjamin keamanan baik bagi pasien maupun petugas di ruang rawat inap	Meningkatnya keamanan baik bagi pasien maupun petugas di ruang rawat inap secara handal	1. Menyediakan petugas keamanan untuk meminimalisir resiko kehilangan barang-barang milik pribadi serta aksesibilitas pengunjung yang tidak memiliki kepentingan dengan pasien atau pelayanan rumah sakit
		2. Memelihara kondisi gedung dan peralatan rumah sakit untuk menghilangkan resiko bahaya bagi pasien, tenaga kesehatan dan pengunjung rumah sakit.

4. ICU dan Ruang Isolasi

Tabel 39. Tujuan, Sasaran, Strategi Unit ICU dan Isolasi

Tujuan	Sasaran	Strategi
Terwujudnya manajemen ICU yang profesional, efektif dan efisien	Meningkatkan kualitas pengelolaan manajemen ICU RSUD Pesanggrahan yang Baik	Mengimplementasikan akreditasi Rumah Sakit tingkat paripurna
	Meningkatkan kualitas administrasi alat kesehatan, BMHP, BHP dan perlengkapan ICU RSUD Pesanggrahan yang akuntabel dan transparan	Pembuatan laporan administrasi alat Kesehatan, BMHP, BHP dan perlengkapan ICU yang akuntabel dan transparan
Terwujudnya pembinaan pengembangan kapasitas dan kualitas SDM ICU sesuai kebutuhan	Meningkatkan kualitas sumber daya manusia ICU RSUD Pesanggrahan yang handal	Perencanaan kebutuhan SDM
		Pelaksanaan survey kepuasan pegawai setahun sekali
		Pelaksanaan kebutuhan diklat bagi tenaga sesuai kompetensi
Terwujudnya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan	Meningkatnya kualitas pelayanan ICU RSUD Pesanggrahan	Semua pelayanan dilakukan sesuai dengan standar dan prosedur yang ditetapkan oleh Rumah Sakit
		Update laporan dan implementasi pelayanan sesuai kebutuhan masyarakat
	Meningkatnya kepuasan pelanggan	Pelaksanaan survey kepuasan pelanggan lewat layanan fasilitas yang tersedia
		Pelaksanaan survey kepuasan pelanggan setahun sekali
Meningkatnya <i>patient safety</i>	Melaporkan setiap insiden yang membahayakan pasien kepada tim keselamatan pasien rumah sakit (KPRS)	

Tujuan	Sasaran	Strategi
Terwujudnya peralatan atau sarana dan prasarana kesehatan sesuai standart rumah Sakit	Terpenuhinya peralatan dan sarana prasarana ICU	Perencanaan kebutuhan peralatan dan instrument ICU yang akurat

5. UKO (Unit Kamar Operasi)

Tabel 40. Tujuan, Sasaran, Strategi Unit Kamar Operasi

Tujuan	Sasaran	Strategi
Terwujudnya manajemen kamar operasi yang professional, efektif dan efisien	Meningkatkan kualitas pengelolaan manajemen kamar operasi RSUD Pesanggrahan yang baik	Mengimplementasikan akreditasi Rumah Sakit tingkat paripurna
	Meningkatkan kualitas administrasi alat kesehatan, BMHP, BHP dan perlengkapan kamar operasi RSUD Pesanggrahan yang akurat dan transparan	Pembuatan laporan administrasi alat Kesehatan, BMHP, BHP dan perlengkapan kamar operasi yang akurat dan transparan
Terwujudnya pembinaan dan pengembangan kapasitas dan kualitas SDM kamar operasi sesuai kebutuhan	Meningkatkan kualitas sumber daya manusia kamar operasi RSUD Pesanggrahan yang handal	Perencanaan kebutuhan SDM
		Pelaksanaan survey kepuasan pegawai setahun sekali
		Pelaksanaan kebutuhan diklat bagi tenaga sesuai kompetensi
Terwujudnya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan	Meningkatnya kualitas pelayanan kamar operasi RSUD Pesanggrahan	Semua pelayanan dilakukan sesuai dengan standar dan prosedur yang ditetapkan oleh Rumah Sakit
		Update laporan dan implementasi pelayanan sesuai kebutuhan masyarakat
	Meningkatnya kepuasan pelanggan	Pelaksanaan survey kepuasan pelanggan lewat layanan fasilitas yang tersedia
		Pelaksanaan survey kepuasan pelanggan setahun sekali
Meningkatnya <i>patient safety</i>	Melaporkan setiap insiden yang membahayakan pasien kepada tim keselamatan pasien rumah sakit (KPRS)	
Terwujudnya peralatan atau sarana dan prasarana kesehatan sesuai	Terpenuhinya peralatan dan sarana prasarana kamar operasi	Perencanaan kebutuhan peralatan dan instrument kamar operasi yang akurat

Tujuan	Sasaran	Strategi
standart rumah Sakit		

- **Perinatologi**

Tabel 41. Tujuan, Sasaran, Strategi Unit Perinatologi

Tujuan	Sasaran	Strategi
Terwujudnya manajemen Perinatologi yang professional, efektif dan efisien	Meningkatkan kualitas pengelolaan manajemen Perinatologi RSUD Tanah Abang yang baik	Mengimplementasikan akreditasi RumahSakit tingkat paripurna
	Meningkatkan kualitas administrasi alat kesehatan, BMHP, BHP dan perlengkapan Perinatologi RSUD Pesanggrahan yang akuntabel dan transparan	Pembuatan laporan administrasi alat Kesehatan, BMHP, BHP dan perlengkapanPerinatologi yang akuntabel dan transparan
Terwujudnya pembinaan dan pengembangan kapasitas dan kualitas SDM Perinatologi sesuai kebutuhan	Meningkatkan kualitas sumber daya manusia Perinatologi RSUD Pesanggrahan yang handal	Perencanaan kebutuhan SDM
		Pelaksanaan survey kepuasan pegawai setahun sekali
		Pelaksanaan kebutuhan diklat bagi tenaga sesuai kompetensi
Terwujudnya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan	Meningkatnya kualitas pelayanan Perinatologi RSUD Pesanggrahan	Semua pelayanan dilakukan sesuai dengan standar dan prosedur yang ditetapkan oleh Rumah Sakit
		Update laporan dan implementasi pelayanan sesuai kebutuhan masyarakat
	Meningkatnya kepuasan pelanggan	Pelaksanaan survey kepuasan pelanggan lewat layanan fasilitas yang tersedia
		Pelaksanaan survey kepuasan pelanggan setahun sekali
Meningkatnya <i>patient safety</i>	Melaporkan setiap insiden yang membahayakan pasien kepada tim keselamatan pasien rumah sakit (KPRS)	

Tujuan	Sasaran	Strategi
Terwujudnya peralatan atau sarana dan prasarana kesehatan sesuai standart rumah Sakit	Terpenuhinya peralatan dan sarana prasarana Perinatologi	Perencanaan kebutuhan peralatan dan instrument Perinatologi yang akurat

C. STRATEGI PENCAPAIAN DAN SASARAN PENUNJANG

• Instalasi Farmasi

Untuk mendapatkan hasil yang maksimal dalam pencapaian pelaksanaan program setiap unit khususnya Instalasi Farmasi, telah membuat rencana kerja yang tertuang dalam program kerja Tahun 2023, diantaranya sebagai berikut :

Tabel 42. Program Kerja Unit Farmasi

No	Jenis Kegiatan	Waktu Pelaksanaan	Keterangan
1	Pelaporan Laporan Bulanan : Stok Opname, Narkotik Psiko Tropik, RL, LPLPO, BPJS, Farklin, Obat Program (HIV, TB, dan Vaksin)	Setiap bulan	Terlaksana
2	Pelaksanaan E-Resep	Setiap hari	Terlaksana
3	Pelaksanaan Unit Dose Dispensing (UDD) Aseptik Dispensing	Setiap hari	Terlaksana
4	Pelaporan Indikator Mutu Sesuai Target	Setiap bulan	Terlaksana
5	Sosialisasi Penggunaan Formularium Rumah Sakit	Dua kali / setahun	Terlaksana

• Penunjang Medis

Strategi yang dilakukan penunjang medis dan penunjang non medis untuk mencapai tujuan adalah sebagai berikut :

Tabel 43. Tujuan, Sasaran, Strategi Unit Penunjang Medis

Tujuan	Sasaran	Strategi
	Meningkatnya kualitas pelayanan Penunjang Medis di RSUD Pesanggrahan	1. Menyusun program kerja dan perencanaan anggaran yang realistis dan relevan serta menunjang pencapaian tujuan sasaran kerja serta terintegrasi dengan program kerja Unit Layanan lain;
		2. Meningkatkan kualitas sumber daya manusia melalui berbagai kegiatan seperti pendidikan dan pelatihan sesuai, mengikuti sosialisasi peraturan dan perundangan terbaru yang terkait dengan pelayanan masing- masing Unit layanannya;
		3. Melakukan monitoring dan evaluasi layanan secara berkala melalui penghitungan Standar Pelayanan Minimal di semua unit penunjang medis.
		4. Melakukan koordinasi dan kerja sama yang baik secara kontinyu dengan lintas unit IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, Penunjang non medis dan Umum.
		5. Memastikan STR (Surat Tanda Registrasi) dan SIP (Surat Izin Praktik) penunjang medis sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan diperbarui sebelum masa kadaluarsa
		6. Berkoordinasi dengan bagian Diklat RS terkait keikutsertaan pelatihan yang dilaksanakan secara eksternal maupun internal.
		7. Mengikutsertakan tenaga profesi penunjang medis dalam sosialisasi atau workshop daring maupun luring yang diadakan oleh Dinas Kesehatan, OP, maupun penyelenggara lainnya.
	Terpenuhinya kebutuhan sarana dan prasarana penunjang medis di RSUD Pesanggrahan	1. Memenuhi kebutuhan alat kesehatan yang belum tersedia di unit penunjang medis sesuai dengan standar ASPAK
		2. Memenuhi kebutuhan ruangan penunjang medis sesuai dengan standar bangunan unit terkait.
		3. Meningkatkan pemeliharaan sarana yang terdapat di Unit layanan agar selalu dalam keadaan bersih, siap pakai dan berfungsi dengan baik. Termasuk di dalamnya mengganti alat jika memang sudah tidak dapat

Tujuan	Sasaran	Strategi
		berfungsi optimal meski telah dilakukan pemeliharaan dengan baik seperti pembelian alat USG merk Logiq P8 menggantikan alat USG lama yang sudah berumur 7 th yang pembacaan hasilnya dianggap kurang akurat oleh DPJP sehingga dapat mempengaruhi pengambilan keputusan.
		4. Meningkatkan kordinasi dengan vendor / pihak ke 3 dalam upaya meningkatkan kualitas performa alat pengukuran yang ada di RSUD Pesanggrahan, terutama dalam rangka digitalisasi pelayanan.
	Meningkatnya kepuasan pelanggan terhadap layanan penunjang medis di RSUD Pesanggrahan	1. Memberikan layanan penunjang medis yang cepat dan tepat sesuai kebutuhan pelayanan IGD. Rawat Inap dan Rawat Jalan dalam pelayanan pasien.
		2. Melakukan koordinasi internal dan antar Unit Layanan dan Bagian/ Bidang lain serta koordinasi dengan pihak eksternal agar dapat saling menunjang dalam melaksanakan program pelayanan dan peningkatan mutu serta keselamatan pasien;
		3. Berkoordinasi dengan bagian Diklat RS terkait keikutsertaan pelatihan yang dilaksanakan secara eksternal maupun internal.
		4. Melakukan evaluasi dan memperketat monitoring agar segera dapat diketahui bila terdapat masalah yang timbul dan dapat dilakukan penataulangan sistem, alur dan prosedur pelayanan hingga pelayanan dapat terlaksana lebih baik.
	Terpenuhinya kebutuhansarana dan prasarana penunjang medis di RSUD Pesanggrahan	1. Memenuhi kebutuhan alat kesehatan yang belum tersedia di unit penunjang medis sesuai dengan standar ASPAK
		2. Memenuhi kebutuhan ruangan penunjang medis sesuai dengan standar bangunan unit terkait.
		3. Berkoordinasi dengan bagian penunjang non medis dan umum terkait pemeliharaan sarana dan prasarana IGD.
	Meningkatnya kepuasan pelanggan terhadap layanan	1. Memberikan layanan penunjang medis yang cepat dan tepat sesuai kebutuhan pelayanan IGD. Rawat

Tujuan	Sasaran	Strategi
	penunjang medis di RSUD Pesanggrahan	Inap dan Rawat Jalan dalam pelayanan pasien.
		2. Memberikan layanan penunjang medis yang ramah dan terintegrasi guna memudahkan akses kebutuhan pasien.

- **Penunjang Non Medis**

Tabel 44. Tujuan, Sasaran, Strategi Unit Penunjang Non Medis

Tujuan	Sasaran	Strategi
Mengikuti Terwujudnya penyelenggaraan pelayanan penunjang non medis yang optimal dalam mendukung pelayanan medis di rumah sakit yang professional, efektif dan efisien.	Meningkatnya kualitas pengelolaan SDM penunjang non medis yang baik	1. Mengikuti pelatihan internal maupun eksternal untuk melakukan refreshing ilmu yang berkoordinasi dengan bagian diklat
		2. Mengikuti pelatihan/ workshop bagi petugas Atem dan petugas gas medis
		3. Memastikan STR (Surat Tanda Registrasi) dan SIP (Surat Izin Praktik) nakes sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan diperbarui sebelum masa kadaluarsa dan berkoordinasi dengan bagian kepegawaian
	Meningkatnya kualitas administrasi penunjang non medis yang akuntabel dan transparan	1. Pembuatan laporan unit penunjang non medis baik internal ataupun eksternal
		2. Pembuatan/ Updating SPO unit penunjang non medis
Terwujudnya peralatan atau sarana prasarana kesehatan sesuai standar rumah sakit	Terpenuhinya peralatan dan sarana prasarana rumah sakit dengan baik	1. Perencanaan kebutuhan sarana dan prasarana penunjang non medis yang akurat
		2. Perencanaan kebutuhan peralatan kerja dalam mendukung pelaksanaan kegiatan penunjang non medis
		3. Melakukan monitoring, pemeliharaan peralatan secara rutin sesuai SPO dengan benar

- Instalasi Penunjang non medik membuat rencana kerja yang dilaksanakan di tahun 2023 :

Tabel 45. Rencana Kerja Penunjang Non Medik 2023

No	Jenis Kegiatan	Waktu Pelaksanaan	Keterangan
A. Unit Laundry			
1	Membuat rencana kerja anggaran	1 x setahun	Terlaksana
2	Membuat daftar inventaris linen	1 x setahun	Terlaksana
3	Melakukan perhitungan stock opname linen	Setiap 3 bulan	Terlaksana
4	Membuat permintaan kebutuhan barang unit	Setiap bulan	Terlaksana
5	Melakukan distribusi linen ke unit	Setiap hari	Terlaksana
6	Menghitung dan membuat berita acara kerusakan linen tidak terpakai	Setiap 3 bulan	Terlaksana
7	Membuat laporan kegiatan unit	Setiap bulan	Terlaksana
8	Menginput kegiatan kedalam system e-report unit	Setiap hari	Terlaksana
9	Melakukan serah terima pekerjaan antar shift petugas jaga	Setiap hari	Terlaksana
B. Unit CSSD			
1	Membuat rencana kerja anggaran	1 x setahun	Terlaksana
2	Membuat daftar inventaris instrument / alat	1 x setahun	Terlaksana
3	Membuat permintaan kebutuhan barang unit	Setiap bulan	Terlaksana
4	Melakukan distribusi instrument steril ke unit	Setiap hari	Terlaksana
5	Membuat laporan kegiatan unit	Setiap bulan	Terlaksana
6	Menginput kegiatan kedalam system e-report unit	Setiap hari	Terlaksana
7	Melakukan serah terima pekerjaan antar shift petugas jaga	Setiap hari	Terlaksana
8	Melakukan perawatan mesin / general check daily	Setiap hari	Terlaksana
C. Unit Elektromedik			
1	Membuat rencana kerja anggaran	1 x setahun	Terlaksana
2	Membuat daftar inventaris alat Kesehatan	1 x setahun	Terlaksana
3	Membuat permintaan kebutuhan barang unit	Setiap bulan	Terlaksana
4	Melakukan perawatan peralatan medis	Setiap bulan	Terlaksana
5	Melakukan kalibrasi alat Kesehatan	1 x setahun	Terlaksana
6	Melakukan pengajuan peremajaan peralatan medis	1 x setahun	Terlaksana
7	Melakukan pelatihan bagi teknisni alat Kesehatan	Tentative	Terlaksana
8	Monitoring harian alat Kesehatan ke seluruh unit	2 x seminggu	Terlaksana
9	Membuat laporan kegiatan unit	Setiap bulan	Terlaksana
D. Unit Kesehatan Lingkungan			
1	Membuat rencana kerja anggaran	1 x setahun	Terlaksana

No	Jenis Kegiatan	Waktu Pelaksanaan	Keterangan
2	Melakukan pemeriksaan kualitas air limbah	Setiap bulan	Terlaksana
3	Melakukan pemeriksaan kualitas air bersih	Setiap 6 bulan	Terlaksana
4	Melakukan pemeriksaan kualitas air minum	Setiap 6 bulan	Terlaksana
5	Melakukan pemeriksaan kualitas air RO	Setiap 3 bulan	Terlaksana
6	Melakukan uji riksa emisi genset	Setiap 6 bulan	Terlaksana
7	Melakukan pemeriksaan kualitas udara dalam ruang	Setiap 6 bulan	Terlaksana
8	Melakukan pemeriksaan uji kultur mikrobiologi udara	Setiap 6 bulan	Terlaksana
9	Melakukan pemeriksaan hygiene sanitasi makanan	Setiap 6 bulan	Terlaksana
10	Melakukan pemeriksaan swab instrument alat	Setiap 6 bulan	Terlaksana
11	Melakukan pemeriksaan swab linen	Setiap 6 bulan	Terlaksana
12	Melakukan pemeriksaan uji emisi kendaraan	Setiap 6 bulan	Terlaksana
13	Melakukan pengawasan pengendalian vector dan hama pengganggu lainnya (<i>pest control</i>)	Setiap hari (kecuali hari libur)	Terlaksana
14	Melakukan pengawasan penanganan limbah medis B3	Setiap hari (kecuali hari libur)	Terlaksana
15	Melakukan pengawasan pemeliharaan IPAL	2 x Seminggu	Terlaksana
16	Melakukan pengawasan sanitasi lingkungan	Setiap hari (kecuali hari libur)	Terlaksana
17	Membuat laporan kinerja unit	Setiap Bulan	Terlaksana
18	Membuat laporan triwulan (Dinas Lingkungan Hidup)	Setiap 3 bulan	Terlaksana
19	Membuat laporan Implementasi UKL/UPL (Sudin Lingkungan Hidup)	Setiap 6 bulan	Terlaksana
20	Membuat laporan tahunan	1 x setahun	Terlaksana
E.	Unit K3		
1	Membuat rencana kerja anggaran	1 x setahun	Terlaksana
2	Membuat daftar inventaris alat keselamatan dan Kesehatan kerja	1 x setahun	Terlaksana
	Manajemen Risiko :		
3	Membuat manajemen risiko dan pengendalian bahaya (daftar risk register)	1 x setahun	Terlaksana
4	Melakukan pengawasan manajemen risiko terhadap fasilitas	Setiap hari (kecuali hari libur)	Terlaksana
	Keselamatan dan Keamanan :		
5	Melakukan pengawasan keselamatan atau	Setiap 3 bulan	Terlaksana

No	Jenis Kegiatan	Waktu Pelaksanaan	Keterangan
	ronde K3		
6	Melakukan pembuatan laporan investigasi kejadian kecelakaan kerja di tempat kerja	Setiap ada insiden	Terlaksana
7	Melakukan pengawasan terhadap penegakkan ijin kerja bagi pekerja kontraktor/pihak ke 3	Tentative	Terlaksana
8	Melakukan pengawasan pemantauan identitas pengunjung/tamu di lingkungan RS dalam pencatatan di buku tamu	Setiap bulan	Terlaksana
9	Melakukan pengawasan pemantauan monitoring CCTV oleh security	Setiap bulan	Terlaksana
10	Melakukan pengawasan pemantauan pelaporan kejadian kehilangan/pengrusakan/ancaman kekerasan	Setiap bulan	Terlaksana
	Kesehatan Kerja		
11	Melakukan pemeriksaan Kesehatan secara berkala	1 x setahun	Terlaksana Sebagian
12	Melakukan pemeriksaan Kesehatan karyawan baru sebelum bekerja	Setiap pegawai baru	Terlaksana
13	Pengukuran tes kebugaran jasmani	1 x setahun	Terlaksana
14	Melakukan kegiatan bimbingan kerohanian bagi karyawan berkoordinasi dengan binroh	Setiap bulan	Tidak Terlaksana
15	Pemberian imunisasi bagi SDM RS yang berisiko dengan berkoordinasi PPIRS	Tentative	Terlaksana
	Pengelolaan B3 :		
16	Membuat identifikasi dan inventarisasi B3	1 x setahun	Terlaksana
17	Melaksanakan pengawasan pemantauan spill kit	Setiap 3 bulan	Terlaksana
	Pencegahan Kebakaran :		
18	Membuat identifikasi risiko / FRSA	1 x setahun	Terlaksana
19	Melaksanakan pengawasan pemantauan Kawasan Dilarang Merokok (KDM)	Setiap bulan	Terlaksana
20	Monitoring Alat Pemadam Api Ringan (APAR)	Setiap Bulan	Terlaksana
21	Melakukan sosialisasi pengendalian kebakaran	1 x setahun	Terlaksana
	Penanggulangan Bencana :		
22	Membuat inventarisasi alat yang dibutuhkan saat terjadinya bencana	1 x setahun	Terlaksana
23	Memasang rambu-rambu K3 / jalur evakuasi	Tentative	Terlaksana
24	Melakukan sosialisasi tanggap darurat bencana gempa bumi	1 x setahun	Terlaksana
	Pengelolaan Peralatan Medis :		
25	Melakukan pengawasan pemeliharaan peralatan medis sesuai jadwal	Setiap bulan	Terlaksana

No	Jenis Kegiatan	Waktu Pelaksanaan	Keterangan
26	Melakukan pengawasan terhadap uji fungsi dan uji coba peralatan baru	Tentative	Terlaksana
27	Melakukan pengawasan terhadap peralatan medis recall	Tentative	Terlaksana
28	Melakukan pengawasan kegiatan kalibrasi peralatan	1 x setahun	Terlaksana
Pengelolaan Sistem Utilitas :			
29	Melakukan pengawasan pembuatan daftar inventaris utilitas penting oleh tim IPSRS : a. Listrik dan Genset b. Lift c. Air Bersih d. Gas Medis / Sentral e. Jaringan komunikasi dan internet f. Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL) g. Sistem Proteksi Kebakaran / Hydrant h. Sistem ventilasi HVAC	1 x setahun	Terlaksana
30	Melakukan pengawasan monitoring pemeliharaan system utilitas penting (poin a-h)	Setiap bulan	Terlaksana
31	Melakukan pengawsan pelaporan pengujian/uji fungsi kesesuaian berkala system utilitas penting (poin a-h)	Setiap 6 bulan	Tidak terlaksana (PIC IPSRS)
32	Melakukan pengawsan pelaporan perbaikan system utilitas penting (poin a-h)	Setiap bulan	Terlaksana
33	Melakukan pengawasan simulasi keadaan darurat ketersediaan air bersih oleh tim IPSRS	Setiap 6 bulan	Tidak Terlaksana (PIC IPSRS)
Pelatihan :			
34	Melaksanakan sosialisasi orientasi karyawan baru terkait K3 di tempat kerja	Tentative	Terlaksana
35	Melaksanakan sosialisasi pembuatan risk register	1 x setahun	Terlaksana
36	Melaksanakan sosialisasi MFK	1 x setahun	Terlaksana
Pencatatan dan Pelaporan :			
27	Membuat laporan kinerja unit ke Manajemen	Setiap bulan	Terlaksana
28	Membuat laporan triwulan kepada Komite K3	Setiap 3 bulan	Terlaksana
29	Membuat laporan kajian program MFK	Setiap 6 bulan	Terlaksana
30	Membuat laporan tahunan ke Direktur	1 x setahun	Terlaksana
F.	Unit Kamar Transit Jenazah		
1	Membuat rencana kerja anggaran	1 x setahun	Terlaksana
2	Menyusun program kerja unit	1 x setahun	Terlaksana
3	Membuat daftar inventaris alat yang	1 x setahun	Terlaksana

No	Jenis Kegiatan	Waktu Pelaksanaan	Keterangan
	dibutuhkan unit kamar transit jenazah		
4	Melakukan pencatatan pasien meninggal dan serah terima pasien meninggal kepada keluarga	Tentative	Terlaksana
5	Melakukan perhitungan stock opname barang unit	Setiap bulan	Terlaksana
6	Membuat laporan unit	Setiap bulan	Terlaksana

D. HAMBATAN

Hambatan atau permasalahan yang dihadapi di RSUD Pesanggrahan pada Tahun 2023 yaitu :

1. Bagian Administrasi Umum dan Keuangan

- a. Kebutuhan Sumber Daya Manusia yang ada saat ini belum memenuhi kebutuhan , masih perlu diperhitungkan kembali kebutuhannya untuk memaksimalkan pelayanan Rumah Sakit.
- b. Kekurangan fasilitas sarana untuk pelayanan pengembangan mengingat bangunan Rumah Sakit yang dari awal keperuntukkannya untuk Puskesmas, sehingga banyak ruangan yang belum memenuhi standar.
- c. Belum tersedianya bangunan gudang unit IPSRS untuk perbaikan atau reparasi alat-alat kesehatan maupun non kesehatan dan gudang penyimpanan persediaan yang posisinya masih terpisah-pisah.
- d. Rumah Sakit Umum Daerah Pesanggrahan belum mempunyai ruangan Manajemen dan Bagian Administrasi Umum dan Keuangan, saat ini dalam pelaksanaan tugasnya menyewa bangunan ruko.
- e. Area parkir yang terbatas sehingga kurang maksimal dalam memfasilitasi kebutuhan parkir pasien atau pengunjung yang berobat.
- f. Lahan RSUD Pesanggrahan sangat terbatas dan belum tertata sesuai standar RSUD.
- g. Sistem pengelolaan keuangan internal secara online belum berjalan , saat ini masih berjalan secara manual.
- h. SIM RS dan e-office belum berjalan secara menyeluruh dan terintegrasi dengan unit-unit terkait di RSUD Pesanggrahan

UPAYA TINDAK LANJUT

- a. Melakukan penambahan SDM sesuai dengan kebutuhan dan

- dianalisa serta dikoordinasikan dengan Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan dan Kepala Bidang Penunjang.
- b. Dilakukan study kelayakan dengan bantuan dari konsultan, untuk mendapatkan data yang bisa di pertanggungjawabkan sesuai dengan kebutuhan dan sasaran standar bangunan RSUD.
 - c. Melakukan pengembangan layanan yang mempunyai peluang dalam peningkatan penerimaan RSUD seperti meningkatkan Kerjasama dengan pihak luar dalam pemeriksaan Kesehatan MCU.
 - d. Penataan ruangan dan fasilitas yang ada agar pengunjung nyaman berobat di RSUD Pesanggrahan.
 - e. Melakukan koordinasi lintas sektor baik dengan Kecamatan, Kelurahan, Dinas Perhubungan dan Tokoh Masyarakat sekitar untuk pembahasan lahan parkir dengan memanfaatkan jalan depan RSUD.
 - f. Penataan ruangan dan fasilitas yang ada agar pengunjung nyaman berobat di RSUD Pesanggrahan.
 - g. Melakukan pengembangan sistem pengelolaan keuangan bersama dengan tim programmer beserta tim administrasi umum dan keuangan.
 - h. Melakukan pengembangan SIM RS dan e-office bersama dengan tim programmer beserta tim administrasi umum dan keuangan.

2. Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan

a. Hambatan Ketenagaan , Bed dan BOR

Tabel 46. Hambatan Ketenagaan, Bed dan BOR

Ruangan	Tenaga	Jumlah Bed	BOR	Keterangan Analisa
IWL	12	1	17,53	Berada di IGD, Tenaga adalah Tenaga IGD, jumlah Bed ada 1, Diperuntukkan Pasien yang menunggu ACC rujukan ke RS lain atau pasien yang belum mendapatkan ruang rawat inap lebih dari 4 jam, Terjadi peningkatan BOR 12,51 dari tahun 2022
Anthurium (Covid)	0	16	0	Hanya diisi bila pada awal saat peningkatan Pandemi Covid 19, tidak ada SDM tersendiri
Ranap Kebidanan (Anthurium)	8	13	39,31	
Aglonema (Ranap Infeksius dan Isolasi)	8	20	17,53	Peruntukan Ruang Khusus Ranap Pasien Covid-19, Pasien yang memerlukan Isolasi dan pasien Infeksius, Bed disediakan banyak (20) namun tidak semua pasien terindikasi disana dilihat dari keterisian

Ruangan	Tenaga	Jumlah Bed	BOR	Keterangan Analisa
				BOR yang rendah dan turun 8,04 dari Tahun 2022
ICU Isolasi	12	2	60,26	Kebutuhan tenaga bila diperlukan perawatan pasien on Ventilator. Ruang yang terbagi atas 2 lantai membutuhkan banyak tenaga per shiftnya. Terjadi kenaikan untuk ICU Isolasi sebesar 0,26, ICU Non Isolasi sebesar 8,42 dan HCU sebesar 15,93 dari Tahun 2022
ICU Non Isolasi		2	71,16	
HCU		1	46,34	
Perina	6	6	26,10	Ruangan khusus untuk pasien bayi yang sakit . Terjadi peningkatan sebesar 2,2 dari Tahun 2022
NICU	-	2	-	Belum ada pasien
PICU	-	1	33,67	Baru mulai pelayanan di Bulan Oktober 2023
Adenium Dewasa	9	14	65,68	Terjadi Peningkatan 1,07 dari Tahun 2022
Adenium Anak				
Bromelia	9	20	44,01	Terjadi Peningkatan 1,22 dari Tahun 2022
Usulan Tindaklanjut : Sama dengan Usulan Tahun 2022 yang lalu dimana ada beberapa penambahan BOR dibanding tahun lalu. Usulan Penambahan SDM, Usulan Pengembangan Ruang Pelayan RSUD agar bagian-bagian unit tersebut dapat disatukan dalam 1 lantai sesuai kelompok layanannya seperti penataan Rawat Inap, Ruang rawat jalan dan Ruang Intensive untuk menghemat tenaga Perawat dan sarana prasarana				

b. Hambatan Lainnya

Tabel 47. Hambatan Lainnya Pelayanan

No	Jenis Masalah	Unit Asal	Uraian Masalah	Analisa	Rencana Tindak Lanjut	Unit terkait	Target Waktu
1	Kebutuhan pelatihan	IGD	Saat ini baru ada 1 tim PONEK yang sudah mendapatkan pelatihan terdiri dari 1 Sp. OG, 1 Sp.A, 1 dokter Umum, 1 Bidan dan 1 Perawat.	Dibutuhkan 2 tim PONEK terlatih	Pengajuan Pelatihan PONEK un untuk 1 tim ke bagian pengadaan	PONEK	31 Desember 2024
		Perina, NICU dan PICU	Hanya 1 SDM dengan Sertifikasi NICU	Baru 1 yang sudah pelatihan NICU yang lainnya Magang NICU	Rencana Tahun 2024 akan dilakukan pelatihan NICU untuk 2 orang SDM	Diklat	31 Desember 2024
		OK	Ada penambahan jenis tindakan operasi mata dan perlu pemahiran Kembali bagi perawat	Sudah ada SDM yang memiliki kemampuan melakukan tindakan operasi mata sebelum	Direncanakan pemahiran dengan SDM yang melakukan kerjasama sewa alat Sudah ada	Kepala Instalasi R. Khusus dan OK, Diklat	1 Oktober 2024

No	Jenis Masalah	Unit Asal	Uraian Masalah	Analisa	Rencana Tindak Lanjut	Unit terkait	Target Waktu
				bergabung dengan RS, namun perlu adanya pemahiran kembali.	perencanaan Set instrument mata corneascleral 2024		
2	SDM ,	IGD	Belum dapat di laksanakan nya tindakan SC CITO di luar jam kerja dan di hari libur .	Kendala SDM, jarak tempuh Spesialis ke RS, sedang Praktik ditempat lain dan lain sebagainya	Komitmen DPJP SPOG dan anestesi dengan Managemen bahwa akan di buatkan jadwal on call terpadu	PONEK R. Khusus OK	31 Desember 2024
		Rajal	Kedatangan dokter spesialis yang tidak sesuai dengan jam praktek di JakSehat sehingga pasien komplain	Komitmen Spesialis untuk datang tepat waktu belum maksimal	Koordinasi dengan Yanmed dan dokter Spesialis	Bid. Yanmed dan Keperawatan, Komite Medik dan Unit Rajal	30 September 2024
			Spesialis tidak standby saat menangkap Bayi SC, Beresiko saat penanganan kegawatdaruratan Neonatus	Untuk implementasi PONEK Terpadu seharusnya didampingi DPJP Sp. Anak, Tupoksi sudah disosialisasikan baik dalam rapat koordinasi maupun saat morning report. Namun masih ditemukan adanya ketidak konsistenan dokter jaga	saat ini diminimalisir dengan pendelagasian ke dokter jaga rawat inap.	Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan dan Komite Medik	31 Desember 2024
3	Hospitality	Rawat Jalan	Jumlah kunjungan pasien baru yang kecil sebesar 14 % dan hanya ada di triwulan I	Petugas RS kurang dalam menerapkan Hospitality Kurangnya promosi	1.Menggalakkan penerapan Hospitality 2.Melakukan promosi baik ke lintas sektor maupun ke pihak swasta		31 Desember 2024
4	Layanan Baru	MCU	Belum ada PAKET MCU	Belum Fix menetapkan Paket MCU	Membuat Paket- paket MCU	Koordinasi dengan Lab dan Humas	1 Maret 2024
		MCU	Target MOU	Promosi	Semakin	Koordinasi	31

No	Jenis Masalah	Unit Asal	Uraian Masalah	Analisa	Rencana Tindak Lanjut	Unit terkait	Target Waktu
			untuk MCU pada perusahaan sekitar Pesanggrahan	belum maksimal	banyak MOU , semakin meningkat kesempatan melayani	si dengan Humas	Desember 2024
5	Alur Proses	IGD	Pasien poli anak yang di rujuk ke fisioterapi untuk chest terapi dan inhalasi sebanyak 3 hari diarahkan ke IGD untuk dilakukan inhalasi dengan alasan tidak mempunyai ruangan khusus untuk inhalasi	alasan tidak mempunyai ruangan khusus untuk inhalasi karena belum tertata dengan baik	Untuk keadaan darurat di kunjungan pertama inhalasi dapat dilakukan di IGD (BPJS), untuk kunjungan ke 2 dan ke 3 karena sudah tidak darurat dilakukan di IGD dengan pembayaran UMUM	Koordinasi antar Unit IGD, Poli Anak dan Fisioterapi	1 Juli 2024
		IGD	Hasil laboratorium cenderung lama saat shift pagi, sehingga pasien baru yang membutuhkan bed harus menunggu.	Pemeriksaan Laboratorium pasien IGD masih diproses bersamaan dengan Rajal	Untuk pemeriksaan laboratorium pasien IGD pagi hari dapat di dahulukan agar alur keluar masuk pasien lancar	Koordinasi dengan Laboratorium	30 Maret 2024
		IGD	Alur pelaporan hasil laboratorium pasien poli anak pagi yang keluar siang hari disarankan oleh DPJP dibacakan DU IGD dan di konsulkan ke DPJP, sementara pasien terdaftar di poli anak, sehingga bila ada instruksi DPJP untuk terapi tidak bisa di input di IGD	Permintaan DPJP tidak sesuai dengan Sistem	Hasil laboratorium yang keluar siang hari dapat di laporkan oleh perawat Poli sehingga jika ada advice dapat langsung di input di Khanza	Ka. Inst Rawat Jalan, Ka. Ru Rawat Jalan , Laboratorium	30 Juni 2024
		Perina , PICU , NICU	Ada Perbedaan data Register Bayi Baru Lahir di Rekam Medi dan Perina	Rekam medis hanya melakukan pencatatan pasien yang lahir di RS, sedangkan	Per tahun 2024, bayi yang lahir di rumah kemudian dibawa ke PONEK maka	Rekam Medis, PONEK	30 Juni 2024

No	Jenis Masalah	Unit Asal	Uraian Masalah	Analisa	Rencana Tindak Lanjut	Unit terkait	Target Waktu
				data pelayanan perina termasuk dengan register bayi yang lahir di rumah kemudian dilakukan pelayanan neonatal di RS.	tidak masuk ke pencatatan bayi baru lahir di perina, namun masuk ke Pencatatan Pasien Baru PERINA (bayi Sakit)		
		IGD	Status pembayaran yang tertera di khanza terletak di kolom paling akhir, sehingga dapat terlewat oleh petugas karna tidak terlihat.	Sistem IT belum mengakomodir	kolom yang tertera di akhir mohon dapat di pindahkan ke kolom di depan.	IGD, IT	31 Maret 2024
6.	Sarana dan Prasarana	IGD	Ponek belum mempunyai set partus (pinjam VK)	Belum diusulkan untuk diadakan karena sebelumnya unit baru	Pengajuan permintaan alkes ke bagian pengadaan sebanyak 2 set alat partus	Koordinasi Pengadaan dan bagian terkait	30 September 2024
		HCU-ICU	Ruang ICU masih terbagi 2 lantai (ICU infeksius & non infeksius) sehingga sulit untuk membagi ketenagaan, jika satu lingkup untuk kerja sama lebih efektif.	Ruangan ICU terpisah di 2 lantai (Lantai 2 ICU Infeksius dan lantai 3 ICU Non Infeksius)	Pengajuan ruangan intensif dalam satu lingkup untuk mengefektifkan tenaga	Bid. Yanmed dan Keperawatan, Bag Umum dan Bidang Penunjang	31 Desember 2024
		HCU-ICU	Linen: baju pasien, selimut, waslap kurang mencukupi	Ada yang sudah rusak yang perlu diganti	Tambah untuk stock linen, baju selimut dan waslap pasien sudah pengajuan	Bid. Penunjang dan unit terkait	31 Desember 2024
			Jas dan linen perlu penambahan	Umur linen hanya 200 kali pencucian sehingga perlu penggantian setiap 2 tahun, Dari 13 set yang tersedia, dengan 1200 tindakan	Usulan penambahan linen setiap tahunnya untuk mengganti linen yang sudah semakin tipis	Bid. Penunjang dan unit terkait	31 Desember 2024

No	Jenis Masalah	Unit Asal	Uraian Masalah	Analisa	Rencana Tindak Lanjut	Unit terkait	Target Waktu
				maka rata-rata linen hanya berumur 2 tahun.			
		HCU-ICU. Perina	Ruang ICU dan Perina tidak memiliki ruang ganti pakaian, ishoma untuk perawat serta kekurangan Locker untuk meletakkan barang pribadi petugas	Kebutuhan terdapat dalam Pedoman Teknis Ruang Perawatan Intensif Rumah Sakit Kemenkes RI tahun 2012	Pengajuan Untuk Ruang ganti pakaian, ISHOMA untuk perawat ICU	Koordinasi Kembali ke Bagian Umum dan Unit Terkait	30 Desember 2024
		OK	Ada beberapa Instrumen alat Bedah Kurang Berfungsi Maksimal	Usia Alat, Belum maksimalnya proses pencucian saat ini karena belum menggunakan air RO sehingga menimbulkan kristalisasi mineral saat reaksi sterilisasi	Permintaan Penambahan instrument bedah dan air RO untuk CSSD	Bidang Yanmed dan Keperawatan, Bagian Umum dan Srapras serta Pengadaan,	31 Desember 2024
		Perina PICU NICU	Belum ada alat sterilisasi Plasma untuk sterilisasi BMHP alat Bantu Nafas	Alat BMHP setelah disterilisasi ada yang getas robek	Bahan Medis Habis Pakai yang berbahan plastik menggunakan bahan yang disposable. Untuk yang dapat di re-use menggunakan Steam, namun risiko kebocoran selang	CSSD,	31 Desember 2024
			Table Flowchart untuk PICU belum ada	Keterbatasan ruangan	pencatatan di meja nurse station, namun akan coba diusulkan kembali di 2025 jika ada perluasan ruang intensif	Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan,	31 desember 2024
	Sistem IT	Rawat Jalan	Adanya nomor dobel di dalam Khansa sehingga no urut pasien ada yg tidak sesuai dengan	Sistem Jak Sehat yg belum sempurna	Koordinasi IT dengan Pendaftaran	IT, Pendaftaran	31 Desember 2024

No	Jenis Masalah	Unit Asal	Uraian Masalah	Analisa	Rencana Tindak Lanjut	Unit terkait	Target Waktu
		Rawat Jalan	JAK Sehat Pasien-pasien yang sudah diperiksa oleh dokter ada beberapa yg tidak dapat di Bridging Surat kontrol karena Rujukan FKTP tidak sesuai dengan Poli Tujuan	Data pasien tidak dapat di bridging	Koordinasi IT, Casmix, dengan pendaftaran	IT, Casmix, dengan pendaftaran	31 Desember 2024
5.	Pelatihan / Peningkatan Kompetensi	HCU-ICU	Ada beberapa perawat yang belum memiliki pelatihan ICU	Belum semua Perawat memenuhi sertifikat pelatihan ICU	Pengajuan pelatihan untuk perawat	Usulan bertahap ke Diklat	31 Desember 2024
7.	Lintas Sektor (BPJS)	Rajal	Data PRB yang tercatat dan terkirim tidak sama dengan data yang ada di BPJS	Ketidaksesuaian kriteria pasien PRB antara BPJS dengan Data yang di Catat	Koordinasi dengan Pihak BPJS melalui PIC pesanggrahan	BPJS	31 Desember 2024

3. Bidang Penunjang

1. Instalasi farmasi

- a. Sistem stok, permintaan unit, retur rawat inap dan permintaan barang belum tersistem serta terintegrasi;
- b. Minimnya kolaborasi antara loket dan poli dalam hal menyesuaikan tanggal kontrol pasien terutama untuk pasien kronis (minimal 30 hari tgl kalender sejak tgl kontrol terakhir) yang menyebabkan banyak pasien kronis tidak sesuai tanggal;
- c. Risiko komplain yang tinggi terkait alur pengambilan obat dirasakan perlu dikaji kembali pertimbangan penggunaan nomor antrian, dimana tampilan layar monitor hanya dapat meng-cover dengan kapasitas terbatas sehingga pasien banyak yang masih mempertanyakan posisi status pengerjaan resep kepada petugas / anjungan mandiri untuk pasien agar dapat cek status resep masing-masing pasien;
- d. Sistem pemanggilan pasien menggunakan mic perlu dilakukan efisiensi penggunaan baterai dengan pemanggilan secara system;
- e. Minimnya kolaborasi poli dengan *nurses station* yang mengakibatkan tingginya risiko miss komunikasi proses konfirmasi ada / tidaknya resep pasien yang sudah masuk ke dalam sistem /

- belum. Dibutuhkan *double check nurses station* jika resep sudah dipastikan terinput dokter untuk dapat turun menunggu obat, seringkali pasien sudah turun dari poli tetapi resep tidak masuk sistem, pasien menunggu lama dan risiko komplain sangat tinggi;
- f. Belum terealisasinya proses persetujuan / ACC penggunaan Antibiotika golongan Reserved (Meropenem) dengan CEMPAKA sehingga koordinasi masih dilakukan melalui japri / jarkom dalam group whatsapp;
 - g. Intensitas pemakaian print resep tinggi akan tetapi printer etiket hanya dapat / tersedia 1 pasang untuk pengerjaan resep rawat jalan, IGD, dan rawat inap gabung dan hanya connect ke komputer depan penerimaan dan penyerahan obat, perlu dilakukan connect dari seluruh komputer di farmasi termasuk di komputer dalam untuk dapat memperlancar proses validasi resep rawat inap dan IGD yang terkadang CITO (butuh cepat);
 - h. Kendala eksternal pengajuan klaim obat BPJS terkait update sistem BPJS dan obat Update susulan yang berbarengan dengan estimasi penyelesaian berkas obat kronis reguler serta pending, sehingga tim yang ada harus terbagi menjadi 2 (dua) untuk dapat menyelesaikan sesuai target estimasi waktu yang diberikan oleh pihak ;
 - i. EMR terintegrasi obat rawat inap agar dapat terealisasi untuk meminimalisir ketidaksesuaian pengisian form yang terintegrasi dengan berbagai profesi

2. Instalasi Penunjang Medik

Meskipun berbagai strategi telah diterapkan namun sampai akhir tahun 2023 masih terdapat berbagai masalah yang menghambat dan mengganggu dalam pencapaian target dan tujuan diantaranya:

- a. Pelaksanaan program kerja tidak dapat dilakukan sesuai jadwal dan perencanaan serta belum dapat sepenuhnya sesuai dengan standar prosedur serta peraturan dan perundangan dikarenakan :
 - o Kurang terintegrasi dengan Program Kerja Unit Layanan lainnya
 - o Kurangnya koordinasi antar staf dan antar unit atau antar bidang pelayanan
 - o Terkait program Unit Layanan lain yang belum selesai dilaksanakan
 - o Banyaknya kegiatan dari luar Rumah Sakit yang harus dilaksanakan atau diikuti

- Sistem Informasi dan sistem pelayanan masih belum sempurna
 - Keterbatasan penggunaan anggaran belanja Rumah Sakit sehingga ada skala prioritas
 - Kurangnya monitoring dan evaluasi secara periodik
- b. Kinerja para staf yang belum maksimal yang diakibatkan oleh:
- Keterbatasan waktu para staf karena jumlah pasien yang dilayani semakin banyak
 - Kurangnya sosialisasi dan informasi terhadap standar prosedur pelayanan maupun peraturan internal rumah sakit
 - Kurangnya disiplin dan kepedulian para staf untuk melakukan pelayanan sesuai standar prosedur dan peraturan perundangan
- c. Peningkatan kualitas staf di Instalasi Penunjang Medis melalui pendidikan dan pelatihan berkelanjutan untuk peningkatan pelayanan belum dapat terwujud karena adanya pembatasan dan pengurangan anggaran pendidikan pelatihan.
- d. Sistem *'Reward and Punishment'* belum berjalan.
- e. Sarana dan prasarana khususnya bangunan fisik sebagian ruangan pelayanan yang kurang memadai yang disebabkan oleh:
- Bangunan rumah sakit saat ini tidak dibangun sesuai standar kebutuhan rumah sakit karena sebelumnya merupakan bangunan yang diperuntukkan untuk pelayanan Puskesmas;
 - Fasilitas dan peralatan yang ada di instalasi penunjang sebagian telah berusia cukup lama (> 5 tahun);
 - Luas lahan dan bangunan rumah sakit terbatas;
 - Jumlah tenaga pemelihara terbatas sehingga pelaksanaan pemeliharaan terhambat;
 - Pemantauan kualitas barang dan jasa yang diterima dari pemasok belum maksimal.
3. Instalasi Penunjang non Medik
- a. Kesenjangan status SDM yang terjadi di unit, untuk sebagian unit CSSD dan Laundry ;
- a. Pengantaran instrument bersih masih dilakukan oleh petugas unit CSSD;
- b. Masih adanya alat kesehatan dan instrument yang berpindah atau pinjam alat yang dilakukan unit;

- c. Tidak adanya filter R.O untuk area khusus seperti CSSD yang menyebabkan mesin autoclave mengalami kerusakan;
- d. Rak atau lemari penyimpanan linen di gudang kurang menyebabkan linen tercecer di lantai;
- e. Terdapat lantai yang lembab pada gudang ART dikarenakan lantai konblok yang mengakibatkan risiko penyebaran rayap;
- f. Terdapat lubang atau akses pintu terbuka yang mengakibatkan penyebaran vector nyamuk dan binatang pengganggu seperti tikus dan ular.

RENCANA TINDAK LANJUT

1. Instalasi Farmasi
 - a. Melakukan pencatatan secara kartu stok, buku gudang, sistem Excel dan memberikan akses view kepada penanggungjawab / pelaksana terkait. Melakukan permintaan secara manual dengan menggunakan form, serta melakukan koordinasi melalui group Whatsapp / langsung
 - b. Mengajukan sistem *lock* mulai dari pendaftaran sesuai jenis status pasien, sebelumnya sempat diterapkan tetapi kembali di non-aktifkan oleh IT karena masih banyak kendala / ketidaksesuaian yang mengakibatkan pasien tidak dapat mendaftar krn ter-*lock*. Hal ini sangat perlu di tindak lanjuti karena berkaitan dengan kesesuaian klaim
 - c. Besar harapan dapat diberikan fasilitas nomor antrian dan / perangkat anjungan mandiri untuk pasien dapat mengecek status resepnya. Oleh karena terkait sulitnya mengajukan yang bersifat anggaran, maka alternatif lain yaitu dengan upaya koordinasi dengan tim rawat jalan dalam hal memastikan terlebih dahulu resepnya benar sudah masuk k sistem antrian farmasi dan memberikan informasi kepada pasien tersebut untuk dapat menunggu obat di ruang tunggu dengan memperhatikan layar monitor antrian
 - d. Tim IT menyempurnakan kembali sistem pemanggilan antrian farmasi akan tetapi belum pernah dilakukan uji coba, serta kendala di tim IPSRS dalam hal melakukan pemasangan connector / ketersediaan colokan pada PC dan sound system sehingga masih belum dapat terealisasikan
 - e. Dikarenakan tidak adanya berkas yang dibawa oleh pasien sebagai tanda bukti peresepan, maka perlu dilakukan validasi ulang resep

tersebut masuk atau belum ke dalam sistem antrian farmasi di nurses station, karena pasien dari poli ke nurses station banyak yang langsung disuruh melakukan pengambilan obat ke apotik sebelum dilakukan double check pada sistem KHANZA. *Nurses station* diharapkan dapat membuka sistem KHANZA status resep sudah masuk antrian / belum dan jika perlu mencatat nomor antrian resep pada SEP yang dibawa oleh pasien sebagai bukti resep telah masuk. Sudah berkoordinasi dengan tim Rawat Jalan tetapi tidak sepenuhnya dijalankan secara rutin dan menyeluruh oleh seluruh petugas poli rawat jalan

- f. Koordinasi masih dilakukan melalui japri / jarkom dalam group whatsapp kepada DPJP dan ketua Komite PPRA Terkait persetujuan dan kesesuaian syarat PPRA
- g. Karena terkait anggaran / pengajuan mesin baru tidak mudah dilakukan, Sudah koordinasi IT terkait agar dapat print sharing etiket dari komputer dalam tetapi kendala / infonya tidak *support* belum ada tindakan lebih lanjut
- h. Sudah dilakukan pemisahan tim pengajuan reguler dan pending, serta tim klaim obat susulan update. Kendala dilakukan bersamaan dengan pelayanan serta fasilitas yang sama
- i. Validasi cek ulang oleh apoteker saat konseling / visit ruangan terkait kelengkapan berkas serta mengingatkan kembali petugas ruangan terkait isian yang perlu dilengkapi

2. Instalasi Penunjang Medik

- a. Meningkatkan koordinasi internal dan antar Unit Layanan dan Bagian/ Bidang lain;
- b. Melakukan konsolidasi antar unit dan bidang pelayanan untuk menyusun program kerja dan perencanaan kegiatan agar terintegrasi, efisien dan efektif khususnya kegiatan yang menunjang peningkatan mutu serta keselamatan pasien;
- c. Mengadakan kegiatan pendidikan dan pelatihan dengan format yang sesuai dengan anggaran;
- d. Melakukan sosialisasi standar prosedur pelayanan, peraturan dan perundangan terbaru yang terkait dengan pelayanan di masing-masing Unit layanannya;

- e. Meningkatkan pemantauan pemeliharaan sarana yang terdapat di Unit layanan agar selalu dalam keadaan bersih, siap pakai dan berfungsi dengan baik;
- f. Mengoptimalkan tugas staf di seluruh unit untuk membantu pemeliharaan barang dan peralatan medis di Unit masing-masing dan mengusulkan penambahan tenaga pemelihara sarana;
- g. Melakukan prioritas pelaksanaan kegiatan eksternal di luar rumah sakit
- h. Melakukan evaluasi dan memperketat monitoring khususnya mutu kontrak atau kerja sama dengan pemasok atau pihak eksternal lainnya
- i. Melakukan pembinaan dan evaluasi terhadap staf yang kinerjanya tidak dapat memenuhi kebutuhan rumah sakit;
- j. Melakukan pemindahan ruangan unit Laboratorium, Radiologi dan Fisioterapi ke lantai 1; dengan mempertimbangkan ketentuan luas dan jumlah ruangan yang diperlukan masing-masing unit.

3. Instalasi Penunjang non medik

- a. Merencanakan dan mengusulkan kebutuhan barang di setiap unit;
- b. Memberikan usulan kegiatan dan laporan kerusakan di unit;
- c. Melakukan koordinasi dan rapat bulanan unit;
- d. Membuat program rencana kerja setiap unit;
- e. Melakukan pengawasan terhadap program yang dijalankan;
- f. Mengevaluasi seluruh kegiatan yang berjalan;
- g. Mendokumentasikan seluruh kegiatan unit.

BAB V
HASIL KERJA

A. PENCAPAIAN TARGET KINERJA BAGIAN UMUM & KEUANGAN

1. Bagian Kepegawaian

Untuk target indikator kepegawaian dari target yang telah ditentukan pada setiap jenis layanan secara umum sudah memenuhi kepatuhan. Sehingga kedepannya diperlukan pembahasan lebih lanjut untuk pemilihan indikator mutu lainnya untuk tahun 2024. Informasi terpenuhinya indikator dapat dilihat pada tabel.47 dibawah ini.

Tabel 48. Tabel Capaian Mutu Kepegawaian

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		TARGET	AWAL	TAHUN PENCAPAIAN												
						JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGST	SEP	OKT	NOV	DES	
1	Pelayanan Pasien Miskin	Input	Kebijakan pelayanan pasien miskin	Tersedia		Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	
		Proses	Tidak ada biaya tambahan yang ditagihkan ke pasien miskin	100%		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Output	Semua pasien miskin dilayani	100%		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Pelayanan Administrasi Manajemen	Input	Izin operasional RS	Masih berlaku		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
			Terakreditasi	Masih berlaku		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
			kelengkapan pengisian jabatan	≥ 90%		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
			Peraturan internal RS	Ada		Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada		
			Peraturan kepegawaian RS	Ada		Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada		
			Daftar urut kepangkatan	Ada		Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada		
			Renstra	Ada		Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada		
			RKA / RBA	Ada		Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada		
			Perencanaan pengembangan SDM	Ada		Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada		
		Proses	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	TARGET	AWAL	TAHUN PENCAPAIAN											
					JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGST	SEP	OKT	NOV	DES
		Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Pelaksanaan rencana pengembangan SDM	≥ 90%		90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%
		Ketepatan waktu penyusunan informasi laporan keuangan	100%		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Ketepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam		22.50 menit	27.50 menit	30 Menit	30 Menit	30 Menit	30 Menit	30 Menit	z30 Menit	30 Menit	30 Menit	30 Menit	30 Menit
		Kelengkapan pelaporan akuntabilitas kinerja	100%		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Pelatihan staf minimal 20 jam / th	100%		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Ketepatan waktu pemberian insentif	100%		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3	Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSR)	Input	Adanya penanggung jawab IPSRS	SK direktur		Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
			Ketersediaan bengkel kerja	Tersedia		Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
		Proses	Waktu tanggap kerusakan alat < 15 menit	≥ 80%		84%	85%	82%	88%	90%	87%	88%	96%	83%	89%	87%

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	TARGET	AWAL	TAHUN PENCAPAIAN												
					JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGST	SEP	OKT	NOV	DES	
		Output	Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai jadwal	100%		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		Output	Ketepatan waktu kalibrasi alat	100%		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		Output	Alat ukur dan alat laboratorium dikalibrasi tepat waktu	100%		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
4	Pelayanan Keamanan	Input	Petugas keamanan bersertifikat	100%		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
			Sistem keamanan	Ada		Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	
		Proses	Petugas keamanan berkeliling RS	Tiap jam		Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada
			Adanya CCTV yang berfungsi baik	100%		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
			Evaluasi sistem pengamanan	Tiap 3 bulan		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Output	Tidak ada barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang	100%		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Outcome	Kepuasan pelanggan	≥ 90%		99,68%	99,68%	99,68%	99,68%	99,68%	99,68%	93,01%	93,01%	93,01%	93,01%	93,01%	93,01%

2. Bagian Perencanaan

Pada bagian ini Perangkat Daerah melakukan evaluasi terhadap hasil pelaksanaan Rencana Kerja RSUD Pesanggrahan pada tahun 2023. Data yang disajikan pada bagian ini merupakan data realisasi program, kegiatan dan subkegiatan.

Tabel 49. Hasil indikator kinerja Perencanaan

Program/Kegiatan/Subkegiatan	Indikator Kinerja Program / Kegiatan / Subkegiatan	Target Kinerja 2023	Hasil Kinerja 2023
Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Provinsi			
Penyediaan Jasa Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah	Indeks Kepuasan Layanan Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah	3 indeks	3 indeks
Penyediaan Jasa Komunikasi, Sumber Daya Air dan Listrik	Jumlah Laporan Penyediaan Jasa Komunikasi, Sumber Daya Air dan Listrik yang Disediakan	12 laporan	12 laporan
Penyediaan Jasa Pelayanan Umum Kantor	Jumlah Laporan Penyediaan Jasa Pelayanan Umum Kantor yang Disediakan	2 laporan	2 laporan
Peningkatan Pelayanan BLUD	Indeks Kepuasan Layanan BLUD	3 indeks	4 indeks
Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	Jumlah BLUD yang Menyediakan Pelayanan dan Penunjang Pelayanan	1 unit kerja	1 unit kerja
Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan Dan Upaya Kesehatan Masyarakat			
Penyediaan Fasilitas Pelayanan, Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi	Persentase Dokumen Pemenuhan Ketersediaan Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik di Fasilitas Pelayanan Kesehatan milik Pemerintah Provinsi DKI Jakarta	100%	100%
Pengadaan Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Layanan Kesehatan	Jumlah Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Layanan Kesehatan yang Disediakan	16 unit	31 unit
Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi	Persentase Penduduk yang Mendapatkan Layanan Kesehatan pada Kondisi Kejadian Luar Biasa Provinsi yang Mendapatkan Pelayanan Kesehatan Sesuai Standar	100%	100%
Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi	Jumlah Penduduk yang Mendapatkan Layanan Kesehatan pada Kondisi Kejadian Luar Biasa Provinsi yang Mendapatkan Pelayanan Kesehatan Sesuai Standar	60 orang	423 orang
Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan			
Perencanaan Kebutuhan dan Pendayagunaan Sumber Daya Manusia Kesehatan untuk UKP dan UKM di Wilayah Kabupaten/Kota	Jumlah Dokumen Perencanaan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan yang Disusun Sesuai Standar	2 dokumen	2 dokumen
Pemenuhan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan Sesuai Standar	Jumlah Sumber Daya Manusia Kesehatan yang Memenuhi Standar di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Fasyankes)	182 orang	190 orang

3. Bagian Keuangan

Pendapatan Rumah Sakit Umum Daerah Pesanggrahan terdiri dari Pendapatan yang akan diperoleh dan Penerimaan nyata yang sudah diterima dan terdapat pencatatan kasnya oleh Bendahara Penerimaan BLUD. Beberapa sumber penerimaan/pendapatan yaitu dari Rawat Jalan, Rawat Inap, penerimaan dari BPJS, Covid-19 dan pendapatan lain-lain yang sah seperti jasa giro bank.

Pengeluaran Rumah Sakit Umum Daerah Pesanggrahan terdiri dari pelaksanaan kegiatan yang bersumber dari APBD dan BLUD. Pengeluaran APBD yaitu pengeluaran untuk pembayaran belanja TAL, Insentif Covid-19 bagi Tenaga Kesehatan dan Penunjang serta Gaji Satpam, *Cleaning Service*, Non PNS dan Modal Alat Kesehatan. Pengeluaran BLUD dibagi menjadi Belanja Pegawai, Belanja Barang dan Jasa serta Belanja Modal. Belanja Pegawai BLUD yaitu untuk belanja pegawai PNS berupa remunerasi yang sudah ditetapkan per agustus atas tunjangan bulan Juli 2022. Belanja Barang dan Jasa dibagi kembali menjadi belanja pegawai, belanja bahan makanan, belanja BMHP, belanja obat, belanja ART, belanja konsultan, belanja akreditasi, belanja pemeliharaan, belanja barang dan jasa, belanja kesling, belanja pelayanan lain-lain, belanja ATK, belanja umum dan administrasi, belanja promosi, belanja BBM, belanja umum dan administrasi lain, belanja administrasi bank, dan belanja TALI.

Dari kegiatan yang dianggarkan dan direncanakan pada tahun 2023 pada anggaran APBD dan BLUD serapan anggaran belanja mencapai 96,49 % melebihi target (91 %) dan keseluruhan belanja sudah dibayarkan pada tahun 2023 (tidak terdapat hutang pada tahun 2023).

Tabel 50. Pencapaian target anggaran dengan realisasi belanja

No	Program / Kegiatan	Anggaran	Realisasi	%
1	Penyediaan Jasa Komunikasi. Sumber Daya Air dan Listrik	968.841.487	851.324.284	87.87
2	Penyediaan Jasa Pelayanan Umum Kantor	2.676.381.708	2.662.596.230	99.8

3	Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	45.867.193.235	45.211.979.694	98.57
4	Pemenuhan Kebutuhan Sumber Daya Manusia - Belanja Insentif Tenaga Kesehatan Penanganan COVID-19	397.875.000	306.220.741	77
5	Pemenuhan Kebutuhan Sumber Daya Manusia	9.370.266.953	8.527.729.076	91
6	Pengadaan Alat Kesehatan /Alat Penunjang Medik Fasilitas Layanan Kesehatan	7.652.600.127	7.026.962.609	92
JUMLAH		66.933.158.510	64.586.812.634	96.49

Tabel 51. Target pendapatan dan realisasi per Poli Tahun 2023

NO,	NAMA POLI	TARGET	PENDAPATAN UMUM	PENDAPATAN BPJS	JUMLAH 2023
			REALISASI	REALISASI	
1	AMANI	Rp 5.613.222	Rp5.901.966	Rp -	Rp 5.901.966
2	ANAK	Rp252.578.005	Rp 121.204.048	Rp 144.366.570	Rp 265.570.618
3	ANASTESI	Rp 30.700.753	Rp 420.000	Rp 31.860.000	Rp32.280.000
4	BEDAH	Rp578.255.176	Rp 44.405.852	Rp 563.594.770	Rp 608.000.622
5	DOTS(TB)	Rp 8.651.460	Rp 9.096.491	Rp -	Rp 9.096.491
6	FISIOTERAPI	Rp497.070.684	Rp 30.190.000	Rp 492.450.000	Rp 522.640.000
7	GIGI	Rp620.163.410	Rp 652.064.616	Rp -	Rp 652.064.616
8	GIZI	Rp 4.018.299	Rp 4.225.000	Rp -	Rp 4.225.000
9	IGD	Rp1.498.874.629	Rp 976.494.857	Rp 599.481.883	Rp 1.575.976.740
10	KONSERVASI	Rp608.332.117	Rp 17.074.280	Rp 622.550.441	Rp 639.624.721
11	MATA	Rp715.920.116	Rp 77.150.225	Rp 675.596.822	Rp 752.747.047
12	MCU	Rp691.612.534	Rp 727.189.083	Rp -	Rp 727.189.083
13	OBGYN	Rp1.317.488.893	Rp 181.142.805	Rp 1.204.117.717	Rp 1.385.260.522
14	PARU	Rp 29.038.201	Rp 9.647.766	Rp 20.884.160	Rp30.531.926
15	POLI LUKA	Rp 10.886.427	Rp 1.671.761	Rp 9.774.664	Rp11.446.425

NO,	NAMA POLI	TARGET	PENDAPATAN UMUM	PENDAPATAN BPJS	JUMLAH 2023
16	PENYAKIT DALAM	Rp4.558.613.003	Rp 112.075.558	Rp 4.681.032.498	Rp 4.793.108.056
17	PSIKATRI	Rp 15.057.630	Rp 15.832.195	Rp -	Rp15.832.195
18	REHABILITASI MEDIK	Rp236.650.912	Rp 9.041.660	Rp 239.782.575	Rp 248.824.235
19	SARAF	Rp1.420.196.637	Rp 46.913.564	Rp 1.446.337.988	Rp 1.493.251.552
20	THT	Rp445.611.304	Rp 150.597.691	Rp 317.935.858	Rp 468.533.549
21	UMUM	Rp103.125.711	Rp 108.430.498	Rp -	Rp 108.430.498
22	VAKSINASI	Rp 73.134.706	Rp 76.896.755	Rp -	Rp76.896.755
23	LABORATORIUM	Rp287.914.669	Rp 302.725.000	Rp -	Rp 302.725.000
24	RADIOLOGI	Rp232.852.089	Rp 244.830.000	Rp -	Rp 244.830.000
25	RAWAT INAP	Rp16.100.161.281	Rp 383.081.957	Rp 16.545.271.620	Rp 16.946.871.616
26	LAIN – LAIN DENGAN JAMINAN	Rp1.907.972.104	Rp 121.858.792	Rp 1.884.259.397	Rp2.006.118.189
27	Jasa Giro	Rp 334.012.339	Rp 404.710.277		Rp404.710.277
	TOTAL	Rp 32.584.506.312	4.834.872.697	29.479.296.963	Rp 34.314.169.660

Keterangan :

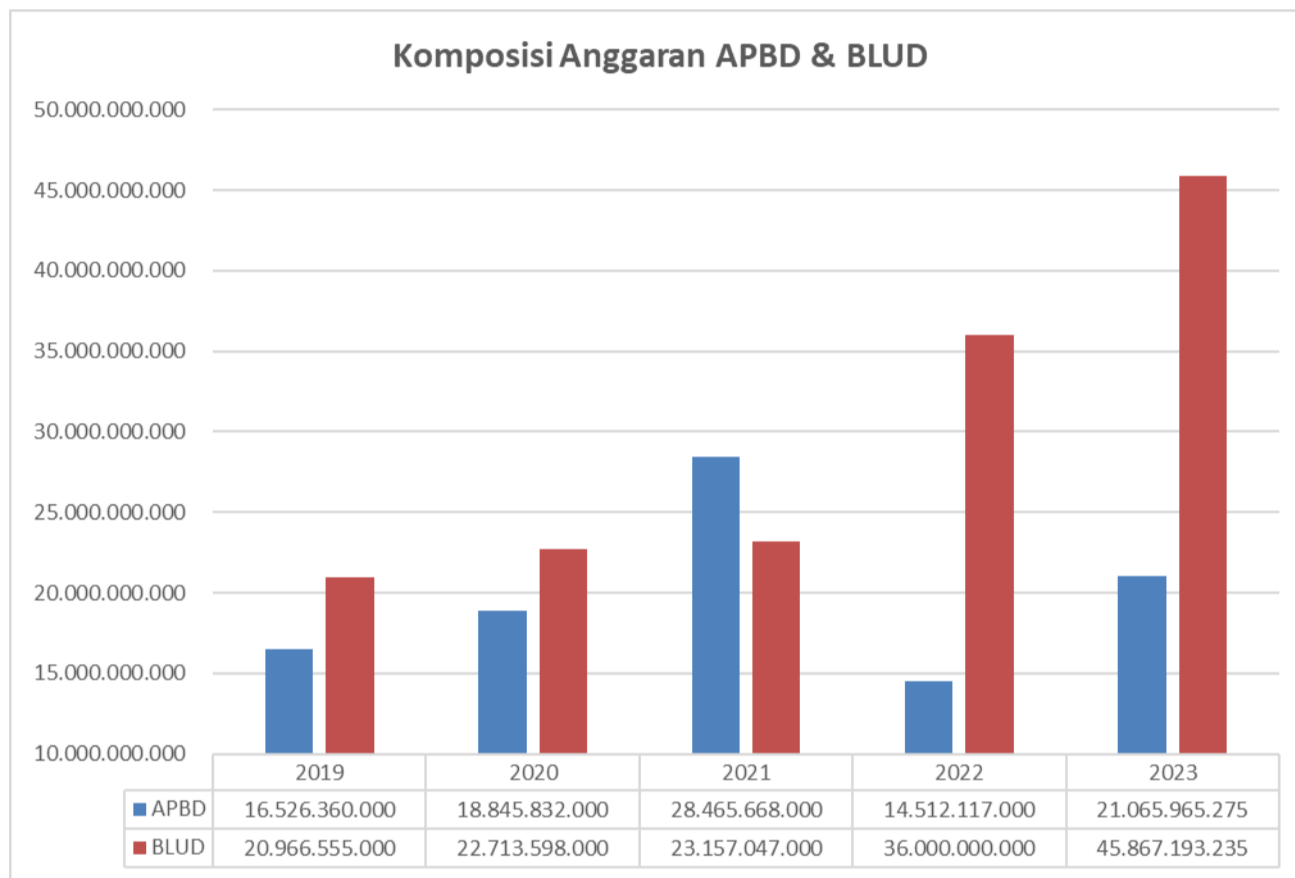
Pendapatan di tahun 2023 telah tercapai Rp 34.314 169 660,- melebihi target yang telah di ditetapkan Rp. 32.584.506.312,-dengan prosenatse capaiannya 105,53 % dari target.

Selama tahun 2019 – 2023 untuk kegiatan belanja APBD mengalami kenaikan dari tahun 2019 – 2021. Anggaran kenaikan berasal dari anggaran remun Non PNS yang masih menggunakan APBD. Pada tahun 2022 – 2023 untuk belanja APBD sudah mengalami penurunan anggaran. Anggaran berkurang berasal dari belanja remun Non PNS yang sudah menggunakan anggaran BLUD. Komposisi anggaran APBD dan BLUD pada tahun 2019 – 2023 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

Tabel 52. Anggaran APBD dan BLUD Tahun 2019 -2023

TAHUN	ANGGARAN		TOTAL ANGGARAN
	APBD / SUBSIDI	BLUD	
2019	16.526.360.864	20.966.555.619	37.492.916.483
2020	18.845.832.829	22.713.598.945	41.559.431.774
2021	28.465.668.464	23.157.047.073	51.622.715.537
2022	14.512.117.320	36.000.000.000	50.512.117.320
2023	21.065.965.275	45.867.193.235	66.933.158.510

Grafik 5 1. Komposisi Anggaran APBD & BLUD 2019 - 2023



Pencapaian hasil kinerja RSUD Pesanggrahan dapat dilihat juga dari beberapa laporan dibawah ini selama tahun 2023 :

1. **Neraca Unaudited Tahun 2023**


Tabel 53. Neraca Audited 2023

PEMERINTAHAN PROVINSI DAERAH KHUSUS IBUKOTA JAKARTA				
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PESANGGRAHAN				
NERACA				
PER 31 DESEMBER 2023 DAN 31 DESEMBER 2022				
				(Dalam Rupiah)
Keterangan	Catatan	31 DESEMBER 2023	31 Desember 2022 (Audited)	
Aset	4.3.5			
Aset Lancar	4.3.5.1			
Kas dan Setara Kas	5.5.1	2.384.877.949	22.711.724.740	
Piutang (<i>dikurangi penyisihan piutang BLUD sebesar -29.467.353</i>)	5.5.2	5.893.556.186	3.784.032.212	
Beban Dibayar Dimuka	5.5.3	77.423.573	69.602.931	
Persediaan	5.5.4	3.998.562.011	2.050.546.026	
Jumlah Aset Lancar		12.324.952.366	28.596.987.503	
Aset Tidak Lancar				
Aset Tetap	4.3.5.2	18.275.021.014	11.047.916.258	
(<i>Dikurangi akumulasi penyusutan dan penurunan nilai tanggal 31 Desember 2023 dan 31 Desember 2022 masing-masing sebesar Rp.-49.284.286.620 dan Rp.-43.422.542.386</i>)	5.5.5			
Aset Lainnya	4.3.5.2	13.079.960	13.079.960	
(<i>Dikurangi akumulasi penyusutan dan penurunan nilai tanggal 31 Desember 2023 dan 31 Desember 2022 masing-masing sebesar Rp.-691.194.583 dan RP.-551.777.520.0</i>)	5.5.5			
Jumlah Aset Tidak Lancar		18.288.100.974	11.060.996.218	
JUMLAH ASET		30.613.053.340	39.657.983.721	
KEWAJIBAN DAN EKUITAS				
Kewajiban Jangka Pendek	4.3.6			
Utang	5.5.6	1.330.854.598	2.319.866.167	
Jumlah Kewajiban Jangka Pendek		1.330.854.598	2.319.866.167	
Jumlah Kewajiban		1.330.854.598	2.319.866.167	
Ekuitas	4.3.7			
Ekuitas	5.5.6	29.282.198.742	37.338.117.554	
JUMLAH KEWAJIBAN DAN EKUITAS		30.613.053.340	39.657.983.721	

2.

Laporan Operasional

Tabel 54. Laporan Operasional



AUDITED

PEMERINTAH PROVINSI DAERAH KHUSUS IBUKOTA JAKARTA
10201921 - RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PESANGGRAHAN
LAPORAN OPERASIONAL TAHUN ANGGARAN 2023
UNTUK TAHUN YANG BERAKHIR SAMPAI DENGAN 31 DESEMBER 2023

(Dalam Rupiah)

URAIAN	CATATAN	31 DESEMBER 2023	31 DESEMBER 2022 (AUDITED)	KENAIKAN / (PENURUNAN)	(%)
1	2	3	4	5=3-4	6=5:4
PENDAPATAN					
PENDAPATAN ASLI DAERAH (PAD)-LO		34.361.803.374,00	28.073.678.645,00	6.288.124.729,00	22,40
Pajak Daerah-LO		0,00	0,00	0,00	0,00
Retribusi Daerah-LO		0,00	0,00	0,00	0,00
Hasil Pengelolaan Kekayaan Daerah yang Dipisahkan-LO		0,00	0,00	0,00	0,00
Lain-lain PAD yang Sah-LO		34.361.803.374,00	28.073.678.645,00	6.288.124.729,00	22,40
PENDAPATAN TRANSFER-LO		0,00	0,00	0,00	0,00
Pendapatan Transfer Pemerintah Pusat-LO		0,00	0,00	0,00	0,00
Pendapatan Transfer Antar Daerah-LO		0,00	0,00	0,00	0,00
LAIN-LAIN PENDAPATAN DAERAH YANG SAH-LO		0,00	0,00	0,00	0,00
Pendapatan Hibah-LO		0,00	0,00	0,00	0,00
Dana Darurat-LO		0,00	0,00	0,00	0,00
Lain-lain Pendapatan Sesuai dengan Ketentuan Peraturan Perundang-Undangan-LO		0,00	0,00	0,00	0,00
JUMLAH PENDAPATAN		34.361.803.374,00	28.073.678.645,00	6.288.124.729,00	22,40
BEBAN					
BEBAN OPERASI		49.488.637.360,00	47.049.044.774,00	2.439.592.586,00	5,19
Beban Pegawai		2.272.866.916,00	943.697.320,00	1.329.169.596,00	140,85
Beban Barang dan Jasa		47.192.163.376,00	46.105.347.454,00	1.086.815.922,00	2,36
Beban Barang		34.844.531.112,00	32.075.899.344,00	2.768.631.768,00	8,63
Beban Jasa		12.347.632.264,00	14.029.448.110,00	(1.681.815.846,00)	(11,99)
Beban Bunga		0,00	0,00	0,00	0,00
Beban Subsidi		0,00	0,00	0,00	0,00
Beban Hibah		0,00	0,00	0,00	0,00
Beban Bantuan Sosial		0,00	0,00	0,00	0,00
Beban Penyisihan Piutang		23.607.068,00	0,00	23.607.068,00	0,00
Beban Karena Rugi Selisih kurs dalam pengelolaan		0,00	0,00	0,00	0,00
Beban Lain-lain		0,00	0,00	0,00	0,00
Beban Penyusutan dan Amortisasi		5.849.000.361,00	4.338.958.606,00	1.510.041.755,00	34,80
Beban Penyusutan Peralatan dan Mesin		5.355.534.881,00	3.845.493.126,00	1.510.041.755,00	39,27
Beban Penyusutan Gedung dan Bangunan		469.915.480,00	469.915.480,00	0,00	0,00
Beban Penyusutan Jalan, Jaringan dan Irigasi		23.550.000,00	23.550.000,00	0,00	0,00
Beban Penyusutan Aset Tetap Lainnya		0,00	0,00	0,00	0,00
Beban Penyusutan Aset Lainnya		0,00	0,00	0,00	0,00
Beban Amortisasi Aset Tidak Berwujud		0,00	0,00	0,00	0,00
JUMLAH BEBAN		55.337.637.721,00	51.388.003.380,00	3.949.634.341,00	7,69
SURPLUS / DEFISIT OPERASIONAL		(20.975.834.347,00)	(23.314.324.735,00)	2.338.490.388,00	(10,03)
NON OPERASIONAL					
SURPLUS NON OPERASIONAL-LO		0,00	0,00	0,00	0,00
Surplus Penjualan/Pertukaran/Pelepasan Aset		0,00	0,00	0,00	0,00

Printed by SIPKD 24-07-2024



AUDITED

FEMERINTAH PROVINSI DAERAH KHUSUS IBUKOTA JAKARTA
10201921 - RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PESANGGRAHAN
LAPORAN OPERASIONAL TAHUN ANGGARAN 2023
UNTUK TAHUN YANG BERAKHIR SAMPAI DENGAN 31 DESEMBER 2023

(Dalam Rupiah)

URAIAN	CATATAN	31 DESEMBER 2023	31 DESEMBER 2022 (AUDITED)	KENAIKAN / (PENURUNAN)	(%)
1	2	3	4	5=3-4	6=5:4
NON OPERASIONAL					
Surplus Penyelesaian Kewajiban Jangka		0,00	0,00	0,00	0,00
BEBAN TRANSFER		0,00	0,00	0,00	0,00
Beban Bagi Hasil		0,00	0,00	0,00	0,00
Beban Bantuan Keuangan		0,00	0,00	0,00	0,00
Beban Karena Rugi Selisih kurs dalam pengelolaan Rekening		0,00	0,00	0,00	0,00
SURPLUS / DEFISIT NON OPERASIONAL		0,00	0,00	0,00	0,00
POS LUAR BIASA					
BEBAN TAK TERDUGA		0,00	0,00	0,00	0,00
Beban Tak Terduga		0,00	0,00	0,00	0,00
JUMLAH POS LUAR BIASA		0,00	0,00	0,00	0,00
SURPLUS / DEFISIT - LO		(20.975.834.347,00)	(23.314.324.735,00)	2.338.490.388,00	(10,03)

Lihat Catatan atas Laporan Keuangan yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari laporan ini.

Jakarta, 01 Juli 2024

KEPALA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
PESANGGRAHAN



3.

Laporan Arus Kas
Tabel 55. Laporan Arus Kas



AUDITED

PEMERINTAH PROVINSI DAERAH KHUSUS IBUKOTA JAKARTA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PESANGGRAHAN

LAPORAN ARUS KAS

UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR PADA TANGGAL 31 DESEMBER 2023 DAN 2022

(Dalam Rupiah)

URAIAN	CATATAN	31 DESEMBER 2023	31 DESEMBER 2022 (AUDITED)
ARUS KAS DARI AKTIVITAS OPERASI		0,00	0,00
Arus Kas Masuk		0,00	0,00
Penerimaan Pajak Daerah		0,00	0,00
Penerimaan Retribusi Daerah		0,00	0,00
Penerimaan Hasil Pengelolaan Kekayaan Daerah yang Dipisahkan		0,00	0,00
Penerimaan Lain-lain Pendapatan Asli Daerah		34.314.169.660,00	40.493.466.248,00
Penerimaan Operasional BLUD		34.314.169.660,00	40.493.466.248,00
Jumlah Arus Kas Masuk		34.314.169.660,00	40.493.466.248,00
Arus Kas Keluar		0,00	0,00
Pembayaran Pegawai		2.274.580.751,00	766.879.712,00
Pembayaran Barang		36.360.985.042,00	30.551.158.959,00
Pengeluaran Operasional BLUD		36.360.985.042,00	30.551.158.959,00
Jumlah Arus Kas Keluar		38.635.565.793,00	31.318.038.671,00
<i>Arus Kas Bersih dari Aktivitas Operasi</i>		<i>(4.321.396.133,00)</i>	<i>9.175.427.577,00</i>
ARUS KAS DARI AKTIVITAS INVESTASI		0,00	0,00
Arus Kas Masuk		0,00	0,00
Penjualan atas Tanah		0,00	0,00
Penjualan atas Peralatan dan Mesin		0,00	0,00
Penjualan atas Gedung dan Bangunan		0,00	0,00
Penjualan atas Jalan, Irigasi, dan Jaringan		0,00	0,00
Penjualan Aset Tetap Lainnya		0,00	0,00
<i>Arus Kas Bersih dari Aktivitas Pendanaan</i>		<i>0,00</i>	<i>0,00</i>
Penjualan Aset Lainnya		0,00	0,00
Jumlah Arus Kas Masuk		0,00	0,00
Arus Kas Keluar		0,00	0,00
Perolehan Tanah		0,00	0,00
Perolehan Peralatan dan Mesin		6.576.413.901,00	2.912.612.845,00
Perolehan Gedung dan Bangunan		0,00	0,00
Perolehan Jalan, Irigasi dan Jaringan		0,00	0,00
Perolehan Aset Tetap Lainnya		0,00	0,00
Perolehan Aset Lainnya		0,00	0,00
Penyertaan Modal (Investasi) Pemerintah Daerah		0,00	0,00
Pengeluaran Pembelian Investasi Non Permanen		0,00	0,00
Pengeluaran Pembelian Investasi Non Permanen		0,00	0,00
Jumlah Arus Kas Keluar		6.576.413.901,00	2.912.612.845,00
<i>Arus Kas Bersih dari Aktivitas Investasi</i>		<i>(6.576.413.901,00)</i>	<i>(2.912.612.845,00)</i>
ARUS KAS DARI AKTIVITAS PENDANAAN		0,00	0,00
Arus Kas Masuk		0,00	0,00
Penerimaan Pokok Pinjaman Dalam Negeri - Sektor Perbankan		0,00	0,00

Printed by SIPD 01-07-2024



AUDITED

PEMERINTAH PROVINSI DAERAH KHUSUS IBUKOTA JAKARTA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PESANGGRAHAN
LAPORAN ARUS KAS

UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR PADA TANGGAL 31 DESEMBER 2023 DAN 2022

(Dalam Rupiah)

URAIAN	CATATAN	31 DESEMBER 2023	31 DESEMBER 2022 (AUDITED)
Belanja Dibayar Dimuka (Sisa Kas di Bendahara Awal Tahun)		0,00	0,00
Piutang Kelebihan Pembayaran Pajak Awal Tahun		0,00	0,00
Jumlah Arus Kas Masuk		0,00	0,00
Arus Kas Keluar		0,00	0,00
Pembayaran Pokok Pinjaman Dalam Negeri - Sektor Perbankan		0,00	0,00
Belanja Dibayar Dimuka (Sisa Kas di Bendahara Akhir Tahun)		0,00	0,00
Piutang Kelebihan Pembayaran kepada Pihak Ketiga (Akhir Tahun)		0,00	0,00
Jumlah Arus Kas Keluar		0,00	0,00
ARUS KAS DARI AKTIVITAS TRANSITORIS		0,00	0,00
Arus Kas Masuk		0,00	0,00
Penerimaan Piutang Pengembalian Kelebihan Pembayaran kepada Pihak Ketiga		0,00	0,00
Penerimaan Uang Jaminan		0,00	0,00
Penerimaan Jasa Giro Rekening Kas Non Anggaran		0,00	0,00
Penerimaan Piutang Pengembalian Kelebihan Pembayaran Kepada Pihak Ketiga		0,00	0,00
Penerimaan UMK BLUD		0,00	0,00
Penerimaan Deposit Pasien		0,00	0,00
Penerimaan Deposit Jasa BLUD		0,00	0,00
Penerimaan Uang Titipan		0,00	0,00
Penerimaan Kas yang Dibatasi Penggunaannya		0,00	0,00
Penerimaan Perhitungan Pihak Ketiga (PFK)		3.410.911.144,00	2.478.812.487,00
Penerimaan Perhitungan Pihak Ketiga (PFK) - Pajak		3.410.911.144,00	2.478.812.487,00
Penerimaan Perhitungan Pihak Ketiga (PFK) - Non Pajak		0,00	0,00
Jumlah Arus Kas Masuk		3.410.911.144,00	2.478.812.487,00
Arus Kas Keluar		0,00	0,00
Hasil Eksekusi atas Jaminan		0,00	0,00
Penyetoran Kas BLUD ke BUD		0,00	0,00
Pengembalian Uang Muka Jasa BLUD		0,00	0,00
Pembayaran UMK BLUD		0,00	0,00
Penyetoran Jasa Giro Rekening Kas Non Anggaran ke Kas Daerah		0,00	0,00
Pengakuan Piutang Pengembalian Kelebihan Pembayaran kepada Pihak Ketiga		0,00	0,00
Pengembalian Deposit Pasien		0,00	0,00
Penyetoran Kas BLUD ke BUD		9.428.136.757,00	0,00
Kelebihan Setoran Pajak BLUD		0,00	0,00
Pengembalian Uang Titipan		0,00	0,00
Pengembalian Kas BLUD yang Dibatasi Penggunaannya		0,00	0,00
Pengeluaran Perhitungan Pihak Ketiga (PFK)		3.411.811.144,00	2.477.912.487,00
Pengeluaran Perhitungan Pihak Ketiga (PFK) - Pajak		3.411.811.144,00	2.477.912.487,00

Printed by SIPD 24-07-2024



AUDITED

PEMERINTAH PROVINSI DAERAH KHUSUS IBUKOTA JAKARTA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PESANGGRAHAN
LAPORAN ARUS KAS

UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR PADA TANGGAL 31 DESEMBER 2023 DAN 2022

(Dalam Rupiah)

URAIAN	CATATAN	31 DESEMBER 2023	31 DESEMBER 2022 (AUDITED)
Pengeluaran Perhitungan Fihak Ketiga (PFK) - Non Pajak		0,00	0,00
Jumlah Arus Kas Keluar		12.839.947.901,00	2.477.912.487,00
<i>Arus Kas Bersih dari Aktivitas Transitoris</i>		(9.429.036.757,00)	900.000,00
KOREKSI SALDO AWAL KAS BLUD		0,00	0,00
Kenaikan (Penurunan) Kas		(20.326.846.791,00)	6.263.714.732,00
Saldo Awal Kas BLUD		22.711.724.740,00	16.448.010.008,00
Saldo Akhir Kas di BUD/Kas Daerah dan Kas dan Setara Kas BLUD		2.384.877.949,00	22.711.724.740,00

Lihat Catatan atas Laporan Keuangan yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari laporan ini.

Jakarta, 01-07-2024

KEPALA RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH PESANGGRAHAN
PROVINSI DKI JAKARTA

DIDIE DAMAYANTI
NIP. 196610031994012001

4. Laporan Perubahan Ekuitas

Tabel 56. Laporan Perubahan Ekuitas



AUDITED

PEMERINTAH PROVINSI DAERAH KHUSUS IBUKOTA JAKARTA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PESANGGRAHAN

LAPORAN PERUBAHAN EKUITAS

UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR SAMPAI DENGAN DESEMBER 2023 DAN 2022

(Dalam Rupiah)

URAIAN	CATATAN	31 DESEMBER 2023	31 DESEMBER 2022 (AUDITED)
EKUITAS AWAL			
Ekuitas - LO			
Ekuitas - LO per 31 Desember 2022 dan 2021		20.819.245.150,00	10.942.512.983,00
Penyesuaian RK PPKD Awal Tahun		16.518.872.404,00	27.443.406.021,00
Koreksi Perubahan Struktur Organisasi		0,00	0,00
Ekuitas - LO per 1 Januari 2023		37.338.117.554,00	38.385.919.004,00
RK PPKD			
RK PPKD per 31 Desember 2022 dan 2021		16.518.872.404,00	27.443.406.021,00
Penyesuaian RK PPKD Awal Tahun		(16.518.872.404,00)	(27.443.406.021,00)
RK PPKD per 1 Januari 2023		0,00	0,00
JUMLAH EKUITAS AWAL		37.338.117.554,00	38.385.919.004,00
PERUBAHAN EKUITAS			
Surplus/Defisit LO		(20.975.834.347,00)	(23.314.324.735,00)
Mutasi RK PPKD		10.843.801.846,00	16.518.872.404,00
Koreksi Ekuitas		2.076.113.689,00	5.747.650.881,00
Jumlah Perubahan Ekuitas		(8.055.918.812,00)	(1.047.801.450,00)
EKUITAS AKHIR			
Ekuitas - LO		18.438.396.896,00	20.819.245.150,00
RK PPKD		10.843.801.846,00	16.518.872.404,00
EKUITAS AKHIR		29.282.198.742,00	37.338.117.554,00

Lihat Catatan atas Laporan Keuangan yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari laporan ini.

Jakarta, 01 Juli 2024

KEPALA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
PESANGGRAHAN




DDIET DAMAYANTI

NIP. 196610031994012001

5.

Laporan Realisasi Anggaran

Tabel 57. Laporan Realisasi Anggaran

		AUDITED			
		 PEMERINTAH PROVINSI DAERAH KHUSUS IBUKOTA JAKARTA LAPORAN REALISASI ANGGARAN PENDAPATAN DAN BELANJA DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PESANGGRAHAN UNTUK TAHUN YANG BERAKHIR SAMPAI DENGAN 31 DESEMBER 2023 DAN 2022 <small>(Dalam Rupiah)</small>			
U R A I A N	CATATAN	ANGGARAN Tahun 2023	REALISASI Tahun 2023	(%)	REALISASI Tahun 2022
PENDAPATAN DAERAH					
PENDAPATAN ASLI DAERAH (PAD)					
Pajak Daerah		0,00	0,00	0,00	0,00
Retribusi Daerah		0,00	0,00	0,00	0,00
Hasil Pengelolaan Kekayaan Daerah yang Dipisahkan		0,00	0,00	0,00	0,00
Lain-lain PAD yang Sah		32.584.505.252,00	34.314.169.660,00	105,31	40.493.466.248,00
JUMLAH PENDAPATAN ASLI DAERAH (PAD)		32.584.505.252,00	34.314.169.660,00	105,31	40.493.466.248,00
PENDAPATAN TRANSFER					
Pendapatan Transfer Pemerintah Pusat					
Dana Perimbangan		0,00	0,00	0,00	0,00
Dana Insentif Daerah (DID)		0,00	0,00	0,00	0,00
Dana Otonomi Khusus dan Dana Tambahan Infrastruktur		0,00	0,00	0,00	0,00
Dana Keistimewaan		0,00	0,00	0,00	0,00
Dana Desa		0,00	0,00	0,00	0,00
Insentif Fiskal		0,00	0,00	0,00	0,00
Jumlah Pendapatan Transfer Pemerintah Pusat		0,00	0,00	0,00	0,00
Pendapatan Transfer Antar Daerah					
Pendapatan Bagi Hasil		0,00	0,00	0,00	0,00
Bantuan Keuangan		0,00	0,00	0,00	0,00
Jumlah Pendapatan Transfer Antar Daerah		0,00	0,00	0,00	0,00
JUMLAH PENDAPATAN TRANSFER		0,00	0,00	0,00	0,00
LAIN-LAIN PENDAPATAN DAERAH YANG SAH					
Pendapatan Hibah		0,00	0,00	0,00	0,00
Dana Darurat		0,00	0,00	0,00	0,00
Lain-lain Pendapatan Sesuai dengan Ketentuan Peraturan Perundang-Undangan		0,00	0,00	0,00	0,00
JUMLAH LAIN-LAIN PENDAPATAN DAERAH YANG SAH		0,00	0,00	0,00	0,00
JUMLAH PENDAPATAN DAERAH		32.584.505.252,00	34.314.169.660,00	105,31	40.493.466.248,00
BELANJA DAERAH					
BELANJA OPERASI					
Belanja Pegawai		2.275.000.000,00	2.274.580.751,00	99,98	766.879.712,00
Belanja Barang dan Jasa		50.161.424.943,00	48.708.855.373,00	97,10	44.459.137.252,00
Belanja Bunga		0,00	0,00	0,00	0,00
Belanja Subsidi		0,00	0,00	0,00	0,00
Belanja Hibah		0,00	0,00	0,00	0,00
Belanja Bantuan Sosial		0,00	0,00	0,00	0,00
Belanja Karena Rugi Selisih kurs dalam pengelolaan Rekening Milik BUD		0,00	0,00	0,00	0,00
JUMLAH BELANJA OPERASI		52.436.424.943,00	50.983.436.124,00	97,23	45.226.016.964,00
BELANJA MODAL					
Belanja Modal Tanah		0,00	0,00	0,00	0,00
Belanja Modal Peralatan dan Mesin		14.496.733.567,00	13.603.376.510,00	93,84	2.912.612.845,00
Belanja Modal Gedung dan Bangunan		0,00	0,00	0,00	0,00
Belanja Modal Jalan, Jaringan, dan Irigasi		0,00	0,00	0,00	0,00
Belanja Modal Aset Tetap Lainnya		0,00	0,00	0,00	0,00
Belanja Modal Aset Lainnya		0,00	0,00	0,00	0,00
JUMLAH BELANJA MODAL		14.496.733.567,00	13.603.376.510,00	93,84	2.912.612.845,00



AUDITED

PEMERINTAH PROVINSI DAERAH KHUSUS IBUKOTA JAKARTA
LAPORAN REALISASI ANGGARAN PENDAPATAN DAN BELANJA DAERAH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PESANGGRAHAN
 UNTUK TAHUN YANG BERAKHIR SAMPAI DENGAN 31 DESEMBER 2023 DAN 2022

(Dalam Rupiah)

URAIAN	CATATAN	ANGGARAN Tahun 2023	REALISASI Tahun 2023	(%)	REALISASI Tahun 2022
BELANJA TIDAK TERDUGA					
Belanja Tidak Terduga		0,00	0,00	0,00	0,00
JUMLAH BELANJA TIDAK TERDUGA		0,00	0,00	0,00	0,00
BELANJA TRANSFER					
Belanja Bagi Hasil		0,00	0,00	0,00	0,00
Belanja Bantuan Keuangan		0,00	0,00	0,00	0,00
JUMLAH BELANJA TRANSFER		0,00	0,00	0,00	0,00
JUMLAH BELANJA DAERAH		66.933.158.510,00	64.586.812.634,00	96,49	48.138.629.809,00
SURPLUS / (DEFISIT)		(34.348.653.258,00)	(30.272.642.974,00)		(7.645.163.561,00)
PEMBIAYAAN DAERAH					
PENERIMAAN PEMBIAYAAN					
Sisa Lebih Perhitungan Anggaran Tahun Sebelumnya		13.282.687.983,00	13.282.687.983,00	100,00	16.448.010.008,00
Pencairan Dana Cadangan		0,00	0,00	0,00	0,00
Hasil Penjualan Kekayaan Daerah yang Dipisahkan		0,00	0,00	0,00	0,00
Penerimaan Pinjaman Daerah		0,00	0,00	0,00	0,00
Penerimaan Kembali Pemberian Pinjaman Daerah		0,00	0,00	0,00	0,00
Penerimaan Pembiayaan Lainnya Sesuai dengan Ketentuan Peraturan Perundang-Undangan		0,00	0,00	0,00	0,00
JUMLAH PENERIMAAN PEMBIAYAAN		13.282.687.983,00	13.282.687.983,00	100,00	16.448.010.008,00
PENGELUARAN PEMBIAYAAN					
Pembentukan Dana Cadangan		0,00	0,00	0,00	0,00
Penyertaan Modal Daerah		0,00	0,00	0,00	0,00
Pembayaran Cicilan Pokok Utang yang Jatuh Tempo		0,00	0,00	0,00	0,00
Pemberian Pinjaman Daerah		0,00	0,00	0,00	0,00
Pengeluaran Pembiayaan Lainnya sesuai dengan Ketentuan Peraturan Perundang-Undangan		0,00	0,00	0,00	0,00
JUMLAH PENGELUARAN PEMBIAYAAN		0,00	0,00	0,00	0,00
JUMLAH PEMBIAYAAN DAERAH		13.282.687.983,00	13.282.687.983,00		16.448.010.008,00
Sisa Lebih Perhitungan Anggaran Tahun Berkenaan		(21.065.965.275,00)	(16.989.954.991,00)		8.802.846.447,00

Lihat Catatan atas Laporan Keuangan yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari laporan ini.

Jakarta, 24 Juli 2024
 DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PESANGGRAHAN

 Didiet Dennyanti
 NIP. 196610031994012001


6.

Target dan Realisasi Pendapatan TA 2023

Tabel 58. Laporan Realisasi Penerimaan Pendapatan TA 2023

NO	URAIAN	TARGET PENDAPATAN	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUNI	JULI	AGUSTUS	SEPTEMBER	OKTOBER	NOVEMBER	DESEMBER	TOTAL
1	JASA LAYANAN	29.970.000.000													-
1.1	Pendapatan Pasien Umum / Berbayar														-
1.1a	Unit Gawat Darurat (UGD)		45.300.000	37.440.000	47.150.000	42.860.000	45.245.000	43.390.000	47.890.000	44.645.000	45.885.000	44.655.000	39.030.000	47.700.000	531.190.000
1.1b	Rawat Jalan														-
	Poli MCU		7.790.000	5.505.000	5.980.000	9.010.000	7.790.000	9.690.000	9.550.000	6.390.000	13.920.000	14.740.000	5.210.000	23.404.000	118.979.000
	Poli Umum		2.820.000	2.330.000	2.840.000	2.040.000	2.590.000	1.635.000	2.530.000	2.330.000	2.980.000	3.625.000	3.805.000	2.500.000	32.025.000
	POLI AMANI		390.000	300.000	510.000	270.000	630.000	330.000	540.000	840.000	720.000	1.230.000	1.180.000	990.000	7.930.000
	Poli Spesialis Anak		5.960.000	6.175.000	7.720.000	6.710.000	7.630.000	6.060.000	9.060.000	10.145.000	8.290.000	8.275.000	7.915.000	6.615.000	90.555.000
	Poli Sps Kebidanan		18.190.000	14.080.000	16.230.000	13.640.000	17.240.000	14.620.000	13.630.000	12.060.000	9.480.000	13.865.000	10.215.000	11.870.000	165.120.000
	Poli Sps Penyakit Dalam		4.720.000	3.420.000	4.700.000	3.120.000	4.550.000	4.840.000	4.480.000	4.550.000	3.600.000	4.610.000	4.860.000	3.890.000	51.340.000
	Poli Sps Bedah		3.580.000	2.870.000	3.055.000	2.090.000	2.485.000	2.215.000	4.090.000	2.750.000	1.960.000	1.935.000	1.820.000	1.435.000	30.285.000
	Poli Sps THT		3.680.000	5.130.000	12.380.000	7.925.000	10.045.000	10.890.000	9.080.000	11.680.000	12.210.000	10.515.000	9.470.000	11.910.000	114.915.000
	Poli Sps Syaraf		1.620.000	1.860.000	1.440.000	900.000	2.100.000	2.280.000	1.380.000	1.620.000	1.140.000	1.680.000	2.040.000	1.920.000	19.980.000
	Poli Anastesi			60.000	120.000	60.000	60.000	60.000	60.000	-	-	-	-	-	420.000
	Poli Gizi		550.000	350.000	450.000	325.000	325.000	125.000	325.000	325.000	550.000	250.000	250.000	375.000	4.225.000
	Poli Imunisasi / anak sehat		240.000	80.000	320.000	240.000	960.000	480.000	480.000	160.000	80.000	880.000	1.440.000	320.000	5.680.000
	Poli. Gigi		42.870.000	45.885.000	61.800.000	39.155.000	44.590.000	40.020.000	62.015.000	41.990.000	52.785.000	51.740.000	42.095.000	54.890.000	579.835.000
	Poli konservasi gigi		660.000	540.000	620.000	700.000	940.000	2.160.000	1.780.000	2.400.000	2.220.000	1.340.000	1.460.000	740.000	15.560.000
	Poli Mata		5.350.000	3.630.000	4.430.000	4.020.000	7.275.000	7.740.000	7.450.000	2.855.000	4.810.000	4.675.000	1.120.000	9.150.000	62.505.000
	Poli Psikiatri		15.180.000	-	-	-	-	-	630.000	-	-	-	-	-	15.810.000
	Poli Rawat Luka		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	875.000	875.000
	Poli Paru		-	-	-	-	-	-	120.000	900.000	1.080.000	900.000	670.000	660.000	4.330.000
	POLI REHAB MEDIK		1.020.000	360.000	480.000	240.000	540.000	720.000	1.080.000	960.000	540.000	540.000	900.000	480.000	7.860.000
	Vaksinasi (Meningitis ; Influenza)		6.995.000	9.715.000	5.490.000	3.625.000	8.730.000	600.000	2.730.000	7.890.000	3.950.000	11.990.000	8.805.000	6.065.000	76.585.000
	Jumlah Pendapatan Umum Rawat Jalan		121.615.000	102.290.000	128.565.000	94.070.000	118.505.000	104.465.000	131.010.000	109.845.000	120.315.000	132.790.000	103.255.000	138.089.000	1.404.814.000
1.1c	Rawat Inap														-
	Ranap Anthurium Umum		-	1.319.888	-	7.241.483	4.224.016	-	-	-	-	-	2.086.188	-	14.871.575
	Ranap Anthurium Kebidanan		2.843.207	-	1.852.490	7.562.982	2.689.485	5.991.251	3.946.667	-	5.790.074	15.054.835	-	3.621.797	50.933.545
	Ranap Aglonema		2.769.118	1.395.199	-	1.824.892	-	-	-	-	5.366.933	-	12.937.187	3.229.389	27.522.718
	Ranap ICU Aglonema		-	-	3.468.541	-	8.961.405	-	-	-	-	-	-	-	12.429.946
	Ranap Adenium		12.503.391	14.901.194	8.610.537	1.899.878	17.120.056	7.458.155	19.286.948	6.405.499	3.094.671	19.159.113	4.312.237	17.042.467	131.794.146
	Ranap ICU Adenium		1.977.808	-	-	1.000.000	-	-	3.118.500	13.754.670	-	-	-	-	19.850.978
	Ranap HCU		-	-	-	-	370.050	-	-	-	-	-	-	-	370.050
	Ranap Perina		474.865	2.681.460	815.574	1.729.589	1.560.636	2.354.117	2.199.436	-	964.384	8.928.029	-	3.301.261	25.009.351
	Ranap Bromelia		10.009.334	6.443.475	1.581.763	4.376.457	14.409.413	6.443.475	9.824.579	11.968.641	1.984.015	4.442.127	22.723.598	12.536.246	100.299.648
	Jumlah Pendapatan Umum Rawat Inap		30.577.723	20.297.741	16.328.905	25.635.281	36.149.640	35.432.419	38.376.130	32.128.810	17.200.077	47.584.104	43.639.967	39.731.160	383.081.957
1.1d	Penunjang Kesehatan														-
	Laboratorium		110.000.000	61.890.000	73.680.000	66.965.000	104.715.000	80.610.000	82.185.000	67.685.000	127.490.000	106.945.000	55.360.000	145.895.000	1.083.420.000
	Rontgen		44.190.000	36.450.000	42.260.000	28.800.000	51.520.000	38.420.000	40.690.000	39.840.000	51.180.000	42.860.000	29.420.000	12.270.000	457.900.000
	Physioteraphy		1.635.000	1.145.000	1.200.000	1.470.000	1.970.000	2.680.000	5.480.000	3.870.000	2.290.000	2.320.000	2.480.000	3.650.000	30.190.000
	Farmasi		28.978.248	28.171.145	34.941.911	26.350.514	35.244.830	35.233.730	39.270.539	38.791.855	44.859.458	44.765.441	36.879.767	42.738.261	436.225.699
	Jumlah Pendapatan Umum Penunjang		184.803.248	127.656.145	152.081.911	123.585.514	193.449.830	156.943.730	167.625.539	150.186.855	225.819.458	196.890.441	124.139.767	204.553.261	2.007.735.699
1.1e	Pendapatan Lain - lain														-
	P. TB		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8.103.264	8.103.264
	P. Transport Dinas Luar Kunjungan Vaksin ke Pihak ke-3		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	P. Sewa		-	-	-	-	3.000.000	-	-	-	-	-	-	-	3.000.000
	P. Dapur (Makanan untuk RB)		915.000	1.650.000	2.470.000	-	4.292.500	1.570.000	5.660.000	-	3.722.500	3.147.500	-	6.725.000	30.152.500
	Penelitian mahasiswa		-	-	-	-	-	150.000	-	-	-	-	-	-	150.000
	P. Klaim TCM Lab		-	-	11.775.000	-	1.980.000	-	20.780.000	-	6.875.000	-	-	9.700.000	51.110.000
	P. Klaim Jamkesda		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4.825.000	4.825.000	
	P. Manual		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6.000.000	6.000.000	
	Jumlah Pendapatan Umum P. Lain-lain		915.000	1.650.000	14.245.000	-	9.272.500	1.720.000	26.440.000	-	10.597.500	3.147.500	10.825.000	24.528.264	103.340.764
	Jumlah Pendapatan Pasien Umum / Berbayar		383.210.971	289.333.886	358.370.816	286.150.795	402.621.970	341.951.149	411.341.669	336.805.665	419.817.035	425.067.045	320.889.734	454.601.685	4.430.162.420

Pendapatan dari pasien umum RSUD Pesanggrahan pada tahun 2023 sebesar Rp. 4.430.162.420.- dan pendapatan dari BPJS Kesehatan RSUD Pesanggrahan tahun 2023 sebesar Rp. 28.949.299.889.-. Pendapatan dari Kemenkes atas pelayanan pasien covid yaitu sebesar Rp. 527.628.550.-. Pendapatan dari Jasa Giro Bank th 2023 sebesar Rp. 404.710.277.-. Kemudian pendapatan dari klaim Jasa Raharja sebesar Rp. 2.368.524.-. Sehingga Total pendapatan RSUD Pesanggrahan Tahun 2023 yaitu sebesar Rp. 34.314.169.660.-.Piutang RSUD Pesanggrahan

b. Piutang RSUD Pesanggrahan

Piutang RSUD Pesanggrahan per 31 Desember 2023 atas Laporan Keuangan Unaudited TA 2023 memiliki piutang Jasa Layanan dan Piutang Lain-lain Pendapatan BLUD yg Sah. yang tercantum pada tabel dibawah ini.

Tabel 60. Piutang RSUD Pesanggrahan Tahun 2022

No	Uraian	Nilai Piutang
A	Piutang Jasa Layanan	
1	Piutang BPJS Kesehatan	5.029.115.157
2	Piutang Klaim Kemenkes	864.355.300
	Jumlah Piutang Jasa Layanan Umum BLUD	5.893.470.457
B	Piutang Lain-lain Pendapatan BLUD yang Sah	
1	Piutang atas pengembalian obat	85.729
	Jumlah Piutang Lain-lain Pendapatan BLUD yang Sah	85.729
	JUMLAH PIUTANG PENDAPATAN BLUD	5.893.556.186

7. Indikator Keuangan

Tabel 61. Capaian Indikator dan Bobot Rasio Keuangan BLUD

NO	INDIKATOR	Bobot	2019	2020	2021	2022	2023
1	Rasio Kas (Cash Ratio)	7.00	4.00	2.50	1.50	1.50	4.00
2	Rasio Lancar (Current Ratio)	14.00	14.00	8.00	14.00	14.00	14.00
3	Periode Penagihan Piutang (Collection Period)	7.00	1.50	5.50	1.50	7.00	2.50
4	Perputaran Aset Tetap (Fixed	7.00	7.00	7.00	7.00	7.00	7.00

NO	INDIKATOR	Bobot	2019	2020	2021	2022	2023
	Asset Turnover)						
5	Imbalan atas Aset Tetap (Return on Fixed Asset)	7.00	7.00	7.00	7.00	7.00	7.00
6	Imbalan Ekuitas (Return on Equity)	7.00	7.00	7.00	7.00	7.00	7.00
7	Perputaran Persediaan (Inventory Turnover)	7.00	5.50	-	7.00	7.00	5.50
8	Rasio Pendapatan Operasional BLUD terhadap Belanja Operasional BLUD	14.00	14.00	11.40	14.00	11.40	12.70
9	Cost Recovery Rate (Penerimaan BLUD terhadap total belanja APBD (Subsidi dan BLUD))	50	55.64	54.46	78.67	84.12	53.13

Tabel 62. Daftar Indikator dan Bobot Aspek Kepatuhan BLUD

No	Indikator	Ada*)	Tidak Ada*)	Dasar Hukum	Keterangan
1	RBA disampaikan sebelum tgl. 31 Desember tahun sebelumnya dan sesuai dengan format dalam Peraturan Perundangan yang berlaku. serta terdapat perubahan RBA < 6 kali	V			
2	Menyampaikan Laporan Buku Kas Umum Bulanan secara lengkap dan tepat waktu	V			
3	Surat perintah pengesahan pendapatan. belanja dan pembiayaan (SP3BP) BLUD	V			
4	Tarif Layanan	V		Pergub 141 th 2018	
5	Sistem BLUD	V			Memiliki Sistem Layanan
6	Rekening Kas BLUD	V		Kepgub No. 514 th 2022	Memiliki rekening. memiliki surat persetujuan pembukaan rekening. melaporkan rekening yang belum tercantum dan/atau melaporkan penutupan rekening kepada Gubernur melalui BUD. dan semua rekening sesuai peraturan perundang-undangan
7	SOP Pengelolaan Kas	V			
8	SOP Pengelolaan Piutang	V			
9	SOP Pengelolaan Utang	V			
10	SOP Pengadaan Barang dan Jasa	V			
11	SOP Pengelolaan Barang Inventaris	V			

B. PENCAPAIAN TARGET KINERJA BAGIAN PELAYANAN MEDIK

Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan telah melakukan kegiatan pelayanan Kesehatan sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya. Adapun capaian target kinerja kegiatan Pelayanan Kesehatan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) ,Instalasi Rawat Jalan dan MCU, Instalasi Rawat Inap dan kamar Bersalin serta Instalasi Ruang Intensive (HCU, ICU, Perina, NICU, PICU dan Kamar Operasi) RSUD Pesanggrahan Tahun 2023 adalah sebagai berikut:

1. Unit Gawat Darurat

Kunjungan pasien Gawat Darurat pada tahun 2023 berdasarkan metode pembayaran dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

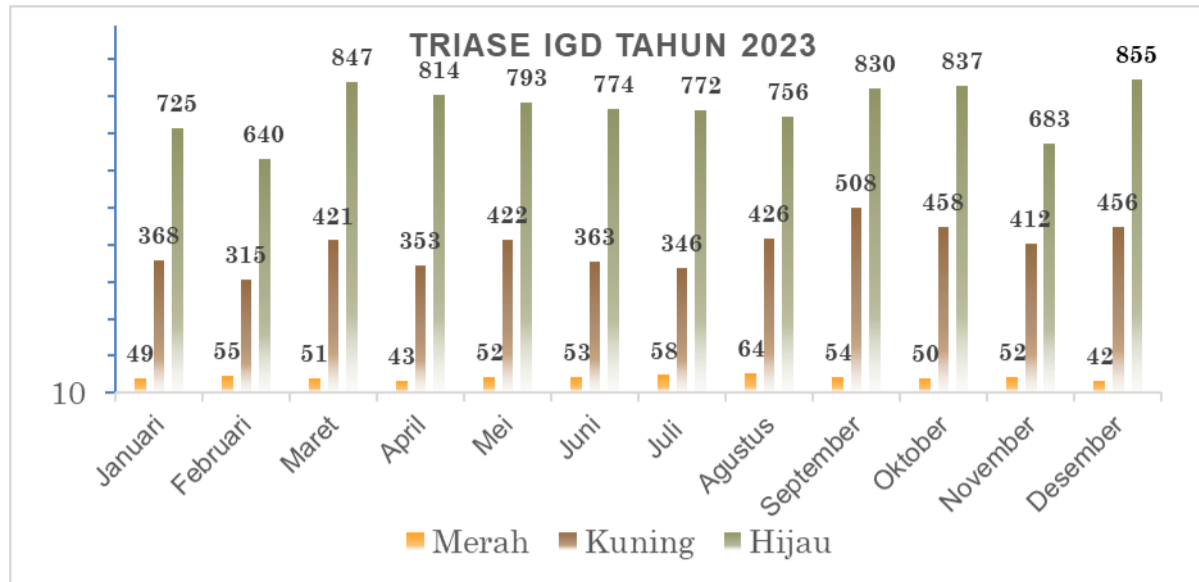
Tabel 63. Kunjungan pasien IGD

Bulan	BPJS	Umum	Jam. Covid	GRTS	Ketenagakerjaan	Total
Januari	428	731	1	0	1	1161
Februari	382	615	0	0	0	997
Maret	265	436	0	0	0	701
April	420	793	9	0	0	1222
Mei	480	778	9	0	0	1267
Juni	433	772	2	0	1	1208
Juli	403	767	0	0	1	1171
Agustus	481	743	0	0	0	1224
September	566	815	0	0	1	1381
Oktober	516	810	0	0	0	1326
November	464	672	0	0	0	1136
Desember	484	843	0	0	0	1328
Total	5322	8775	21	0	4	14122

Total jumlah kunjungan tahun 2023 adalah sebanyak 14.122 pasien. Jumlah pasien tertinggi terjadi di bulan September sebanyak 1381 pasien dan jumlah pasien terendah terjadi di bulan Maret sebanyak 701 pasien. Pada tahun 2023 sebanyak 8.775 pasien (62,14 %) menggunakan metode pembayaran umum dan Kunjungan pasien dengan Jaminan COVID-19 hanya ada pada bulan Januari, April, Mei dan Juni dengan total jumlah 21 Pasien (0,15%).

C. Triase kunjungan Pasien di IGD

Triase kunjungan Pasien di IGD selama tahun 2023 sebagai berikut :

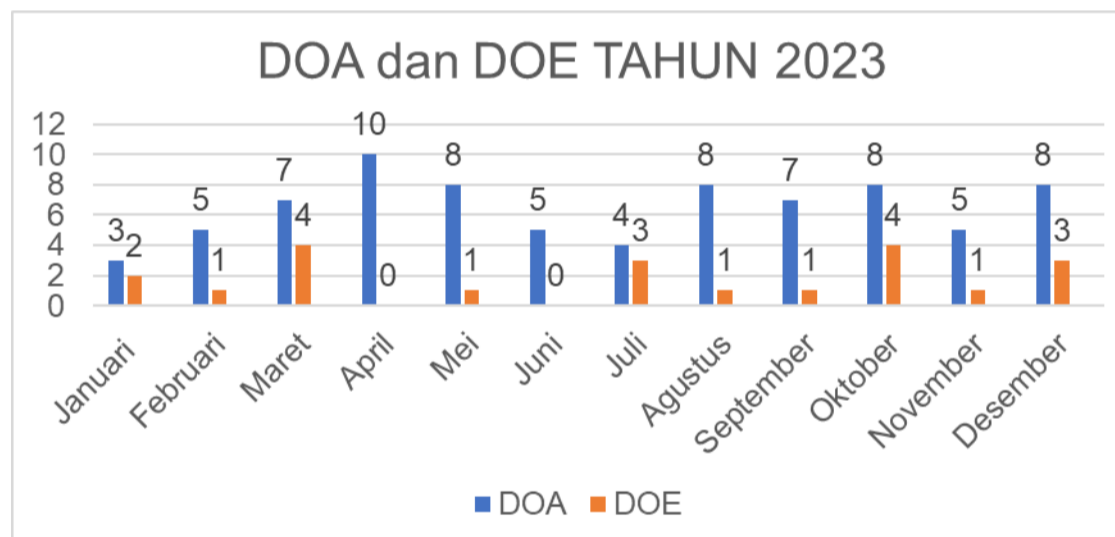


Grafik 5.2. Triase IGD

Dari table diatas terlihat Triase Hijau (FALSE EMERGENCY) masih mendominasi kunjungan pasien IGD sebesar 9326 pasien (66%), Sedangkan Triase Merah (TRUE EMERGENCY) hanya sebanyak 623 Pasien (4,4%) sisanya Triase Kuning sebanyak 4,218 pasien (29,6%) .

D. DOA dan DOE Pasien di IGD

DOA dan DOE sepanjang tahun 2023 dapat dilihat pada grafik berikut ini :

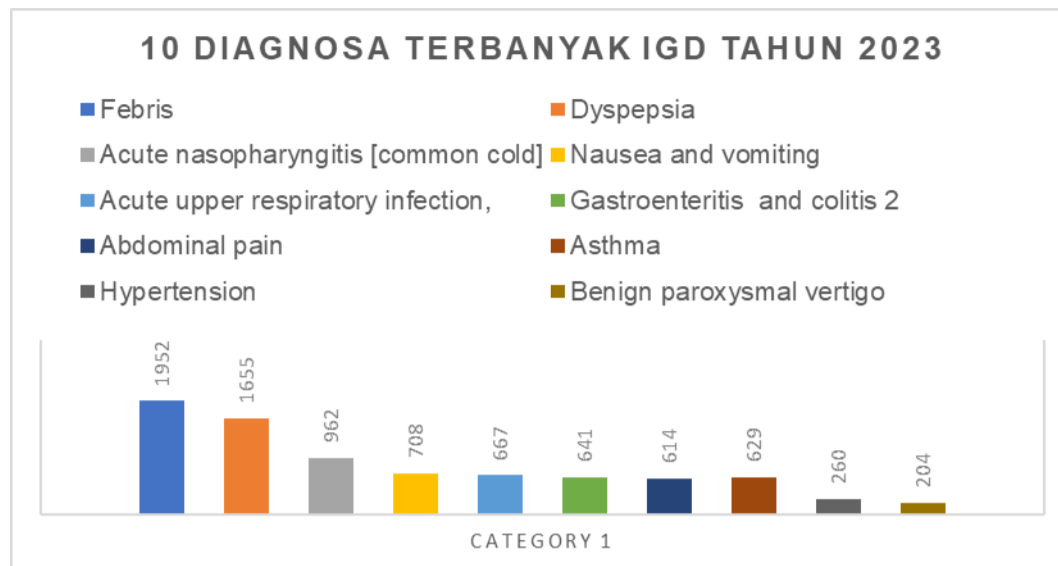


Grafik 5.3. DOA dan DOE Tahun 2023

Jumlah Pasien DOA tertinggi di Bulan April sebanyak 10 pasien dan jumlah pasien DOE terbanyak ada 4 pasien di bulan Maret dan bulan Oktober. Pasien DOA datang dengan diagnose Cardiac Arrest sedangkan pasien DOE dengan diagnose ARDS, Dyspnoe dan Syok Cardiogenik.

E. 10 Diagnosa Terbanyak di IGD RSUD. Pesanggrahan

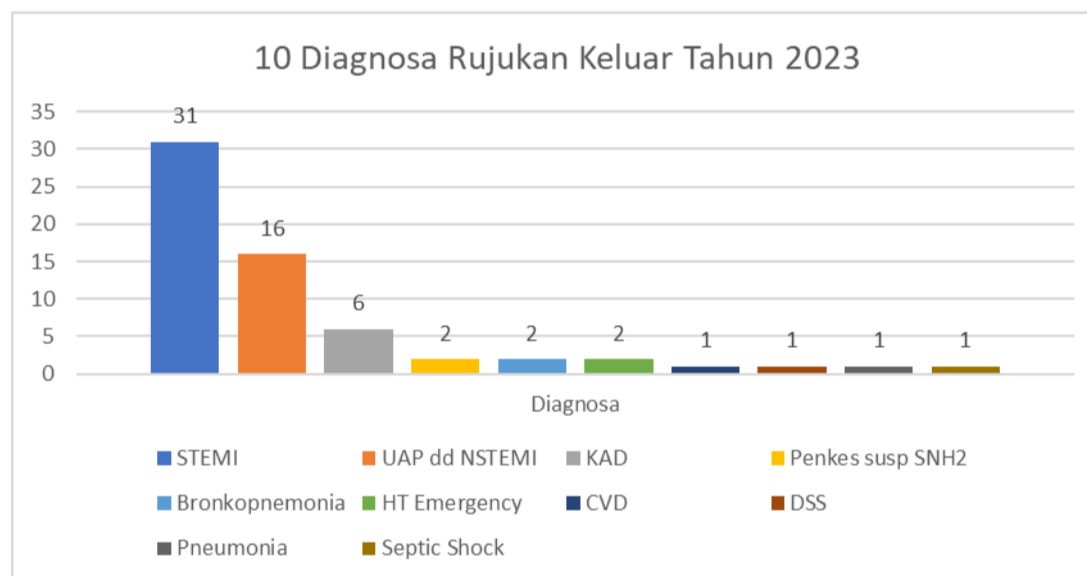
10 Diagnosa Terbanyak di IGD RSUD. Pesanggrahan selama Tahun 2023, Sebagai Berikut :



Grafik 5.4. 10 Diagnosa Terbanyak IGD

Diagnosa 3 Terbanyak Di IGD RSUD Pesanggrahan sepanjang tahun 2023 adalah Febris (1952 pasien), Dyspepsia (1655 Pasien) dan Acute Nasopharyngitis (Common Cold) (962 pasien) dan Sebagian besar termasuk dalam Triase Kuning dan Triase Hijau.

F. 10 Diagnosa Rujukan Keluar dari IGD



Grafik 5.5. Diagnosa Rujukan Keluar dari IGD sepanjang tahun 2023

2 Diagnosa rujukan keluar terbanyak sepanjang tahun 2023 adalah kasus-kasus Penyakit Jantung yaitu STEMI sebanyak 31 Pasien dan UAP dd NSTEMI sebanyak 16 Pasien dan yang ketiga adalah KAD sebanyak 6 Pasien. Hal ini memang dikarenakan di RSUD. Pesanggrahan karena keterbatasan SDM, Sarana dan Prasarana belum tersedia spesialis Jantung dan pemeriksaan penunjang seperti enzim

jantung sehingga pasien tidak dapat ditangani di RSUD Pesanggrahan

G. Rumah Sakit penerima Rujukan 10 Diagnosa Terbanyak dari IGD

10 Diagnosa terbanyak Rujukan Keluar dari IGD RSUD. Pesanggrahan dan Rumah Sakit Penerima Rujukan selama Tahun 2023 terlihat pada tabel dibawah ini :

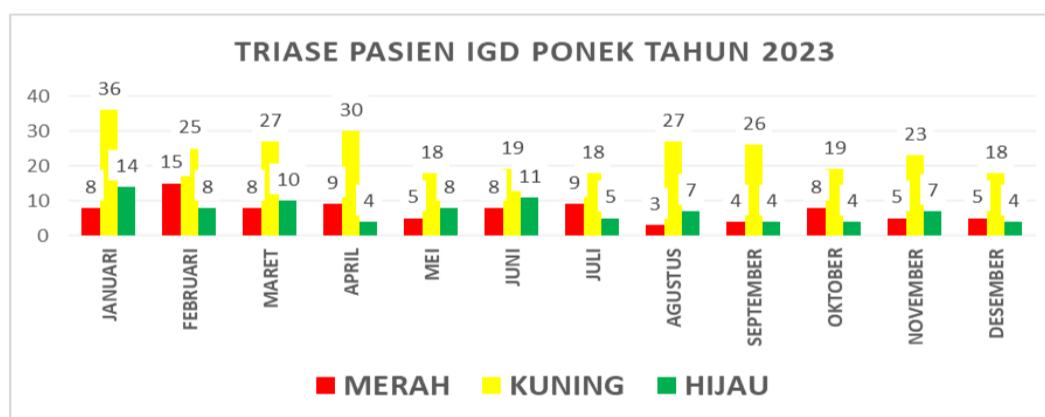
Tabel 64. Rumah Sakit penerima Rujukan 10 Diagnosa Terbanyak dari IGD

N O	DIAGNOSA	RUJUKAN KELUAR										TOTAL
		RS HAR KIT	RS PERSAHAB ATAN	RS FATMAWATI	RS SILOAM DIAGRAM	RSUD PASAR REBO	RSUD PASMI NG	RS PELNI	RS JANTUNG MATRAMAN	RSUD TARAKAN	RS SUYOTO	
1	STEMI	13	1	0	3	0	1	6	6	1	0	31
2	UAP dan NSTEMI	5	2	0	2	1		2	2	2	0	16
3	KAD	0	0	0	0	0	0	2	3	1	0	6
4	Penkes susp SNH	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2
5	Bronkopne monia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
6	HT Emergency	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
7	CVD	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
8	DSS	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
9	Pneumonia	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
10	Septic Shock	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1

Rumah sakit penerima Rujukan Terbanyak pada Tahun 2023 adalah RS. Jantung Harapan Kita (18 Pasien), RS. PELNI (15 Pasien) dan RS. Jantung Matraman (11 Pasien), Sementara RSUD. Pasar Minggu menerima rujukan 1 Pasien dari IGD sepanjang Tahun 2023.

H. Triase kunjungan Pasien di IGD PONEK

Triase kunjungan Pasien di IGD Ponek selama tahun 2023 sebagai berikut :



Grafik 5.6. Triase kunjungan Pasien di IGD PONEK

Triase pasien yang masuk ke IGD PONEK RSUD. Pesanggrahan

terbanyak adalah triage kuning yaitu sebesar 62,30 %, triase merah sebesar 18,95 % dan triase hijau sebesar 18,73 %.

I. Diagnosa terbanyak kasus emergensi (triase merah) di IGD PONEK

Diagnosa terbanyak kasus emergensi (triase merah) di IGD PONEK Tahun 2023, sebagai berikut :

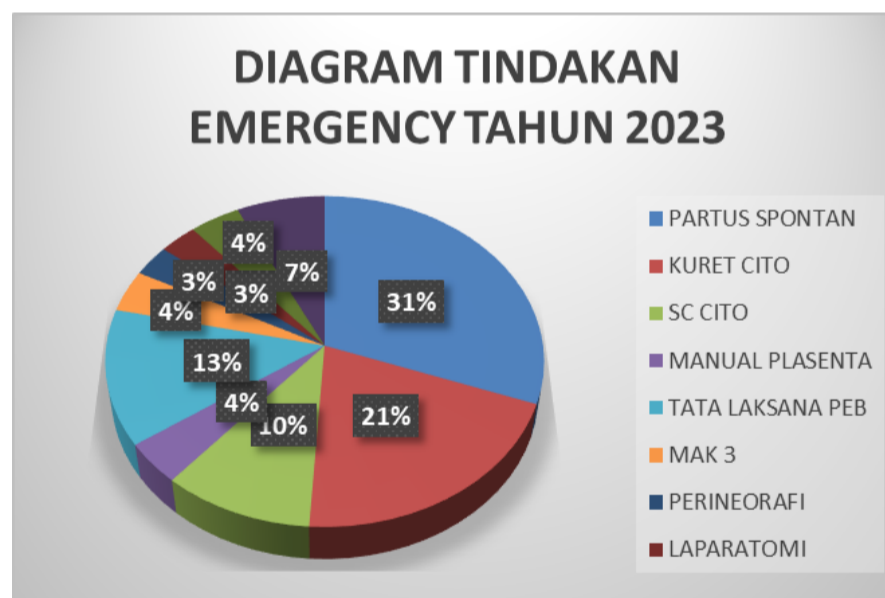


Grafik 5.7. Diagnosa terbanyak kasus emergensi (triase merah) di IGD PONEK

Diagnosa Tebanyak untuk kasus Emergency Triase Merah di IGD PONEK RSUD. Pesanggrahan adalah Inpartu Kala 2 (30 kasus), Abortus Inkomplit (18 kasus) dan 13 Kasus dengan Diagnosa PEB (Pre Eklampsia Berat)

J. Tindakan emergency (triase merah) tahun 2023 di IGD PONEK RSUD. Pesanggrahan

Tindakan emergency (triase merah) tahun 2023 di IGD PONEK RSUD. Pesanggrahan terlihat pada Grafik di bawah ini:

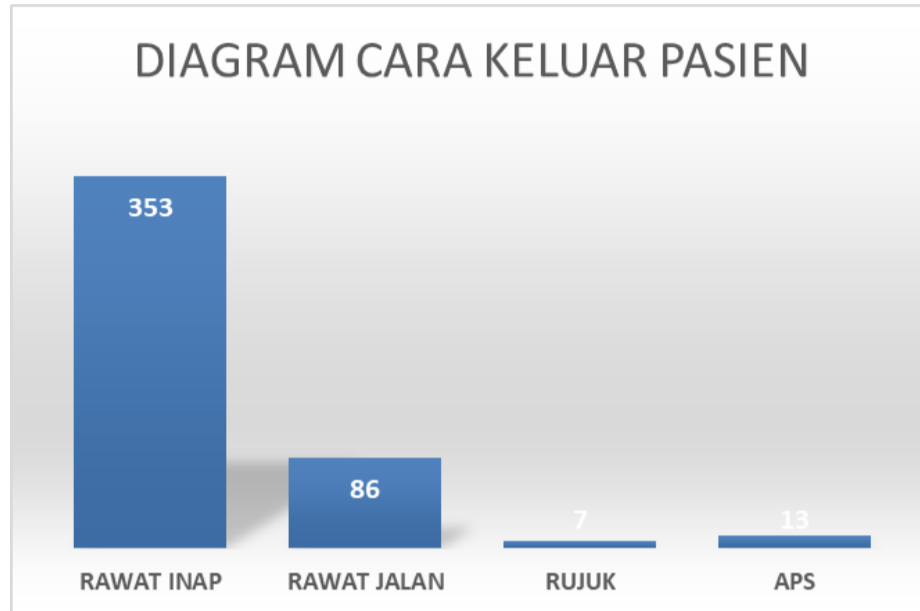


Grafik 5.8. Tindakan emergency (triase merah) tahun 2023 di IGD PONEK RSUD Pesanggrahan

Tindakan Emergency pada Pada pasien Triase Merah di IGD Ponek paling banyak ditindaklanjuti dengan Partus Spontan (31%) , Kuret Cito (21%) dan Tata Laksana Pre Eklamsi Berat (13%).

K. Cara Pasien keluar dari IGD PONEK

Data Cara Pasien Keluar dari IGD PONEK selama tahun 2023 terlihat dalam grafik dibawah ini :

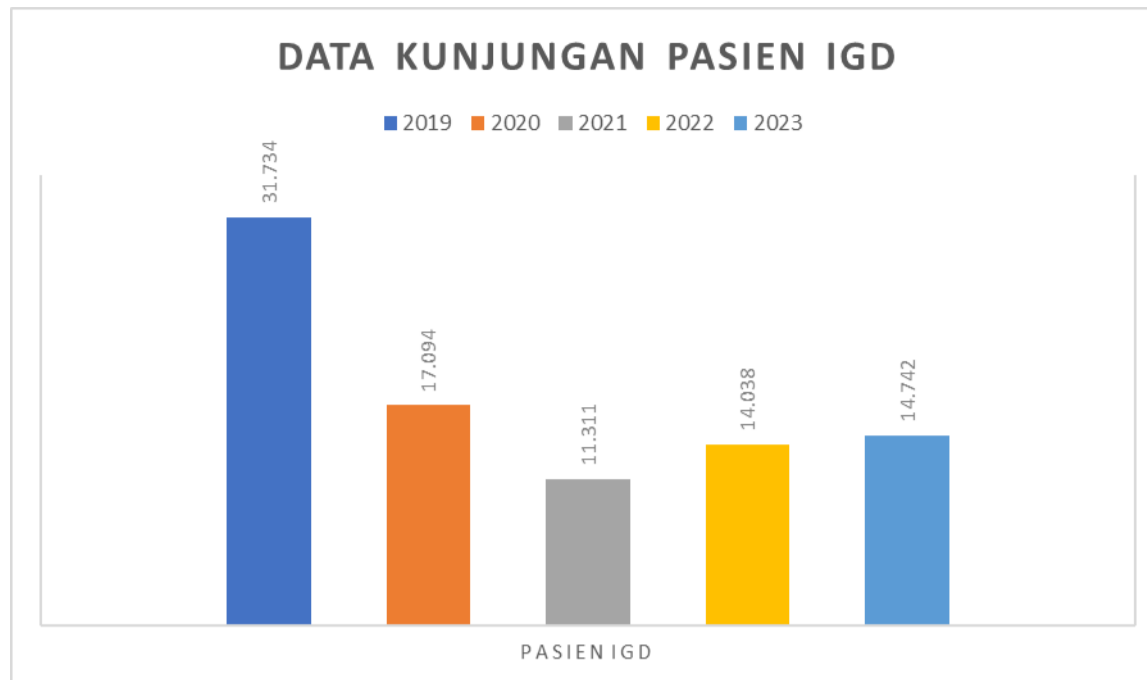


Grafik 5.9. Cara Pasien keluar dari IGD PONEK

Pada Tahun 2023 dari total kunjungan pasien IGD Ponek sebanyak 77 % masuk rawat inap, 19 % pulang rawat jalan, 2,5 % pulang atas permintaan sendiri (APS) dan sekitar 1,5 % dirujuk. Dimana alasan APS diantaranya adalah menolak untuk dirawat maupun menolak untuk dirujuk sesuai prosedur.

L. Data Kunjungan Pasien IGD Periode Tahun 2019- 2023

Kunjungan Pasien Ke IGD RSUD. Pesanggrahan selama kurun waktu dari tahun 2019 hingga tahun 2023 terlihat pada grafik dibawah ini :



Grafik 5.10. Kunjungan Pasien IGD Periode Tahun 2019- 2023

Total Kunjungan Pasien IGD Terbanyak pada Tahun 2019 sebanyak 31.734 Pasien. Kunjungan IGD Tahun 2019 Tinggi sebanyak 31. 734 Pasien disebabkan oleh karena pada saat itu belum ada Poli Umum. Banyak sekali kasus-kasus *False Emergency* dan sistem triase belum berjalan. Kunjungan IGD Tahun 2020 sudah mulai menurun dengan jumlah 17.094 Pasien dengan pemisahan pasien ke IGD untuk pasien dengan kasus emergency dan untuk pasien tidak emergency ke Poli umum. Sistem Triase sudah mulai berjalan di Tahun 2020 tersebut. Kunjungan IGD Tahun 2021 menurun kemungkinan Masa Virus Delta COVID 19 dan saat itu system Triase sudah berjalan. Pasien IGD merangkak naik di tahun 2022 sebanyak 14.038 pasien dan di tahun 2023 sebanyak 14.742 pasien.

2. Unit Rawat Jalan

Layanan Rawat Jalan terdiri dari :

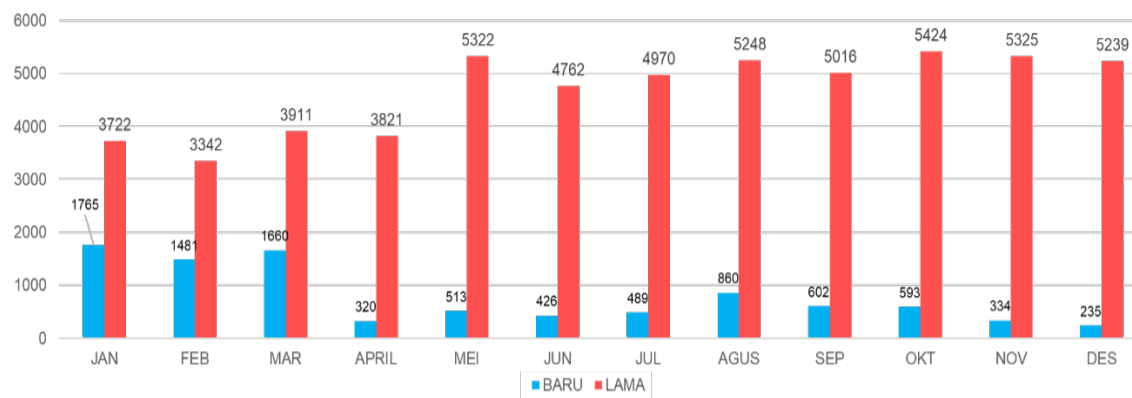
Tabel 65. Layanan Rajal

1. Poli Penyakit Dalam	9. Poli Paru
2. Poli Anak	10. MCU
3. Poli Kebidanan	11. Poli Gigi Umum
4. Poli Bedah	&Endodonti
5. Poli THT	12. Poli Umum
6. Poli Mata	13. Poli Amani
7. Poli Saraf	14. Poli TB DOT

8. Poli Rehabilitasi Medik	15. Poli Vaksin
----------------------------	-----------------

M. Kunjungan Pasien Rawat Jalan berdasarkan Jenis pasien lama dan Baru

Kunjungan Pasien Rawat Jalan berdasarkan Jenis pasien lama dan Jenis Pasien Baru selama tahun 2023 terdapat pada grafik di bawah ini :

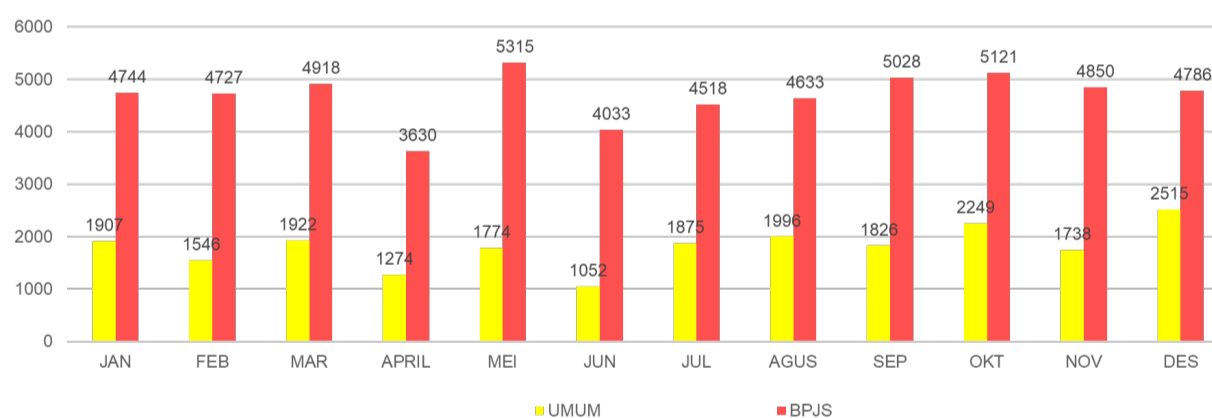


Grafik 5.11. Kunjungan Pasien Rawat Jalan berdasarkan jenis pasien lama dan baru

Kunjungan pasien Rawat Jalan di dominasi oleh pasien-pasien lama sebesar 86% sedangkan untuk pasien baru hanya sebesar 14 % terbanyak ada di triwulan I (Januari sd Maret).

N. Cara Bayar Kunjungan Pasien Rawat Jalan

Cara Bayar Kunjungan Pasien Rawat Jalan RSUD. Pesanggrahan selama Tahun 2023 terlihat pada grafik sebagai berikut :



Grafik 5.12. Cara Bayar Kunjungan Pasien Rawat Jalan

Total Kunjungan Pasien Rawat Jalan pada Tahun 2023 sebanyak 77,977 pasien dan sebagian besar pasien menggunakan BPJS sebanyak 56.303 pasien (72,2 %) dan kunjungan tertinggi ada di bulan Mei dengan total 5.315 pasien.

O. Kunjungan Pasien Rawat Jalan Poli Spesialis

Kunjungan Pasien Rawat Jalan Poli Spesialis selama Tahun 2023 dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 66. Kunjungan Pasien Rawat Jalan Poli Spesialis

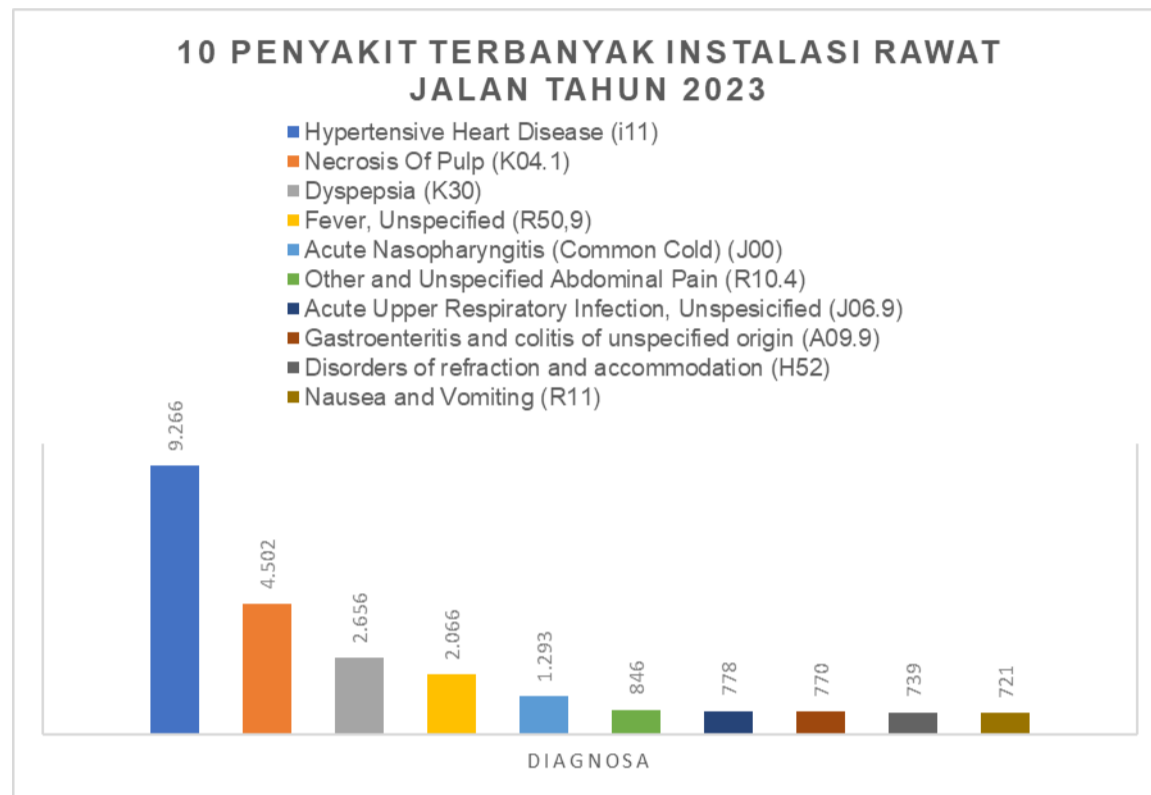
No	Poli	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agu	Sep	Okt	Nov	Des	Total
1	Penyakit Dalam													
a	Dr. Jerry Sp. PD	950	836	942	735	970	858	877	886	823	875	891	820	10.463
b	Dr. Grecia Sp. PD	528	413	503	341	466	451	433	511	480	465	517	535	5.643
c	Dr. Yusran Sp. PD	24	101	172	115	267	220	240	261	266	252	-	-	1.908
	Total	1502	1350	1617	1191	1703	1529	1550	1658	1569	1592	1408	1355	18014
2	Anak													
a	Dr. Herwasto. Sp. A	270	247	218	211	215	166	206	239	205	280	236	261	2.531
b	Dr. Felicia, Sp. A	0	15	79	40	85	104	102	77	99	28	80	-	832
	Total	270	262	297	251	300	270	308	316	304	308	316	261	3363
3	Kebidanan													
a	Dr. Ikhsan sp. OG	294	276	353	266	283	198	296	325	526	323	244	297	3.681
b	Dr. Annisa Sp. OG	-	-	-	53	84	102	71	101	103	105	97	74	790
c	Dr. Cherysa, Sp. OG	76	91	65	4	29	70	18	-	-	28	97	60	538
	Total	370	367	418	323	396	370	385	426	629	456	438	431	5.009
4	Bedah													
a	Dr. Yulius Sp. B	287	255	310	183	320	254	280	293	241	267	301	204	3.195
b	Dr. Asian Sp. B	140	105	126	70	114	135	110	121	95	109	92	95	1.312
	Total	427	360	436	253	434	389	390	414	336	376	393	299	4507
5	Poli THT													
a	Dr. Meristiane, sp. THT	197	215	310	229	293	249	262	294	272	271	245	266	3.103
	Total	197	215	310	229	293	249	262	294	272	271	245	266	3.103
6	Poli Mata													

No	Poli	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agu	Sep	Okt	Nov	Des	Total
a	Dr. Nailul Sp. A	419	365	400	240	447	397	395	349	336	399	171	290	4208
b	Dr. Nabita, Sp. M	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	155	155
	Total	419	365	400	240	447	397	395	349	336	399	171	445	4363
7	Poli Saraf													
a	Dr. Iubna Sp. S	659	623	738	510	716	655	638	692	675	725	724	675	8030
b	Dr. Andini Sp. S	138	122	126	115	167	161	150	154	107	133	132	106	1611
	Total	797	745	864	625	883	816	788	846	782	858	856	781	9641
8	Rehabilitasi Medik													
a.	Dr. Melda Sp. KFR	364	309	345	189	319	259	319	339	293	347	355	241	3679
	Total	364	309	345	189	319	259	319	339	293	347	355	241	3679
9	Gigi Umum & Endodonti													
a.	Dr. Fitri Sp. KG	297	249	265	211	258	253	277	326	282	343	285	267	3313
	Total	297	249	265	211	258	253	277	326	282	343	285	267	3313
9	Paru													
a	Dr. Agung Sp. P	0	0	0	0	0	0	2	15	38	68	63	88	274
	Total	0	0	0	0	0	0	2	15	38	68	63	88	274
	Total	4.643	4.222	4.952	3.512	5.033	4.532	4.676	4.983	4.841	5.018	4.530	4.434	55.266

Total pasien Rawat Jalan Poli Spesialis selama tahun 2023 adalah 55.266 pasien, dengan Rata-rata kunjungan pasien perbulan sebanyak 4.606 Pasien, paling banyak terjadi di bulan Mei (5.033 pasien) dan paling sedikit dibulan April sebanyak 3.512 pasien (bertepatan dengan Bulan Suci Ramadhan dan Hari Raya Idul Fitri 1444 H). Poli dengan kunjungan pasien paling banyak adalah Poli Penyakit Dalam sebanyak 18.014 pasien, Poli Saraf sebanyak 9.641 pasien dan poli Kebidanan sebanyak 5.009 Pasien.

P. 10 Penyakit Terbanyak Instalasi Rawat Jalan

10 Penyakit Terbanyak Instalasi Rawat Jalan selama Tahun 2023 dapat terlihat pada grafik sebagai berikut ;

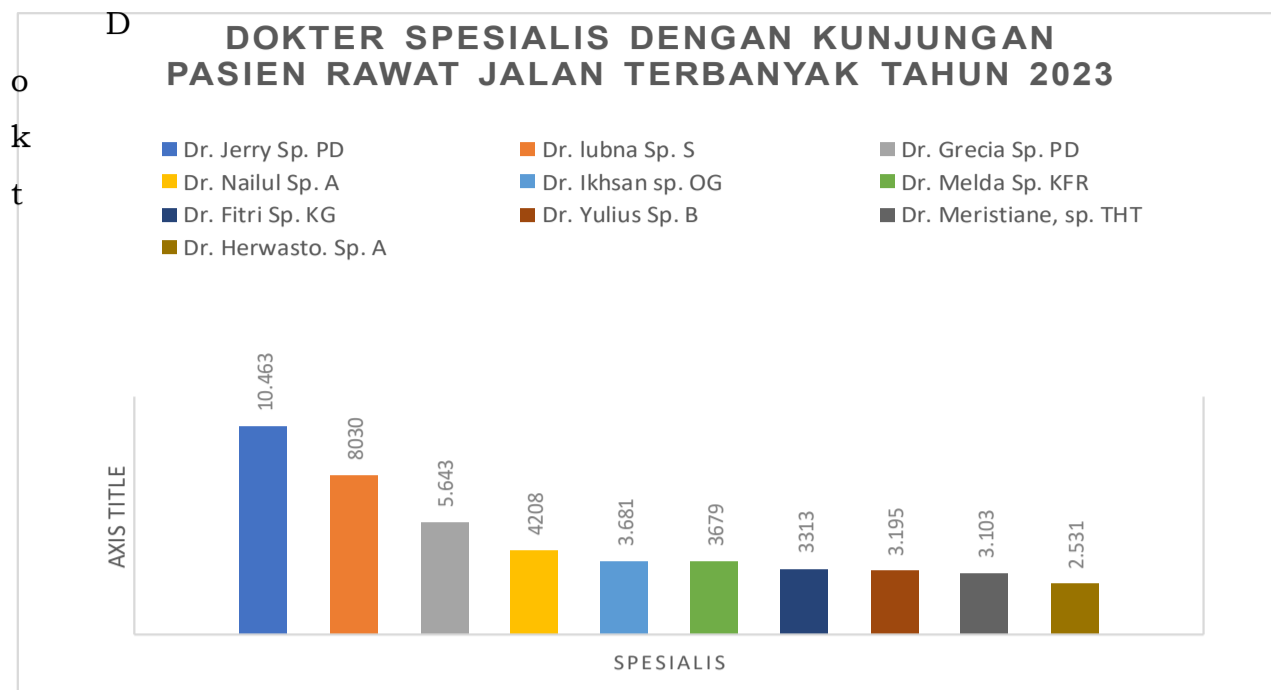


Grafik 5.13. Penyakit Terbanyak Instalasi Rawat Jalan

Diagnosa penyakit terbanyak pada Instalasi Rawat Jalan Poli Spesialis sepanjang Tahun 2023 adalah Hypertensive Heart Disease (i11) sebanyak 9.266 Pasien, Necrosis Of Pulp (K04.1) sebanyak 4.502 pasien dan Dyspepsia (K30) sebanyak 2.656 Pasien.

Q. 10 Dokter Spesialis dengan Kunjungan Pasien Rawat Jalan terbanyak

10 Dokter Spesialis dengan Kunjungan Pasien Rawat Jalan terbanyak Sepanjang Tahun 2023 terlihat pada grafik sebagai berikut :

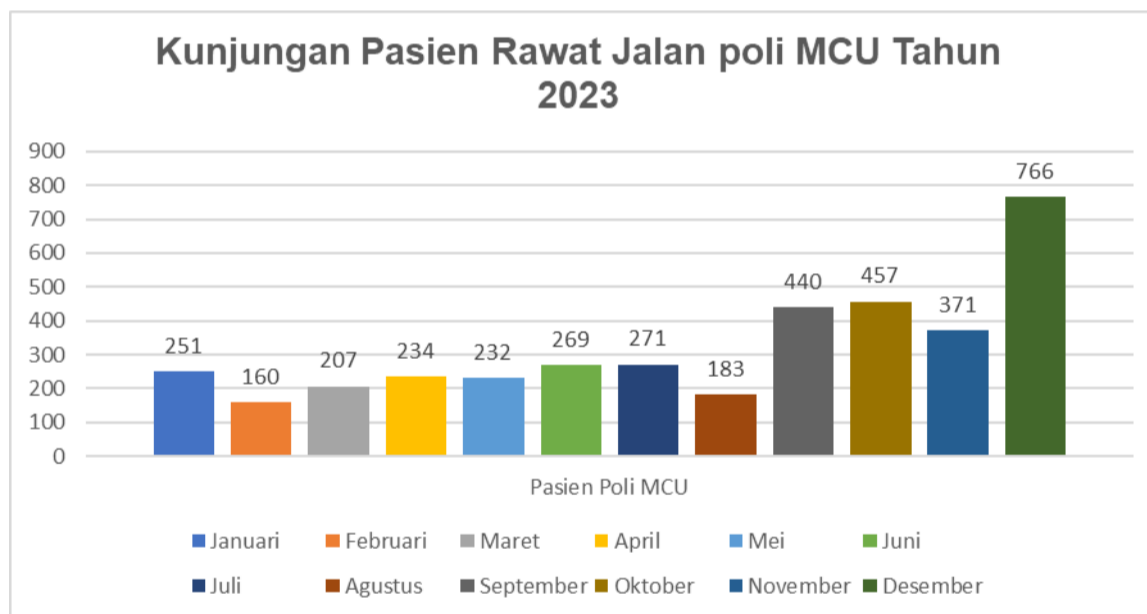


Grafik 5.14. Dokter Spesialis dengan Kunjungan Pasien Rawat Jalan terbanyak

Dokter Spesialis dengan kunjungan pasien terbanyak di Poli Rawat Jalan pada tahun 2023 adalah dr. Jerry Sp. PD di Poli Penyakit Dalam dengan kunjungan 10.463 pasien, dr. Lubna Sp. S di Poli Saraf dengan kunjungan 8.030 pasien dan dr. Grecia Sp. PD di Poli Penyakit Dalam dengan kunjungan 5.643 Pasien.

R. Kunjungan Pasien Rawat Jalan Poli *Medical Check Up* (MCU)

Kunjungan Pasien Rawat Jalan Poli *Medical Check Up* (MCU) selama Tahun 2023 sebagai berikut :



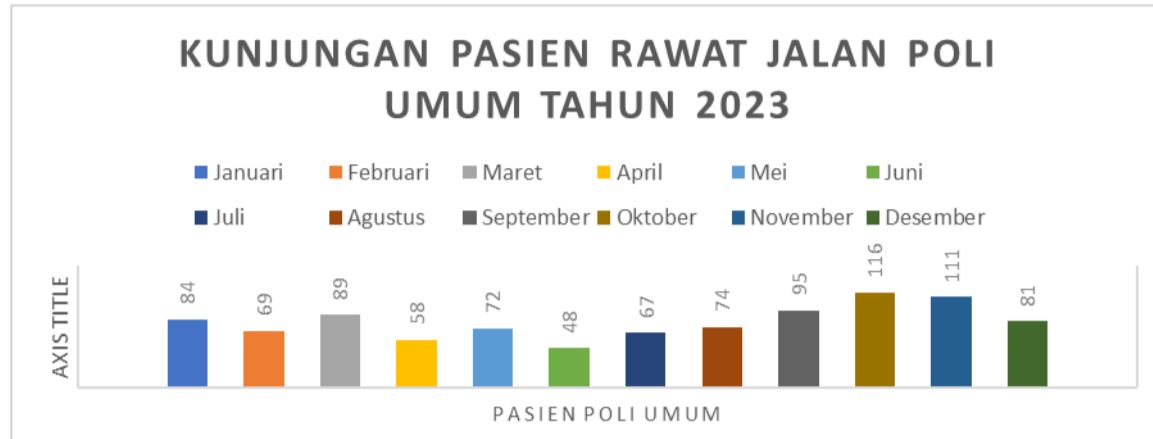
Grafik 5.15. Kunjungan Pasien Rawat Jalan Poli *Medical Check Up* (MCU)

Total Pasien Poli *Medical Check Up* (MCU) sepanjang Tahun 2023 adalah sebanyak 3.841 meningkat sebanyak 772 pasien (25,2%) dari

tahun 2022 yang berjumlah 3.069 pasien. Kunjungan Pasien terbanyak di bulan Desember 2023 sebanyak 766 pasien, Bulan Oktober 2023 sebanyak 457 pasien dan di Bulan September sebanyak 440 pasien. Sedangkan kunjungan pasien paling sedikit di Bulan Februari 2023 sebanyak 160 pasien

S. Kunjungan Pasien Rawat Jalan Poli Umum

Kunjungan Pasien Rawat Jalan Poli Umum selama Tahun 2023 sebagai berikut :

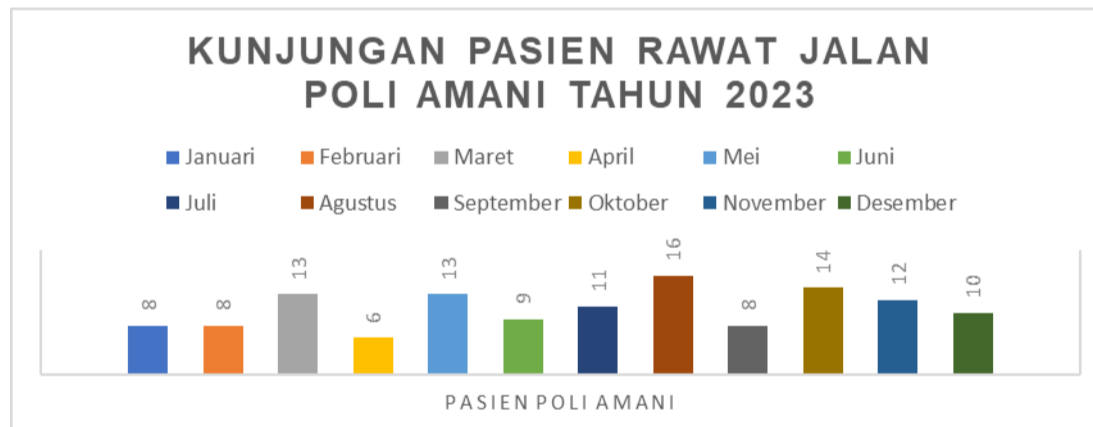


Grafik 5.16. Kunjungan Pasien Rawat Jalan Poli Umum

Total Pasien Poli Umum sepanjang Tahun 2023 adalah sebanyak 964 Pasien meningkat sebanyak 76 pasien (8,6%) dari tahun 2022 yang berjumlah 888 pasien dengan Kunjungan Pasien terbanyak di bulan Oktober 2023 sebanyak 116 pasien, Bulan November 2023 sebanyak 111 pasien dan di Bulan September sebanyak 95 pasien. Sedangkan kunjungan pasien paling sedikit di Bulan Mei 2023 sebanyak 48 pasien.

T. Kunjungan Pasien Rawat Jalan Poli Amani

Kunjungan Pasien Rawat Jalan Poli Amani selama Tahun 2023 sebagai berikut:

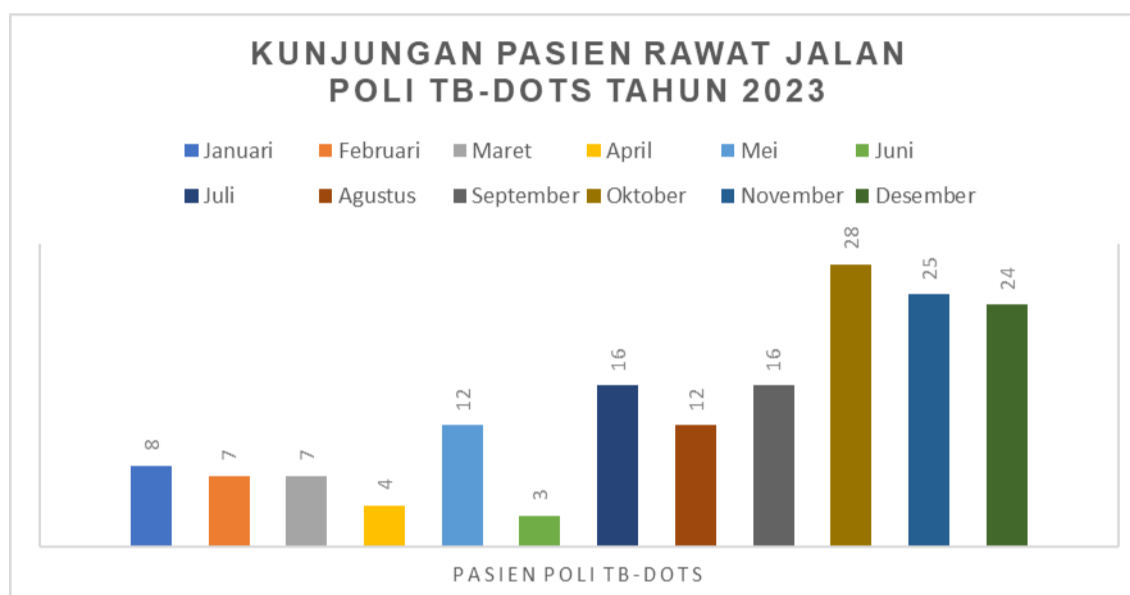


Grafik 5.17. Kunjungan Pasien Rawat Jalan Poli Amani

Total Pasien Poli Amani sepanjang Tahun 2023 adalah sebanyak 128 Pasien meningkat sebanyak 57 pasien (81,7%) dari tahun 2022 yang berjumlah 71 pasien dengan Kunjungan Pasien terbanyak di bulan Agustus 2023 sebanyak 16 pasien, Bulan Oktober 2023 sebanyak 14 pasien dan di Bulan Maret dan Mei sebanyak 13 pasien. Sedangkan kunjungan pasien paling sedikit di Bulan April 2023 sebanyak 6 pasien.

U. Kunjungan Pasien Rawat Jalan Poli TB-DOTS

Kunjungan Pasien Rawat Jalan Poli TB-DOTS selama Tahun 2023 sebagai berikut ;

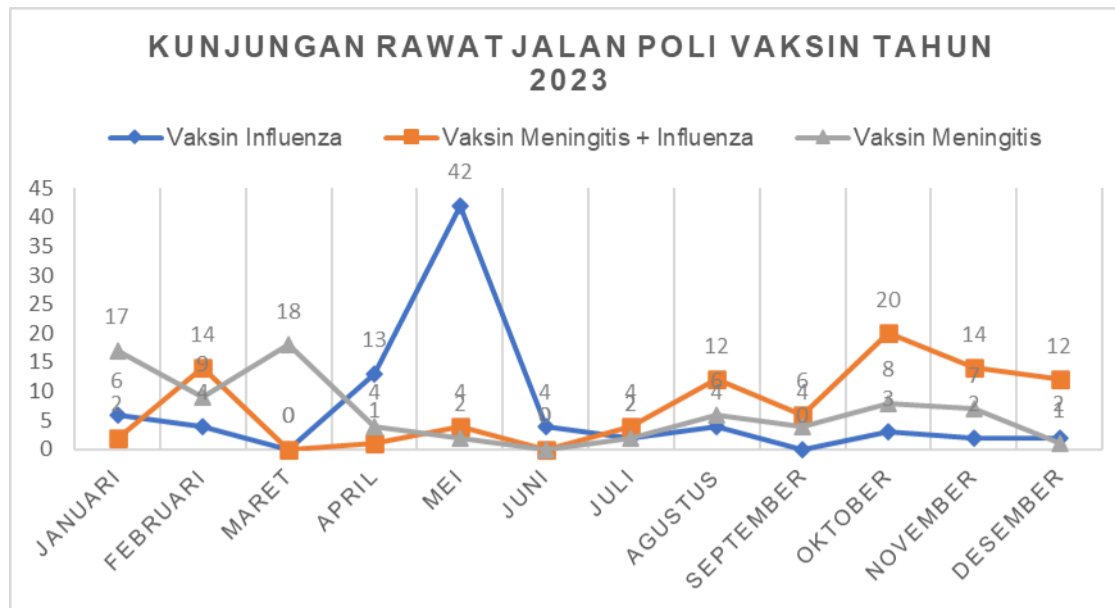


Grafik 5 18. Kunjungan Pasien Rawat Jalan Poli TB-DOTS

Total Pasien Poli TB-DOTS sepanjang Tahun 2023 adalah sebanyak 162 Pasien meningkat sebanyak 90 pasien (125 %) dari tahun 2022 yang berjumlah 72 pasien dengan Kunjungan Pasien terbanyak di bulan Oktober 2023 sebanyak 28 pasien, Bulan November 2023 sebanyak 25 pasien dan di Bulan Desember sebanyak 24 pasien. Sedangkan kunjungan pasien paling sedikit di Bulan Juni 2023 sebanyak 3 pasien.

V. Kunjungan Rawat Jalan Poli Vaksin

Kunjungan Rawat Jalan Poli Vaksin selama Tahun 2023 sebagai berikut :

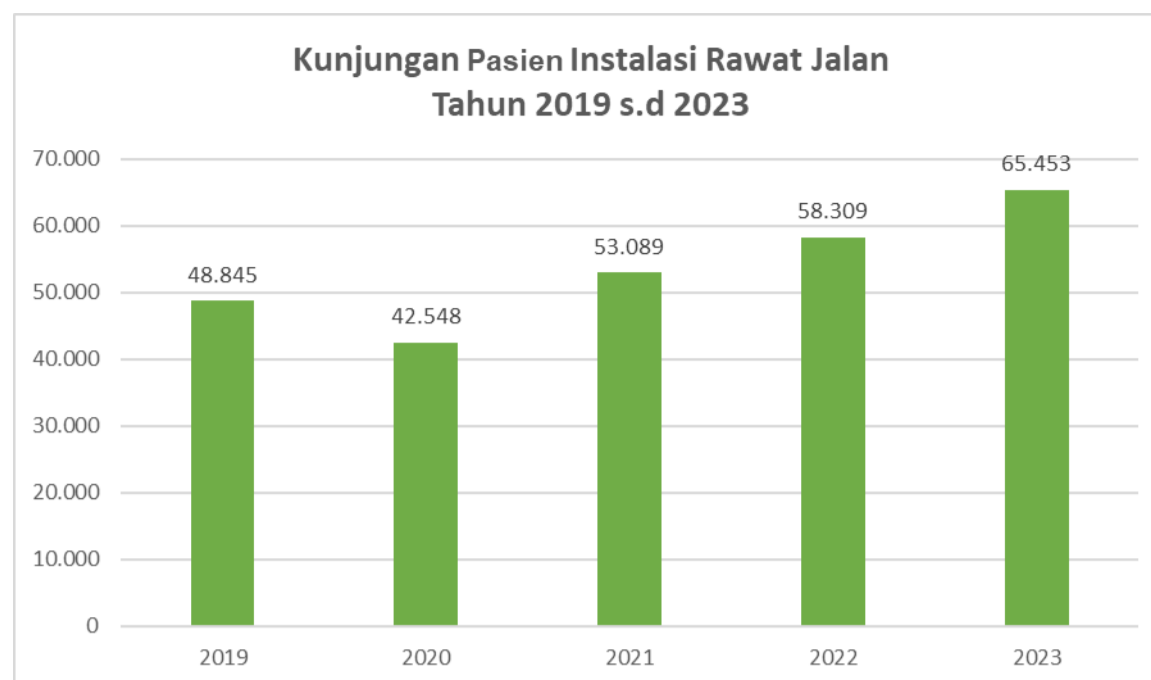


Grafik 5.19. Kunjungan Pasien Rawat Jalan Poli Vaksin

Total kunjungan rawat jalan ke Poli Vaksin dan mendapatkan Vaksin Flubio, Vaksin Meningitis dan Vaksin Meningitis + Flubio sepanjang tahun 2023 sebanyak 249 Orang. Dengan Pelayanan Poli Vaksin yang dimulai per Juli Tahun 2022 terjadi peningkatan 195 pasien (361 %) dari tahun 2022 yang berjumlah 54 orang. Pada tahun 2023 ini, kunjungan pemerlu Vaksin Flubio (32,9%), Vaksin Meningitis (31,3%), Vaksin Meningitis dan Flubio (35,8%). Penerima Vaksin influenza terbanyak di bulan Mei 2023 sebanyak 42 orang dan tidak ada penerima Vaksin Influenza di bulan Maret 2023. Penerima Vaksin Meningitis terbanyak di bulan Maret 2023 sebanyak 18 orang dan tidak ada penerima Vaksin Meningitis di Bulan Juni 2023. Penerima Vaksin Meningitis dan Influenza terbanyak di bulan Oktober 2023 sebanyak 20 orang dan tidak ada penerima Vaksin Meningitis dan Influenza di bulan Maret 2023 dan Juni 2023

W. Kunjungan Pasien di Instalasi Rawat Jalan Periode Tahun 2019 s.d 2023

Kunjungan Pasien di Instalasi Rawat Jalan selama Periode Tahun 2019 s.d 2023, dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



Grafik 5.20. Kunjungan Pasien di Instalasi Rawat Jalan Periode Tahun 2019 s.d 2023

Total Kunjungan Pasien Rawat Jalan Terbanyak pada Tahun 2023 sebanyak 65.453 Pasien. Pasien Rawat Jalan Tahun 2019 sebanyak 48.845 Pasien, menurun di awal masa COVID-19 di Tahun 2020 sebanyak 42.548 pasien dan semakin meningkat terbanyak di tahun 2023 sebanyak 65.453 Pasien.

3. Instalasi Rawat Inap

Instalasi Rawat Inap RSUD Pesanggrahan terdiri atas 100 Tempat Tidur.

- Target Kinerja Instalasi Rawat Inap Tahun 2023 : 4.949 orang
- Realisasi /Capaian Tahun 2023 : 5.078 orang
- Capaian Tahun 2023 : 102, 6 %

X. Jumlah pasien masuk dan pasien keluar dari Ruang Rawat Inap

Jumlah pasien masuk dan pasien keluar dari Ruang Rawat Inap RSUD Pesanggrahan selama tahun 2023 :

Tabel 67. Jumlah pasien masuk dan pasien keluar dari Ruang Rawat Inap RSUD. Pesanggrahan selama tahun 2023

NO	BULAN	PASIEN MASUK				PASIEN KELUAR				PASIEN SISA
		AWAL	RAWAT INAP	PINDAHAN	TOTAL	PULANG	MENINGGAL	DIPINDAHKAN	TOTAL	
1	JANUARI	16	377	67	460	376	6	49	431	28
2	FEBRUARI	28	298	42	368	291	6	41	338	30
3	MARET	30	356	72	458	362	6	66	434	24
4	APRIL	24	290	54	368	291	6	46	343	25

NO	BULAN	PASIEN MASUK				PASIEN KELUAR				
5	MEI	25	351	61	437	338	10	54	402	35
6	JUNI	35	316	54	405	332	6	44	382	23
7	JULI	23	304	55	382	303	6	48	357	25
8	AGUSTUS	25	353	73	451	335	11	63	409	42
9	SEPTEMBER	42	366	50	458	367	8	50	425	33
10	OKTOBER	33	383	52	468	394	11	37	442	26
11	NOVEMBER	26	339	34	399	321	6	35	362	37
12	DESEMBER	37	340	47	424	349	5	50	404	20
	TOTAL	344	4073	661	5078	4059	87	583	4729	348

Y. Kunjungan Pasien Instalasi Rawat Inap

Kunjungan Pasien Instalasi Rawat Inap selama Tahun 2023 sebagai berikut ;



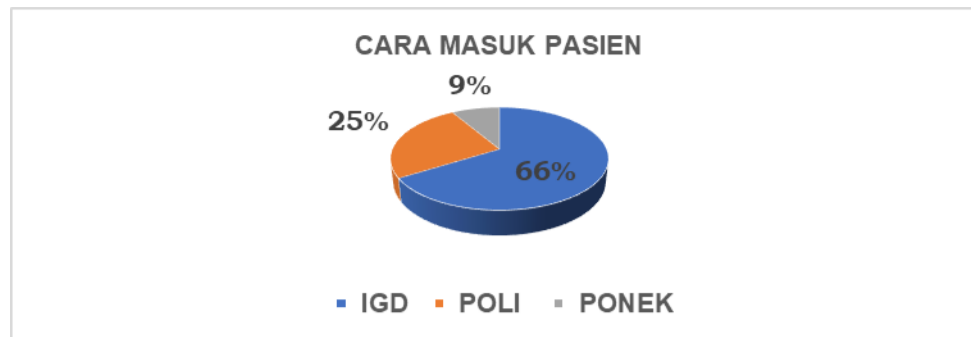
Grafik 5 21. Pasien Instalasi Rawat Inap

Berdasarkan data kunjungan, jumlah pasien rawat inap terbanyak adalah pada bulan Oktober 2023 yaitu dengan pasien rawat inap sebanyak 383 pasien, dan paling sedikit pada bulan April 2023 sebanyak 290 pasien.

Total pasien masuk rawat inap di tahun 2023 dibandingkan dengan tahun 2022, mengalami peningkatan yaitu dari 3544 menjadi 4073 pasien, sebesar 12,98 %.

Z. Cara masuk pasien ke Instalasi Rawat Inap

Berdasarkan cara masuk pasien ke Instalasi Rawat Inap selama Tahun 2023 dapat dilihat pada diagram sebagai berikut :

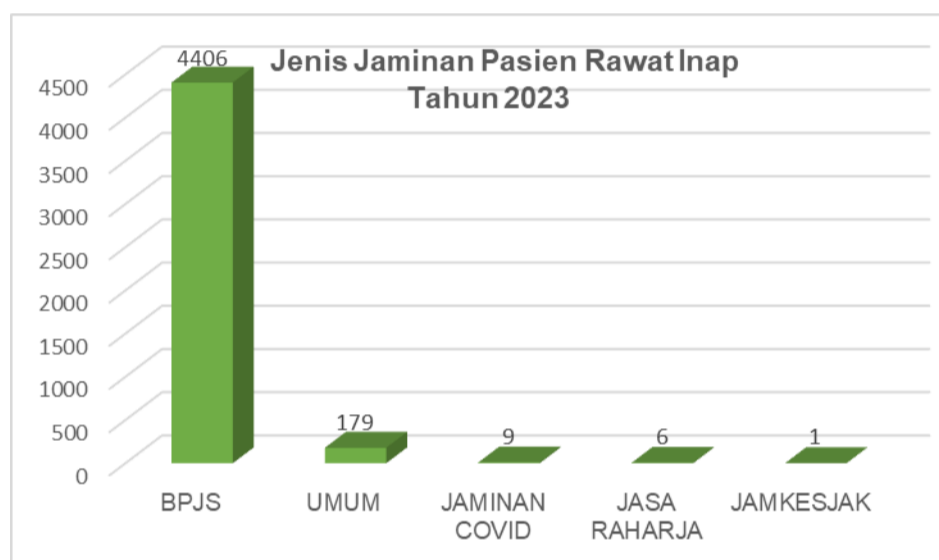


Grafik 5.22. Cara masuk pasien ke Instalasi Rawat Inap

Dari data terlihat bahwa sebagian besar pasien rawat inap masuk melalui pelayanan IGD yaitu sebesar 66 %. Kemudian melalui Poli Rawat Jalan sebesar 25 % dan melalui IGD PONEK sebesar 9 %. Dimana hal tersebut menjadikan pelayanan IGD sebagai pintu prioritas untuk meningkatkan kunjungan rawat inap.

AA. Penjaminan biaya Pasien di Instalasi Rawat Inap

Berdasarkan penjaminan biaya Pasien di Instalasi Rawat Inap selama tahun 2023 dapat dilihat pada grafik sebagai berikut ;



Grafik 5.23. Penjaminan biaya Pasien di Instalasi Rawat Inap

Jenis jaminan terbanyak pada pelayanan rawat inap adalah jaminan BPJS sebanyak 4406 pasien (96 %), dan lainnya adalah pasien umum 179 pasien (3,89 %), jaminan covid 9 pasien (0,19%) jasa raharja 6 pasien (0,13 %), dan jamkesjak 1 pasien (0,02 %).

BB. INDIKATOR PELAYANAN RAWAT INAP BOR, ALOS, TOI, BTO , NDR, GDR

Tabel 68. Indikator Pelayanan Rawat Inap BOR, ALOS, TOI, BTO , NDR, GDR tahun 2023

NO	RUANGAN	JUMLAH HARI PERAWATAN	JUMLAH LAMA RAWAT	RATA 2X PASIEN PER HARI	ALOS	BOR	TOI	BTO	NDR	GDR
1	JANUARI	1029	1025	33	2	33,19%	5	4	12	14
2	FEBRUARI	908	820	32	2	32,43%	6	3	18	18
3	MARET	984	998	32	2	31,74%	5	4	7	14
4	APRIL	826	812	28	2	27,53%	6	3	6	17
5	MEI	1020	1019	33	3	32,90%	5	4	7	25
6	JUNI	942	928	31	2	31,40%	5	4	0	16
7	JULI	885	873	29	2	28,55%	6	4	6	17
8	AGUSTUS	993	968	32	2	32,03%	5	4	17	27
9	SEPTEMBER	1110	1092	37	3	37,00%	4	4	5	19
10	OKTOBER	1135	1189	37	3	36,61%	4	4	20	25
11	NOVEMBER	967	915	32	3	32,23%	6	4	6	17
12	DESEMBER	946	980	31	2	30,52%	5	4	10	12
	TOTAL	11.745	11.619	32	2	32,18%	5	47	10	18

BOR merupakan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur RS. Rata - rata BOR selama periode Tahun 2023 adalah 32,18 %, dengan jumlah pasien perhari adalah 32 pasien. BOR tertinggi pada Bulan September 2023 sebesar 37 % dan terendah pada Bulan April 2023 sebesar 27,53 %. Dilihat dari angka BOR pada layanan rawat inap belum mencapai BOR yang ideal, yaitu > 60 %.

Sedangkan untuk ALOS menggambarkan rata- rata lama pasien dirawat. ALOS rata-rata selama periode Tahun 2023 adalah 2. Standar efisiensi ALOS 3-12 hari dan LOS dianjurkan serendah mungkin tanpa mempengaruhi kualitas pelayanan perawatan.

Rata- rata Turn Over Interval (TOI) selama tahun 2023 adalah 5, yang berarti rata rata tempat tidur tidak terisi sampai keterisian berikutnya adalah 5 hari. Ini menggambarkan tingkat efisiensi TT belum mencapai ideal yaitu kisaran 1-3 hari.

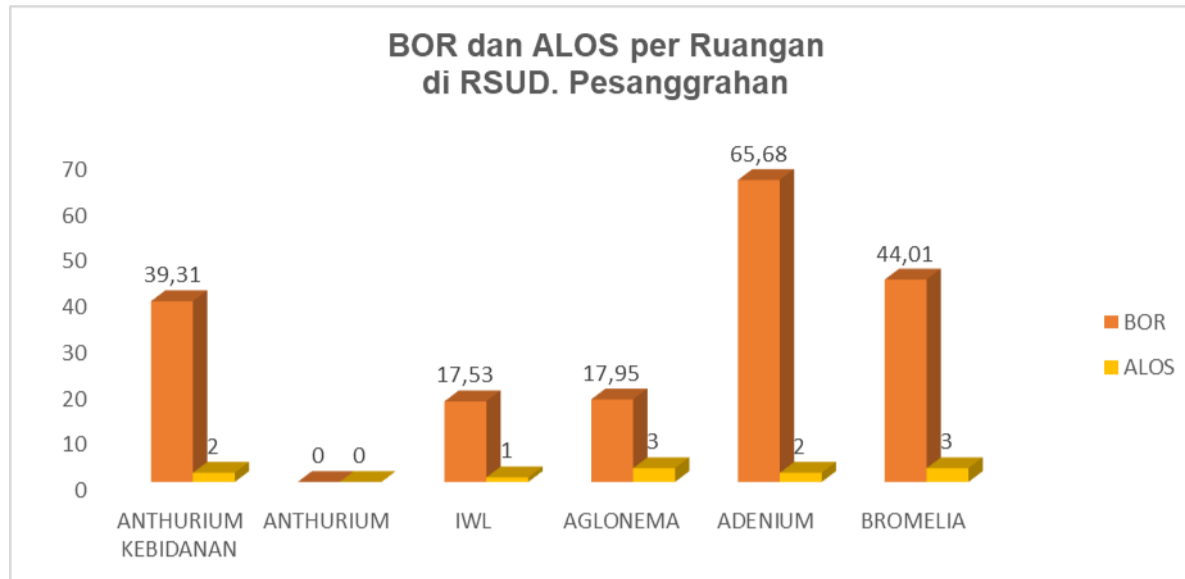
Total Bed Turn Over (BTO) selama Tahun 2023 adalah 47 kali, yang sudah mencapai angka ideal BTO dalam 1 tahun yaitu 40-50 kali. BTO menggambarkan frekuensi pemakaian tempat tidur dalam satu periode tertentu.

Rata – rata Net Death Rate (NDR) Tahun 2023 adalah 10, yang menggambarkan angka kematian 48 jam setelah dirawat masih dibawah batas maksimal yaitu 25 per 1000 pasien keluar.

Rata-rata Gross Death Rate (GDR) Tahun 2023 adalah 18, yang menggambarkan angka kematian umum untuk semua pasien keluar masih dibawah batas maksimal yaitu 45 per 1000 pasien keluar.

CC. BOR dan ALOS per ruangan di Rawat Inap

BOR dan ALOS per ruangan di Rawat Inap RSUD Pesanggrahan selama Tahun 2023 sebagai berikut :

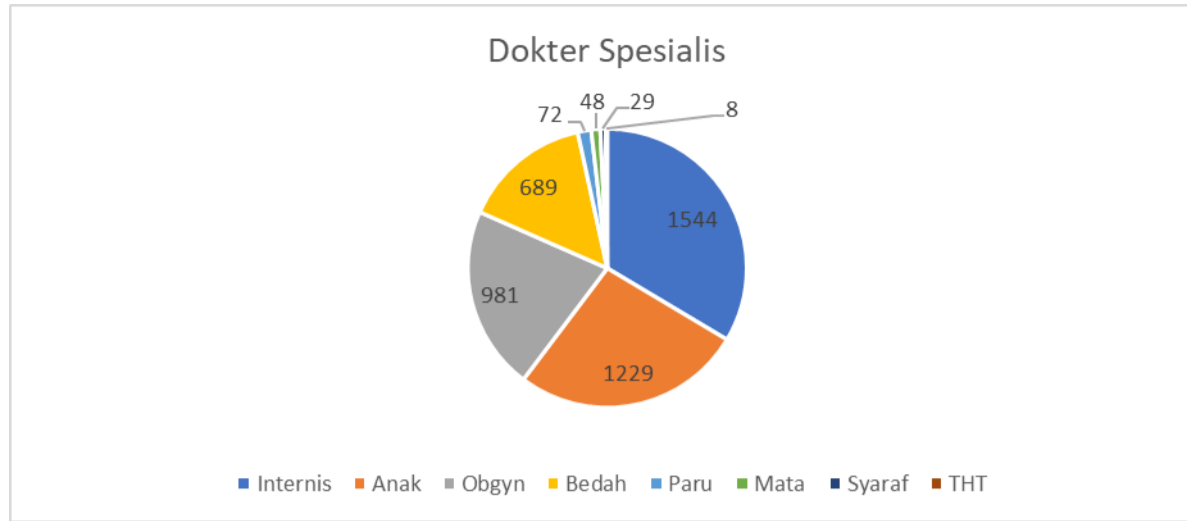


Grafik 5 24. BOR dan ALOS per ruangan di Rawat Inap

BOR ruang rawat inap tertinggi Tahun 2023 adalah ruang adenium yaitu rata rata 65,68 % perbulan, diikuti ruang Bromelia dengan rata- rata BOR 44,01 % . Menunjukkan kasus kasus yang lebih banyak ditangani di rawat inap adalah kasus non infeksi yang tidak membutuhkan ruang isolasi khusus seperti tekanan negatif atau positif.

DD. Pasien Rawat Inap Berdasarkan Spesialisasi

Proporsi Pasien Rawat Inap Berdasarkan Spesialisasi Pada Ruang Rawat Inap RSUD. Pesanggrahan selama tahu 2023 sebagai berikut ;

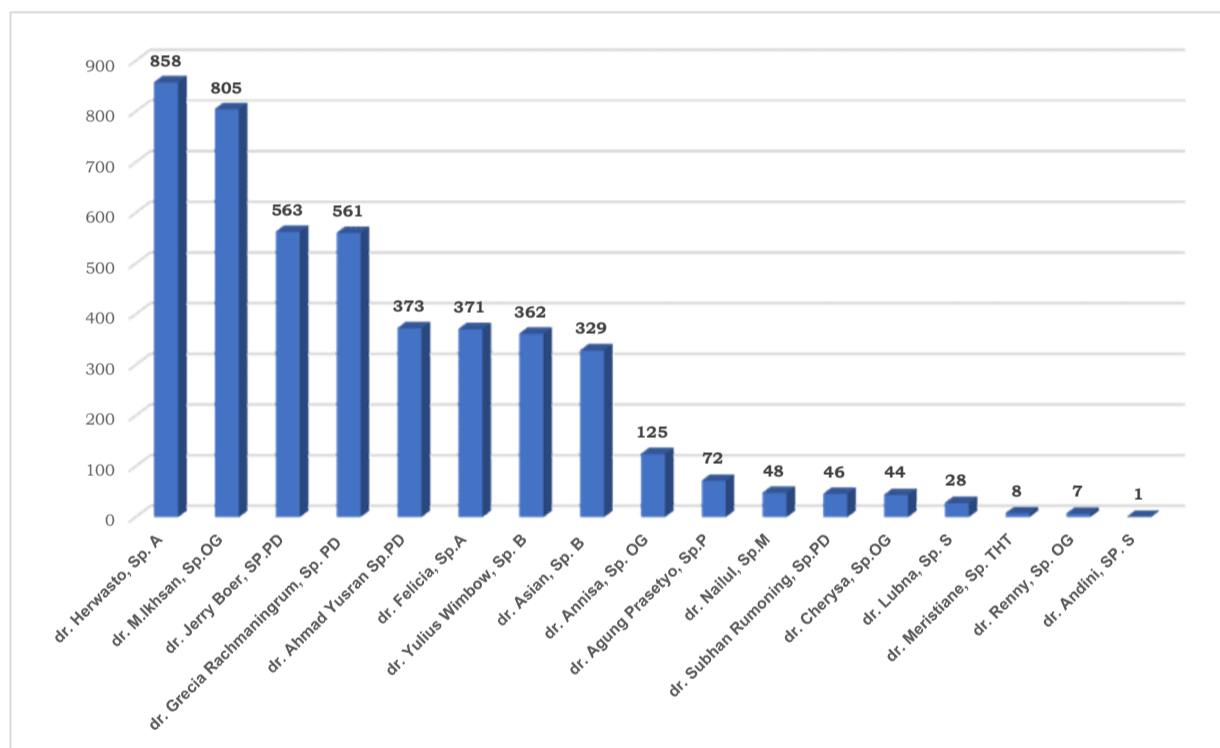


Grafik 5 25. Pasien Rawat Inap Berdasarkan Spesialisasi Pada Ruang Rawat Inap

Berdasarkan spesialisasi, pelayanan terbanyak adalah kasus penyakit dalam yaitu sebanyak 1543 pasien. Sedangkan potensi pasien rawat inap yang masih dapat ditingkatkan antara lain kasus kasus syaraf sebanyak 29 pasien dan THT sebanyak 8 pasien.

EE. Proporsi pasien rawat inap per dokter spesialis

Proporsi pasien rawat inap per dokter spesialis selama tahun 2023 sebagai berikut :



Grafik 5 26. Proporsi pasien rawat inap per dokter spesialis

Proporsi pasien Rawat Inap terbanyak per dokter spesialis

sepanjang tahun 2023 adalah dr.Herwasto, Sp.A sebanyak 858 pasien , dr.M.Ikhsan, Sp.OG sebanyak 805 pasien dan dr. Jerry Eddy Putra, Sp.PD sebanyak 563 pasien.

FF. 10 Diagnosa terbanyak pasien Rawat Inap

10 Diagnosa terbanyak pasien Rawat Inap selama Tahun 2023 sebagai berikut :

Tabel 69. 10 Diagnosa terbanyak pasien Rawat Inap

NO	PENYAKIT	KODE ICD	TOTAL PASIEN	%
1	PNEUMONIA	J 18.9	273	5,93%
2	Demam berdarah dengue	A 91	233	5,06%
3	Diare & gastroenteritis oleh penyebab infeksi tertentu (kolitis infeksi)	A 09	225	4,89%
4	Tuberkulosis (TB) paru BTA (+) dengan/ tanpa biakan kuman TB	A 15.0	205	4,46%
5	Gejala, tanda dan penemuan klinik dan laboratorium tidak normal lainnya, YTK ditempat lain	R 02-R 09.0,.1,.3,.8 R 11-R 32,R34-R49,R 51-R 53, R55,R 57-R 74, R76-R94 R 96-R 99	185	4,02%
6	Anemia lainnya	D 51 – D 58, D60, D62 - D 64	140	3,04%
7	Asma akibat kerja	J 45	121	2,63%
8	Diabetes melitus tidak bergantung insulin	E 11	112	2,43%
9	Perawatan ibu yang berkaitan dengan janin dan ketuban dan masalah persalinan	O 31 - O 39 O 41, O 43,O 47	104	2,26%
10	Penyulit kehamilan dan persalinan lainnya	O 20- O 23,O 25-O 29,O 61-O 63, O 67,O 69 - 71 O 73-075,O 81-O 83	101	2,20%

Berdasarkan diagnosa penyakit tahun 2023 terbanyak adalah pneumonia sebanyak 5,93 % yaitu 273 kasus, urutan kedua demam berdarah dengue sebanyak 5,06 % yaitu 233 kasus, dan ketiga kasus diare sebanyak 4,89 % yaitu 225 kasus.

GG. Jumlah dan Jenis pasien keluar dari Ruang Rawat Inap

Jumlah dan jenis pasien keluar dari Ruang Rawat Inap RSUD. Pesangrahan selama tahun 2023 ;

Tabel 70. Jumlah dan Jenis pasien keluar dari Ruang Rawat Inap

NO	RUANGAN	KAPASITAS BED	JUMLAH PASIEN KELUAR								
			PASIEN KELUAR HIDUP					MENINGGAL		DIPINDAHKAN	JUMLAH PASIEN KELUAR (H+M)
			Dipulangkan	Permintaan Sendiri	Melarikan Diri	Dirujuk	JUMLAH	≤ 48 Jam	≥ 48 Jam		

								m			
1	JANUARI	100	324	16	0	37	377	1	5	49	432
2	FEBRUARI	100	266	8	0	17	291	0	6	41	338
3	MARET	100	335	7	0	20	362	3	3	66	434
4	APRIL	100	257	12	0	22	291	4	2	46	343
5	MEI	100	314	6	0	18	338	7	3	54	402
6	JUNI	100	290	12	0	30	332	6	0	44	382
7	JULI	100	283	8	0	12	303	4	2	48	357
8	AGUSTUS	100	307	11	0	17	335	4	7	63	409
9	SEPTEMBER	100	337	8	0	22	367	6	2	50	425
10	OKTOBER	100	373	5	0	16	394	2	9	37	442
11	NOVEMBER	100	294	10	0	17	321	4	2	35	362
12	DESEMBER	100	323	8	0	18	349	1	4	50	404
	TOTAL	100	3.703	111	0	246	4.060	42	45	583	4.730

Dari 111 pasien yang terdata Pulang Atas Permintaan sendiri (APS), 64 pasien berasal dari ruang ranap biasa. Analisa penyebab APS yaitu sebagai berikut :

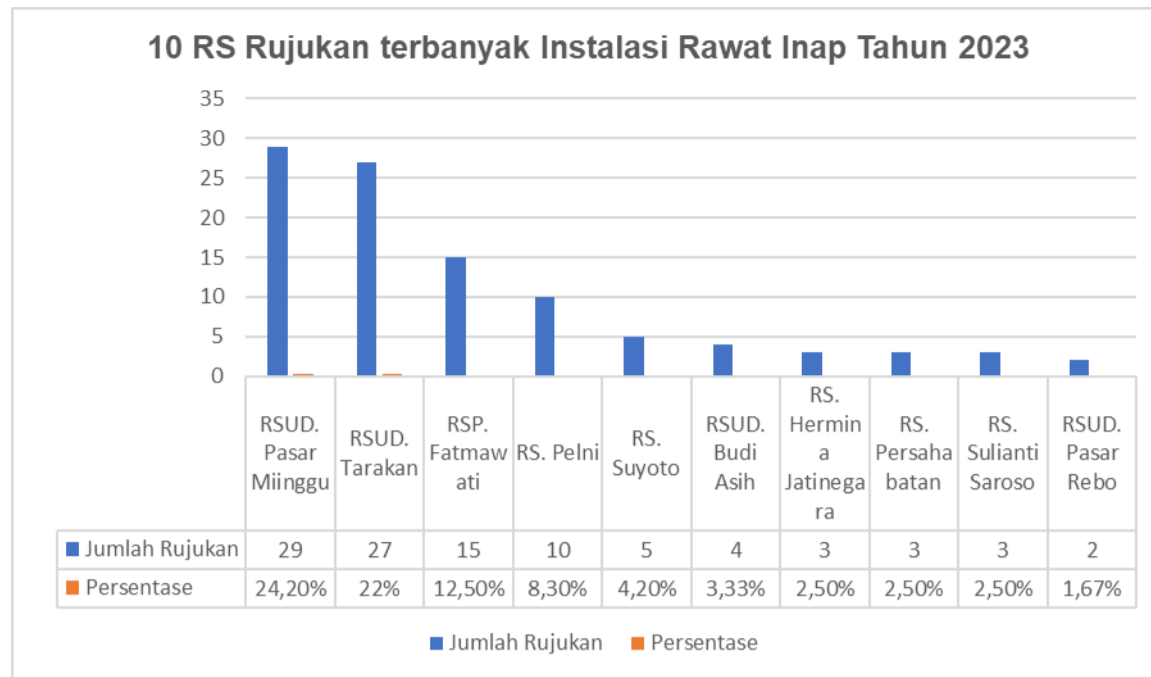
Tabel 71. Alasan Pulang Pasien APS dari Rawat Inap

NO	ALASAN PULANG APS	JUMLAH KASUS
1	Menolak dirujuk	30
2	Menolak perawatan lanjutan karena perbaikan	15
3	DNR	5
4	Tidak ada pendamping pasien	4
5	Tidak ada biaya/tidak punya BPJS	9
6	Menolak tindakan operasi	1

Berdasarkan data, penyebab terbanyak pasien pulang APS adalah karena menolak dirujuk sebanyak 30 pasien dan menolak perawatan lebih lanjut sebanyak 15 pasien.

HH.10 Rumah Sakit Rujukan terbanyak dari Instalasi Rawat Inap

10 Rumah Sakit Rujukan terbanyak dari Instalasi Rawat Inap selama tahun 2023 sebagai berikut ;

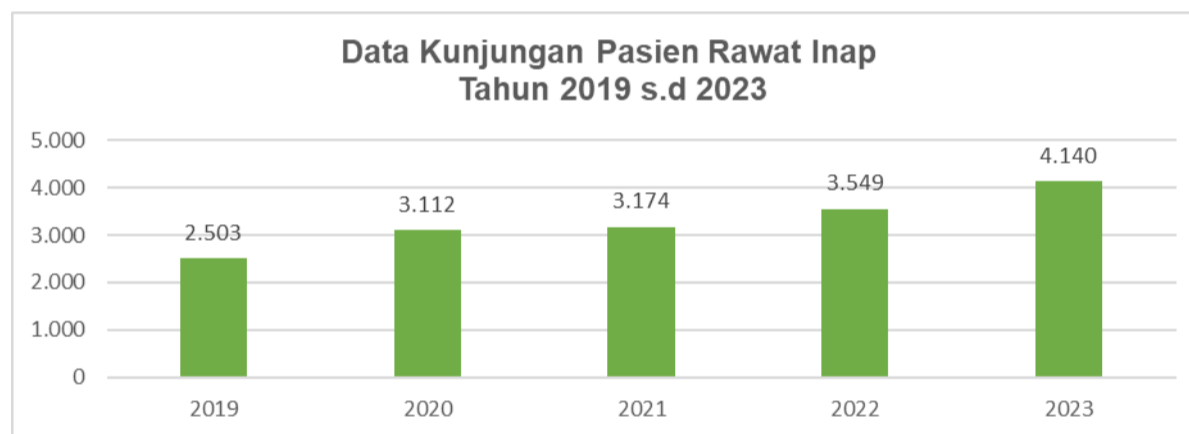


Grafik 5 27. 10 Rumah Sakit Rujukan terbanyak dari Instalasi Rawat Inap

RS tujuan rujukan terbanyak dari ruang Rawat Inap RSUD Pesanggrahan adalah RSUD Pasar Minggu sebanyak 24,20 %, kemudian RS Tarakan sebanyak 22 % dan RSP Fatmawati sebanyak 12,50 %. Angka ini menunjukkan peran RSUD Pasar Minggu dan RSUD Tarakan sebagai pengampu rujukan berjenjang untuk RSUD Provinsi DKI Jakarta.

II. Kunjungan Rawat Inap Periode Tahun 2019 s.d 2023

Data Kunjungan Rawat Inap RSUD. Pesanggrahan Periode Tahun 2019 s.d 2023 dapat dilihat pada grafik dibawah ini ;



Grafik 5 28. Kunjungan Rawat Inap Periode Tahun 2019 s.d 2023

Pasien Rawat Inap terus meningkat sejak tahun 2019 hingga Tahun 2023 terbanyak di tahun 2023 sebanyak 4140 pasien pertahun

4. Unit Khusus dan Kamar Bedah

Unit Khusus dan Kamar Bedah RSUD Pesanggrahan terbagi atas

- a. Unit Perina
- b. Unit NICU,
- c. Unit PICU,
- d. Unit HCU, ICU Isolasi dan ICU Non Isolasi
- e. Unit Kamar Bedah

a. Unit Perina

JJ. Jumlah Kunjungan Pasien Perina Pada Tahun 2023

Jumlah kunjungan pasien perina tahun 2023 dapat dilihat pada grafik sebagai berikut :



Grafik 5 29. Jumlah Kunjungan Pasien Perina Pada Tahun 2023

Dari data diatas, selama tahun 2023 , jumlah pasien perina tertinggi ada pada Bulan Januari, April, Oktober sebanyak 26 pasien, paling rendah ada pada bulan Juni yaitu 9 pasien

KK. Jumlah Kunjungan Pasien Perina Berdasarkan Cara Pembayaran

Jumlah kunjungan pasien perina berdasarkan cara pembayaran pasien pada tahun 2023 dapat dilihat pada grafik sebagai berikut :

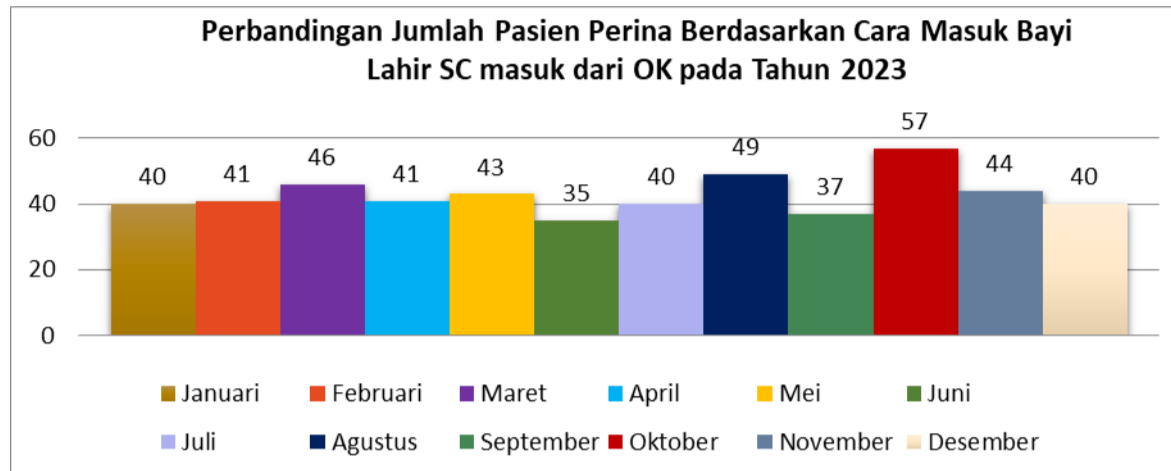


Grafik 5 30. Jumlah Kunjungan Pasien Perina Berdasar Cara Pembayaran Pasien

Perbandingan jumlah pasien perina berdasarkan cara bayar tertinggi ada pada bulan Januari dan April yaitu sebanyak 26 pasien BPJS, Pasien Umum hanya ada 1 pasien pada bulan februari, Mei, Juni, September, Oktober dan Desember.

LL. Perbandingan Jumlah Pasien Perina Berdasarkan Cara Masuk Bayi Lahir SC masuk dari OK

Jumlah kunjungan pasien perina berdasarkan cara masuk bayi lahir sc pada tahun 2023 dapat dilihat pada grafik sebagai berikut:

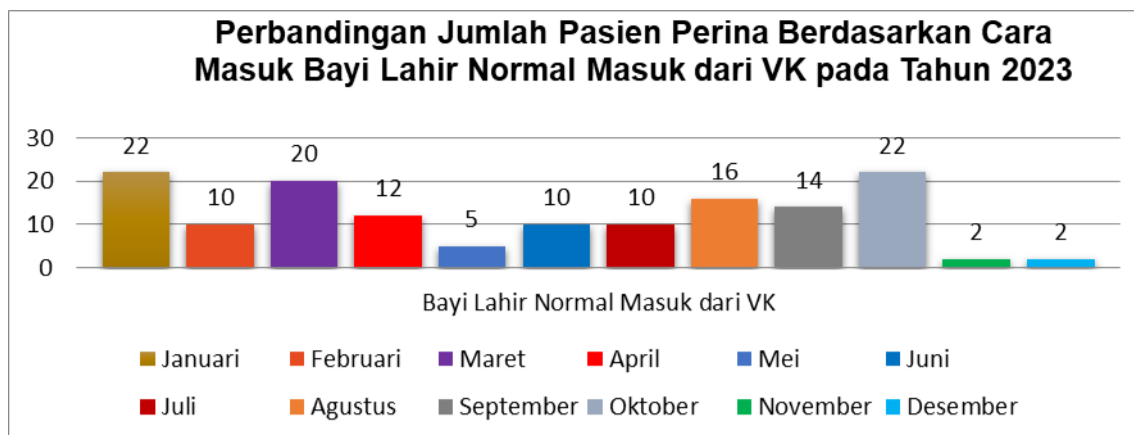


Grafik 5 31. Jumlah Pasien Perina Berdasarkan Cara Masuk Bayi Lahir SC masuk dari OK

Perbandingan jumlah pasien perina berdasarkan cara masuk secara garis besar paling banyak bayi lahir SC masuk dari OK, lalu Bayi Sakit kemudian Bayi lahir normal. Jika dilihat dari diagram, jumlah pasien tertinggi Bayi Lahir SC ada pada bulan oktober yaitu sebanyak 57 Pasien dan jumlah pasien Bayi lahir SC terendah ada pada bulan Juni sebanyak 35 pasien.

MM. Jumlah Pasien Perina Berdasarkan Cara Masuk Bayi Lahir Normal

Jumlah kunjungan pasien perina berdasarkan cara masuk bayi lahir normal pada tahun 2023 dapat dilihat pada grafik sebagai berikut:

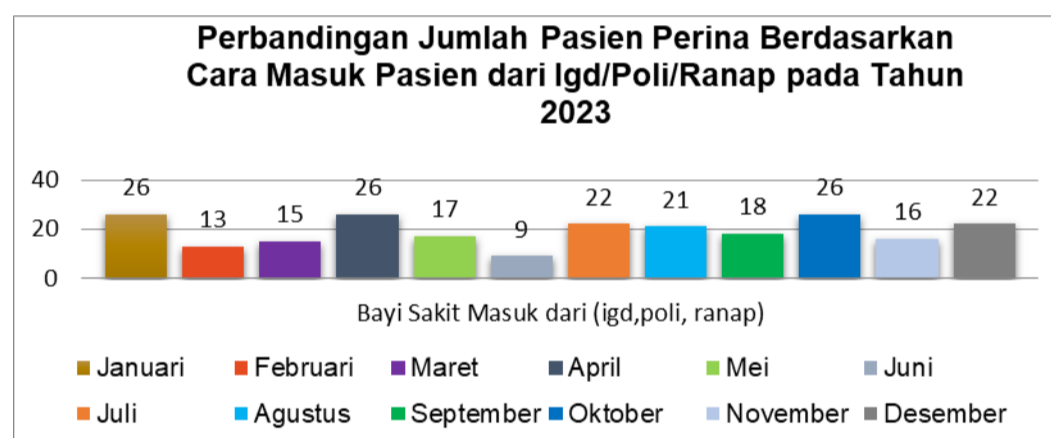


Grafik 5 32. Jumlah Pasien Perina Berdasarkan Cara Masuk Bayi Lahir SC masuk dari OK

Perbandingan jumlah pasien perina berdasarkan cara masuk Bayi lahir normal masuk dari VK tertinggi ada pada bulan Januari dan Oktober yaitu sebanyak 22 pasien, paling sedikit pada bulan November dan Desember karena Bayi spontan dan sehat langsung rawat gabung bersama ibu.

NN. Jumlah Pasien Perina Berdasarkan Cara Masuk Pasien dari Igd/Poli/Ranap

Jumlah kunjungan pasien perina berdasarkan masuk pasien dari igd/poli/ranap pada tahun 2023 dapat dilihat pada grafik sebagai berikut:



Grafik 5 33. Jumlah Pasien Perina Berdasarkan Cara Masuk Pasien dari Igd/Poli/Ranap

Bayi sakit di Perina yang masuk dari IGD/Poli/ Rawat Inap sepanjang tahun 2023 tertinggi ada pada bulan Januari, April dan oktober sebanyak 26 Pasien, paling sedikit ada pada bulan Juni yaitu sebanyak 9 pasien.

OO. Jumlah Pasien Perina Berdasarkan Status Keluar Pasien

Jumlah pasien perina berdasarkan Status Keluar Pasien pada Tahun 2023 dapat dilihat pada table sebagai berikut :

Tabel 72. Jumlah Pasien Perina Berdasarkan Status Keluar Pasien Tahun 2023

NO		Jan	Feb	Mar	April	Mei	Jun	Juli	Agst	Sep	Okt	Nov	Des	Total
1	Bayi Rawat Gabung	53	50	63	53	43	41	41	57	46	57	37	33	574
2	Bayi Pulang	22	12	10	23	15	5	16	16	13	25	16	14	187
3	Bayi Rujuk	2	1	2	1	1	3	2	0	2	5		5	24
4	Bayi Meninggal/IUFD					1		3		1	1			6
5	APS					1							1	2

Jumlah pasien keluar perina paling banyak melalui rawat gabung yaitu sebanyak 574 bayi yang dirawat gabung dengan ibu, 187 bayi pulang dan 24 bayi dirujuk.

PP. Jumlah Bayi Lahir dari Ibu dengan HbsAg (+) /Sifilis/HIV

Jumlah bayi lahir dari ibu dengan HbsAg (+) /Sifilis/HIV pada Tahun 2023 dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

Tabel 73. Jumlah Bayi Lahir dari Ibu dengan HbsAg (+) /Sifilis/HIV

	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni	Juli	Agst	Sept	Okt	Nov	Des	Total
Bayi lahir dari Ibu dengan HbsAg (+)	0	2	1	0	0	1	2	1	1	1	0	0	9
Bayi lahir dari Ibu dengan HIV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2
Bayi lahir dari Ibu dengan Sifilis	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

Total Bayi yang mendapatkan tatalaksana HIV/HepB/Sifilis sesuai standar :

1. TW 1 : $4/4 \times 100\% = 100\%$
2. TW 2 : $1/1 \times 100\% = 100\%$
3. TW 3 : $4.4 \times 100\% = 100\%$
4. TW 4 : $3/3 \times 100\% = 100\%$

QQ. Jumlah Rujukan Pasien Perina ke RS Rujukan/RS Lain

Jumlah rujukan pasien perina ke RS Rujukan/RS Lain pada Tahun 2023 dapat dilihat pada grafik sebagai berikut :

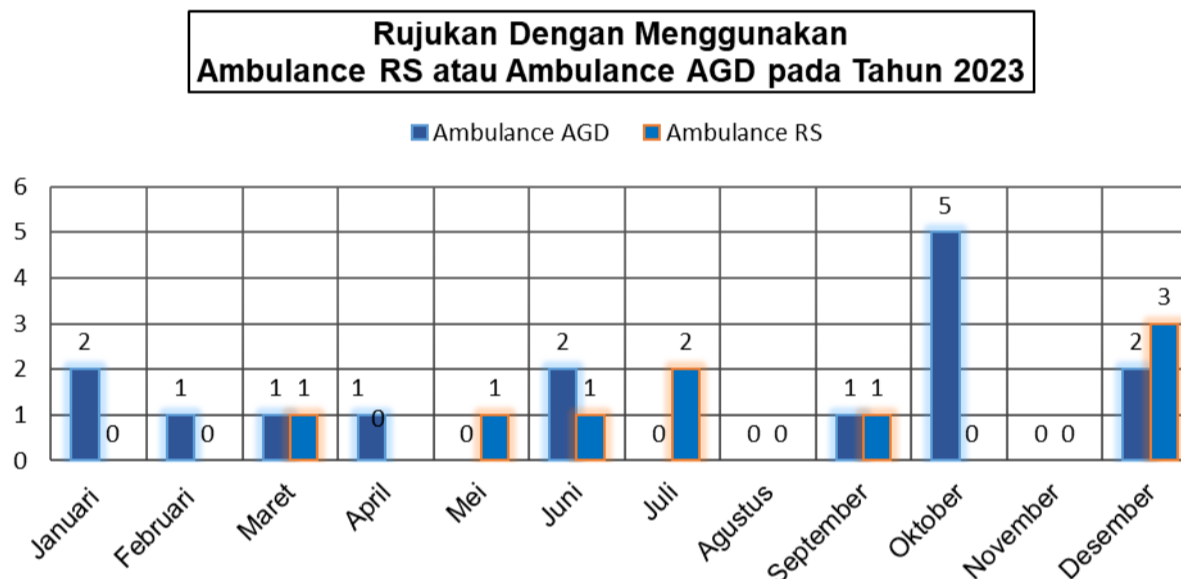


Grafik 5.34. Jumlah Data Rujukan Pasien Perina ke RS Rujukan / RS Lain pada Tahun 2023

RS penerima rujukan pasien Perina RSUD. Pesanggrahan terbanyak sepanjang tahun 2023 adalah RS Budi Asih yaitu sebanyak 6 pasien dan RS Budi Kemulyaan sebanyak 4 pasien

RR. Jumlah Rujukan Dengan Menggunakan Ambulance RS / AGD

Jumlah rujukan dengan menggunakan ambulan RS atau AGD pada Tahun 2023

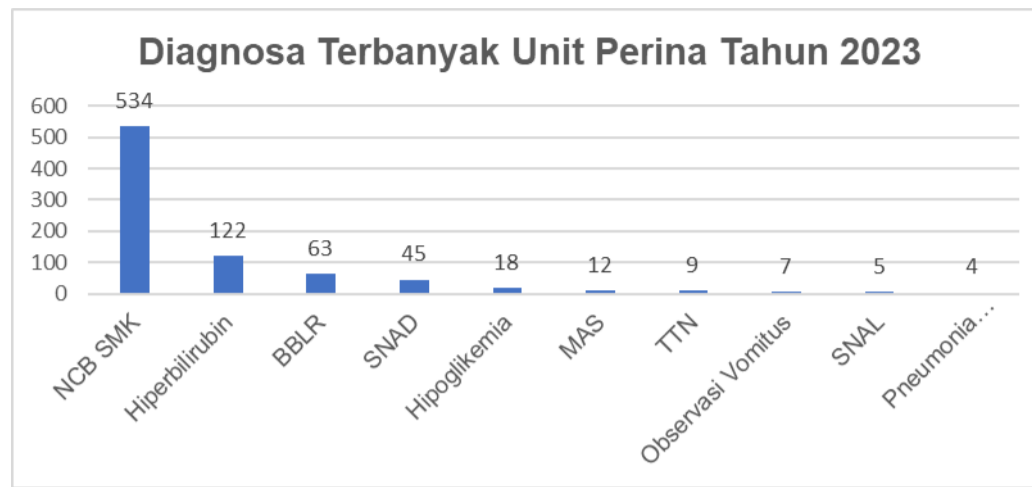


Grafik 5.35. Jumlah Rujukan Dengan Menggunakan Ambulance RS / AGD

Kasus rujukan pasien Perina tertinggi ada pada bulan Oktober yaitu sebanyak 5 pasien yang dirujuk ke RS lain. Rata-rata menggunakan ambulance AGD bila perawat yang jaga saat itu sendiri.

SS. 10 Diagnosa Terbanyak pada Unit Perina

10 Diagnosa Terbanyak pada Unit Perina selama Tahun 2023 terlihat pada grafik dibawah ini ;



Grafik 5.36. 10 Diagnosa Terbanyak pada Unit Perina

Diagnosa pasien terbanyak di Unit Perina sepanjang tahun 2023 adalah NCB SMK sebanyak 534 pasien (65%) , Hiperbilirubin 122 pasien (15%) dan BBLR sebanyak 63 Pasien (8%)

TT. Jumlah *Bed Occupation Rate* (BOR) pada Unit Perina

Jumlah *Bed Occupation Rate* (BOR) pada Unit Perina Tahun 2023 dapat dilihat pada Grafik sebagai berikut :

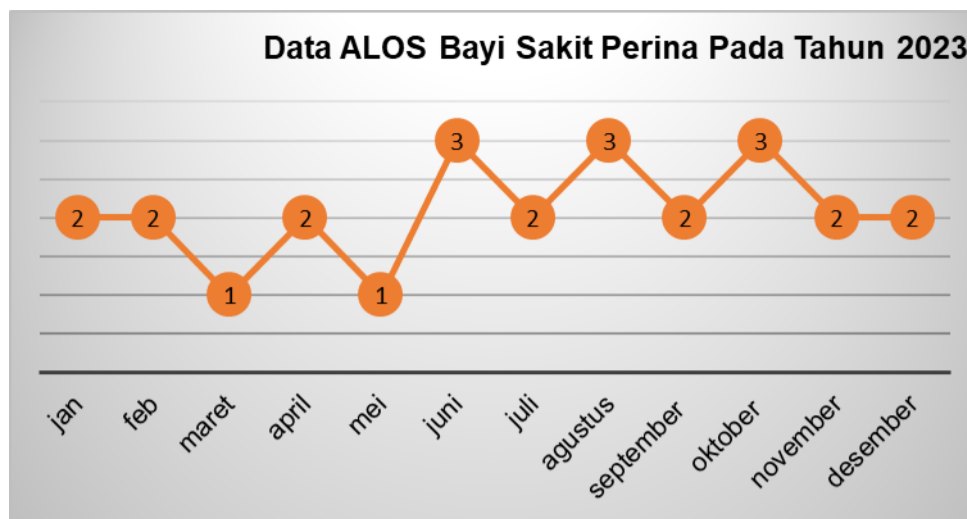


Grafik 5.37. BOR Unit Perina pada Tahun 2023

Berdasarkan grafik diatas BOR unit perina dengan perhitungan jumlah kapasitas bed 8, BOR tertinggi ada pada bulan Oktober yaitu sebanyak 46,2%, BOR Terendah adalah pada bulan Maret 13,71%.

UU. Jumlah *Average Length Of Stay* (LOS) Unit Perina

Jumlah *Average Length Of Stay* (LOS) pada Unit Perina Tahun 2023 dapat dilihat pada Grafik sebagai berikut :

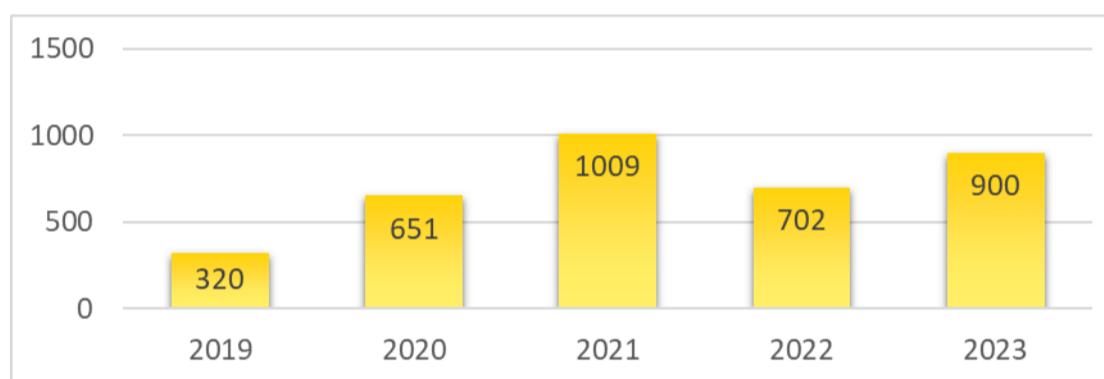


Grafik 5.38. LOS Unit Perina pada Tahun 2023

Lama rata-rata rawat pasien perina yaitu (2 hari.) Dimana pasien perina didominasi oleh BBL dengan lama rawat 6 jam setelah itu bayi RAWAT GABUNG Bersama ibu nya diruang Kebidanan / Anthurium, untuk bayi sakit rata-rata lama perawatan 2 hari. Data Alos tertinggi ada pada bulan juni, agustus, oktober yaitu 3 hari.

VV. Kunjungan Pasien Perina periode tahun 2019 s.d 2023

Data Kunjungan pasien Perina periode tahun 2019 s. 2023 terlihat pada grafik berikut ini ;



Grafik 5 39. Kunjungan Pasien Perina periode tahun 2019 s.d 2023

Jumlah Pasien Perina Terbanyak di tahun 2021 sebanyak 1009 pasien, menurun di tahun 2022 dikarenakan adanya renovasi pengadaan ruang PICU dan NICU. Jumlah pasien Perina di tahun 2023 mengalami peningkatan sebanyak 198 pasien dibandingkan tahun 2022. Pasien Perina sangat dipengaruhi jumlah kelahiran SC dan jumlah bayi sakit dari Instalasi Rawat Jalan dan VK

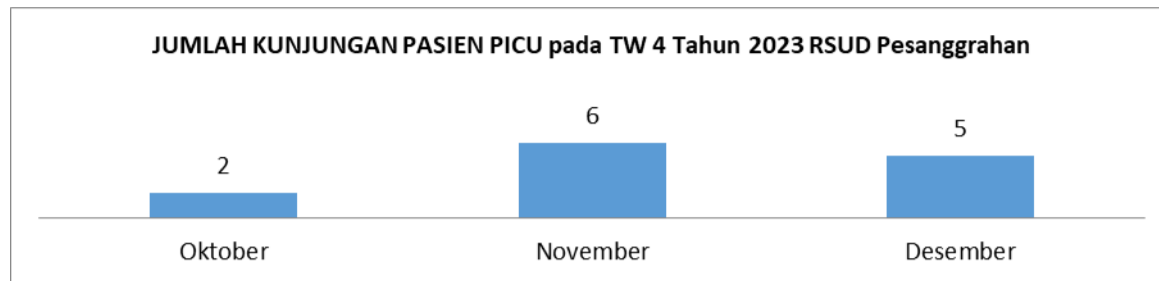
b. NICU (Neonatal Intensive Care Unit)

RSUD Pesanggrahan baru membuka pelayanan NICU pada bulan Oktober 2023, namun pada tahun 2023 ini belum ada pasien NICU yang dirawat di RSUD Pesanggrahan.

c. PICU (PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT)

WW. Jumlah Kunjungan Pasien PICU Tahun 2023

PICU RSUD Pesanggrahan mulai beroperasi pada bulan Oktober 2023. Berikut jumlah kunjungan pasien PICU pada Tahun 2023 dapat dilihat pada diagram dibawah ini :

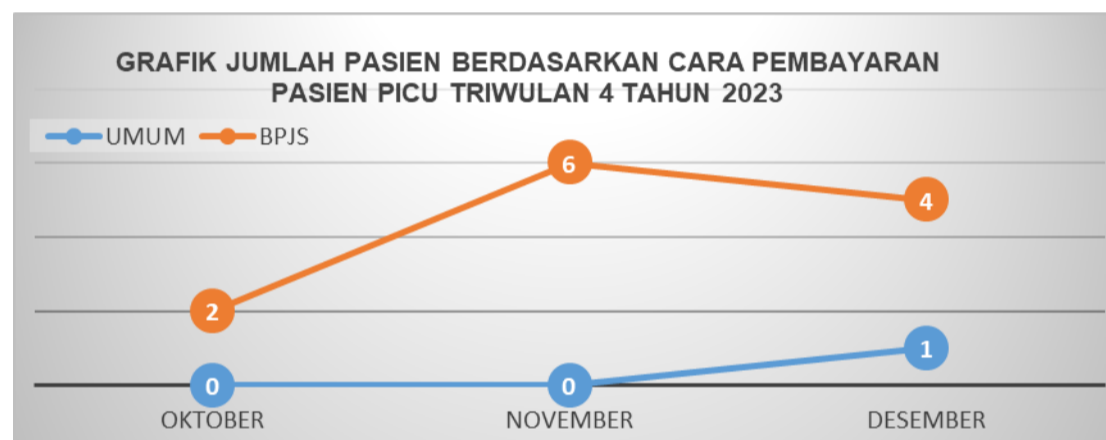


Grafik 5.40. Jumlah Kunjungan Pasien PICU Tahun 2023

Total jumlah kunjungan pasien tertinggi di bulan November yaitu sebanyak 6 pasien, paling sedikit pada bulan oktober yaitu 2 pasien.

XX. Jumlah Kunjungan Pasien PICU berdasarkan Cara Pembayaran Pasien

Jumlah kunjungan pasien PICU berdasarkan Cara Pembayaran Pasien Tahun 2023 dapat dilihat pada grafik sebagai berikut ;

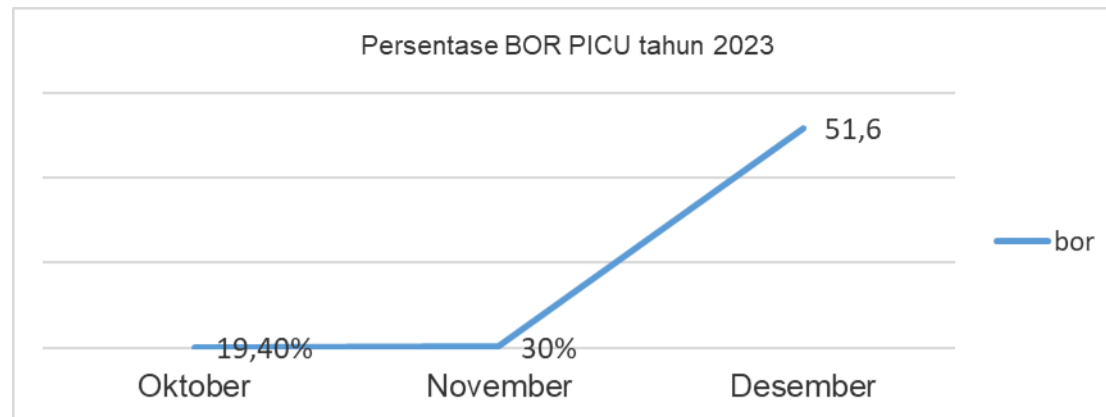


Grafik 5.41. Jumlah pasien PICU berdasarkan cara pembayaran Tahun 2023

Berdasarkan cara bayar pasien BPJS paling banyak pada bulan November yaitu 6 pasien, cara bayar umum ada 1 pasien pada bulan Desember 2023.

YY. Jumlah Bed Occupation Rate (BOR) PICU pada Tahun 2023

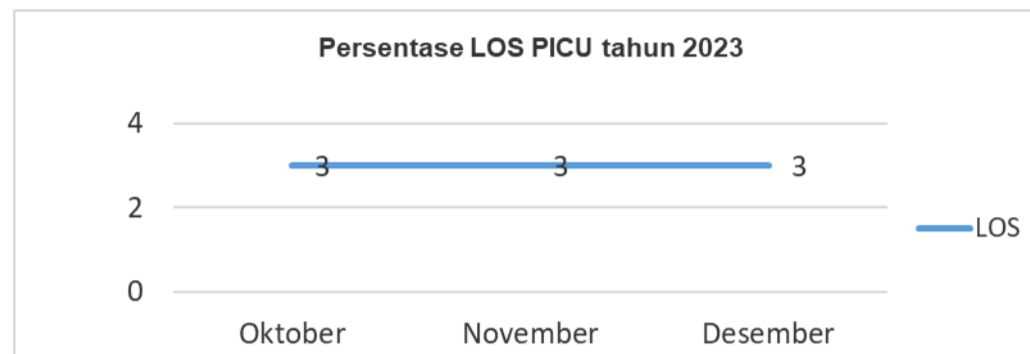
Jumlah *Bed Occupation Rate* (BOR) PICU pada Tahun 2023 tertinggi ada pada bulan desember yaitu 51,6 %,dapat dilihat pada grafik sebagai berikut :



Grafik 5.42. Persentase BOR PICU pada Tahun 2023

ZZ. Jumlah *Average Length Of Stay* (LOS) PICU pada Tahun 2023

Jumlah *Average Length Of Stay* (LOS) PICU pada Tahun 2023 dapat dilihat pada Grafik sebagai berikut :



Grafik 5.43. Jumlah *Average Length Of Stay* (LOS) PICU pada Tahun 2023

LOS dibulan Oktober, November dan Desember adalah 3 Hari di ruangan PICU

AAA. Jumlah Pasien PICU Berdasarkan Status Keluar Pasien

Jumlah Pasien PICU Berdasarkan Status Keluar Pasien pada Tahun 2023 dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

Tabel 74. Jumlah pasien PCU berdasarkan status keluar pasien

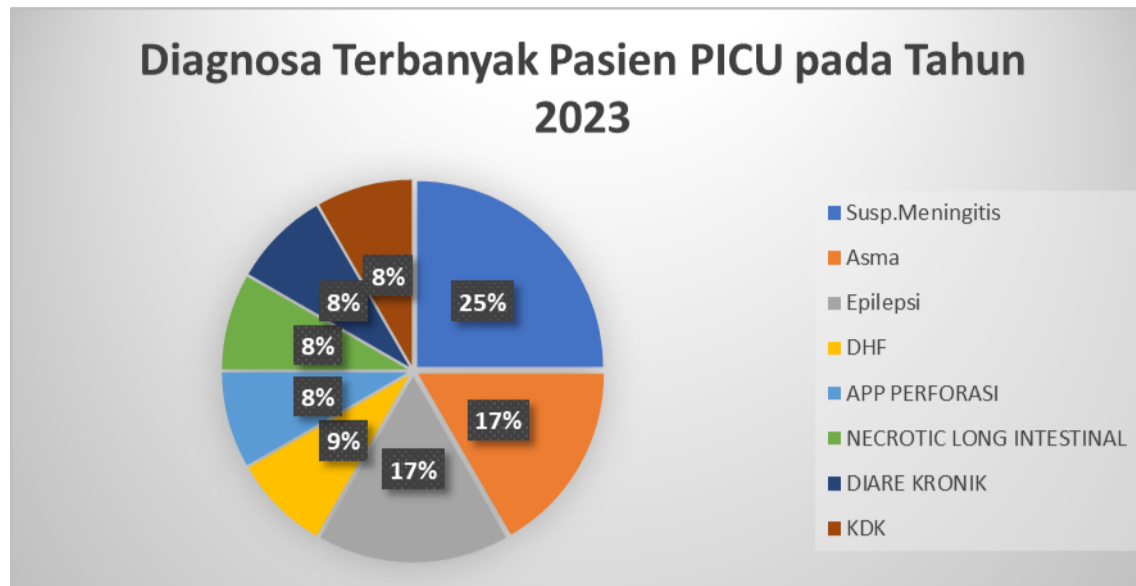
NO	BULAN	PINDAH RUANGAN	RUJUK	APS	MENINGGAL
1	OKTOBER	1	1		
2	NOVEMBER	2	3		1
3	DESEMBER	4	1		
TOTAL		7	5		1

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa jumlah pasien terbanyak PICU berdasarkan status keluar pasien yaitu pasien pindah ruangan sebanyak 7 pasien, paling sedikit pasien meninggal sebanyak

1 pasien.

BBB. Diagnosa Terbanyak pada Unit PICU

Diagnosa Terbanyak pada Unit PICU tahun 2023 sebagai berikut:



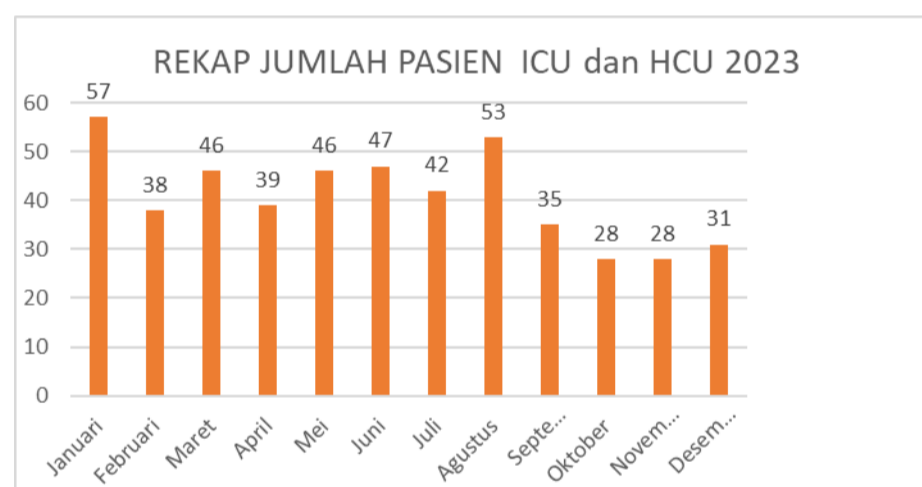
Grafik 5 44. Jumlah Diagnosa Terbanyak PICU pada Tahun 2023

Diagnosa terbanyak pasien PICU pada Tahun 2023 yaitu suspek meningitis sebanyak 25%, Asma dan Epilepsi masing-masing 17 %.

d. HCU (*High Care Unit*) dan ICU (*Intensive Care Unit*)

CCC. Jumlah Kunjungan Pasien ICU (Isolasi dan Non Isolasi) dan HCU

Jumlah kunjungan pasien ICU (Isolasi dan Non Isolasi) dan HCU tahun 2023 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:

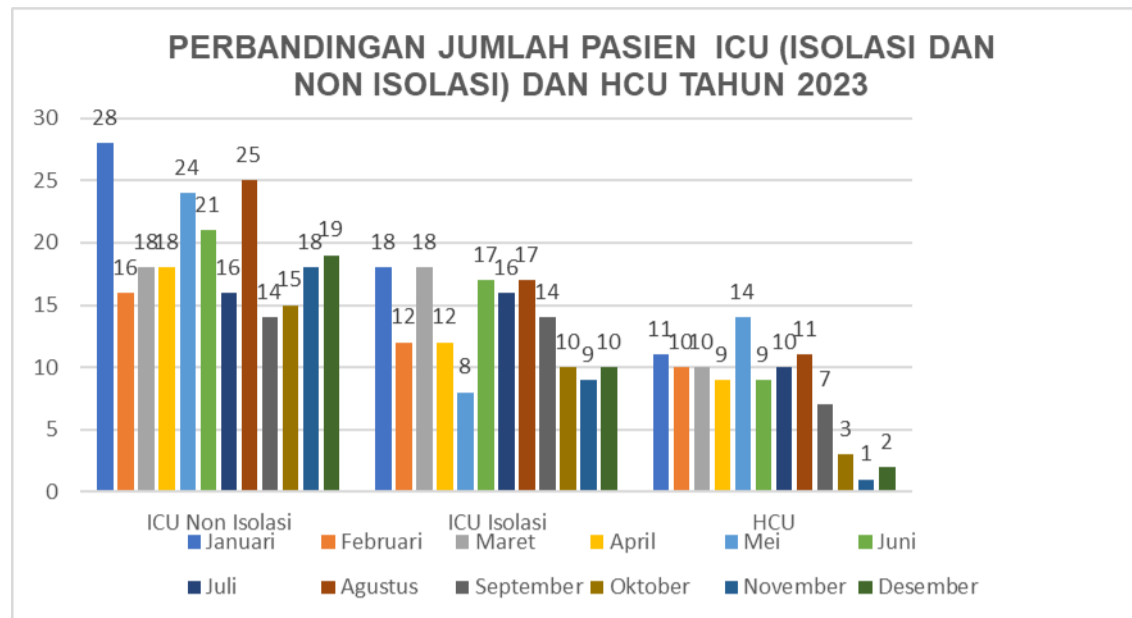


Grafik 5 45. Jumlah Kunjungan Pasien ICU (Isolasi dan Non Isolasi) dan HCU

Jumlah Pasien tertinggi untuk ICU (Isolasi dan Non Isolasi) dan HCU ada pada bulan Januari yaitu sebanyak 57 pasien, paling sedikit di bulan Oktober dan November sebanyak 28 pasien.

DDD. Perbandingan Jumlah Pasien ICU (Isolasi dan Non Isolasi) dan HCU

Perbandingan Jumlah Pasien ICU (Isolasi dan Non Isolasi) dan HCU selama Tahun 2023 dapat terlihat pada grafik diawah ini :



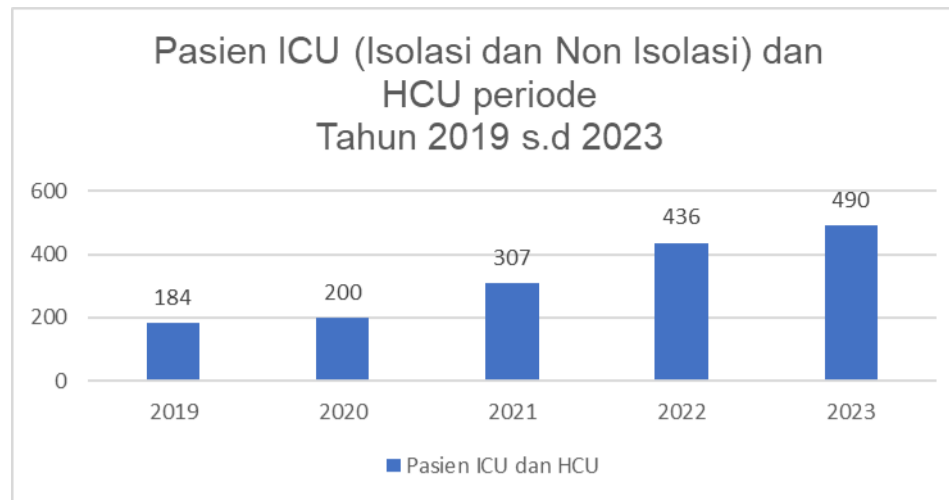
Grafik 5.46. Perbandingan Jumlah Pasien ICU (Isolasi dan Non Isolasi) dan HCU

Jumlah Pasien ICU Non Isolasi tertinggi ada pada bulan Januari yaitu sebanyak 28 Pasien dan yang paling sedikit di bulan September sebanyak 14 pasien. Pada ICU Isolasi pasien tertinggi ada pada bulan Januari & Maret sebanyak 18 Pasien dan yang terendah ada pada bulan Mei sebanyak 8 pasien. Jumlah pasien tertinggi HCU pada bulan Mei sebanyak 14 Pasien dan terendah pada bulan November sebanyak 1 pasien.

EEE. Perbandingan pasien ICU (Isolasi dan Non Isolasi) dan HCU

Periode tahun 2019 s.d 2023

Jumlah Pasien di ICU (Isolasi dan Non Isolasi) dan HCU selama Periode Tahun 2019 s.d 2023, sebagai berikut ;



Grafik 5 47. Perbandingan pasien ICU (Isolasi dan Non Isolasi) dan HCU Periode tahun 2019 s.d 2023

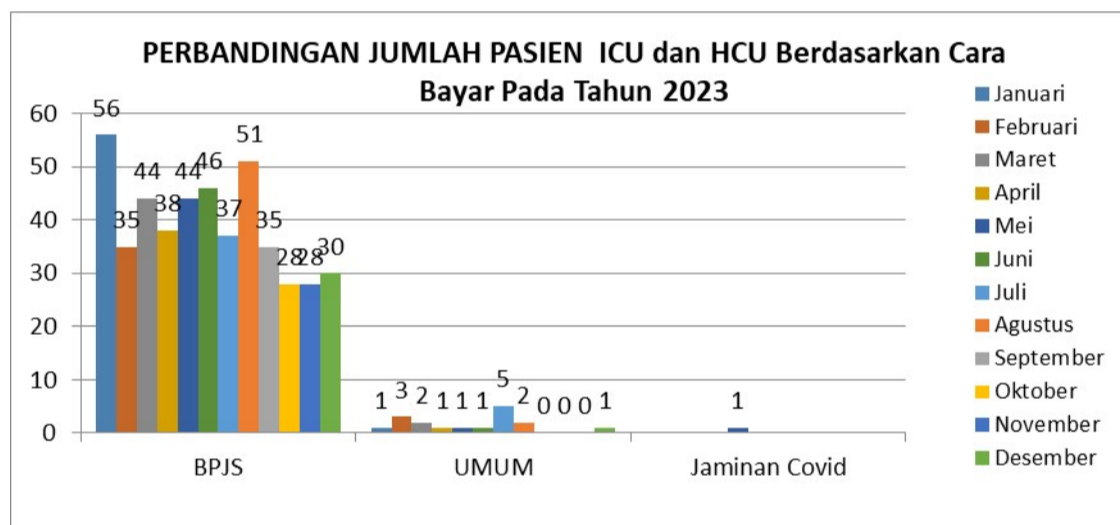
Terlihat adanya peningkatan pasien ICU dan HCU setiap tahunnya , terbanyak di Tahun 2023 sebanyak 490 pasien

FFF. Jumlah Kunjungan Pasien ICU (Isolasi dan Non Isolasi) dan HCU Berdasarkan Cara Pembayaran

Jumlah kunjungan pasien ICU (Isolasi dan Non Isolasi) dan HCU berdasarkan cara pembayaran pasien pada tahun 2023 dapat dilihat

pada grafik dibawah ini

:



Grafik 5 48. Jumlah Kunjungan Pasien ICU (Isolasi dan Non Isolasi) dan HCU Berdasarkan Cara Pembayaran Pasien

Jumlah Pasien berdasarkan cara bayar mayoritas adalah pasien BPJS tertinggi ada pada bulan Januari sebanyak 56 pasien, paling sedikit ada 28 pasien BPJS bulan Oktober dan November, dan pasien Umum paling banyak ada pada bulan Juli yaitu sebanyak 5 pasien.

GGG. Jumlah Pasien ICU (Isolasi dan Non Isolasi) dan HCU Berdasarkan Cara Keluar Pasien

Jumlah Pasien ICU (Isolasi dan Non Isolasi) dan HCU Berdasarkan Cara Keluar Pasien pada Tahun 2023 dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 75. Jumlah Pasien ICU (Isolasi dan Non Isolasi) dan HCU Berdasarkan Cara Keluar Pasien

	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agus	Sept	Okt	Nov	Des	TOTAL
APS	2	2	0	1	1	2	0	4	0	2	2	2	18
MENINGGAL	4	6	6	4	8	5	6	10	7	11	3	4	74
PINDAH RANAP	26	21	32	20	31	24	29	30	19	10	15	17	274
RUJUK	22	5	6	9	4	15	6	10	8	3	7	4	99

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa jumlah pasien ICU (Isolasi dan Non Isolasi) dan HCU berdasarkan cara keluar pasien tertinggi pasien pindah rawat inap biasa dengan kondisi pasien yang mengalami perbaikan keadaan klinisnya sebanyak 274 pasien

HHH. Jumlah Rujukan Pasien ICU (Isolasi dan Non Isolasi) dan HCU ke RS Rujukan/RS Lain

Jumlah rujukan pasien ICU (Isolasi dan Non Isolasi) dan HCU ke RS Rujukan/RS Lain pada Tahun 2023 dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

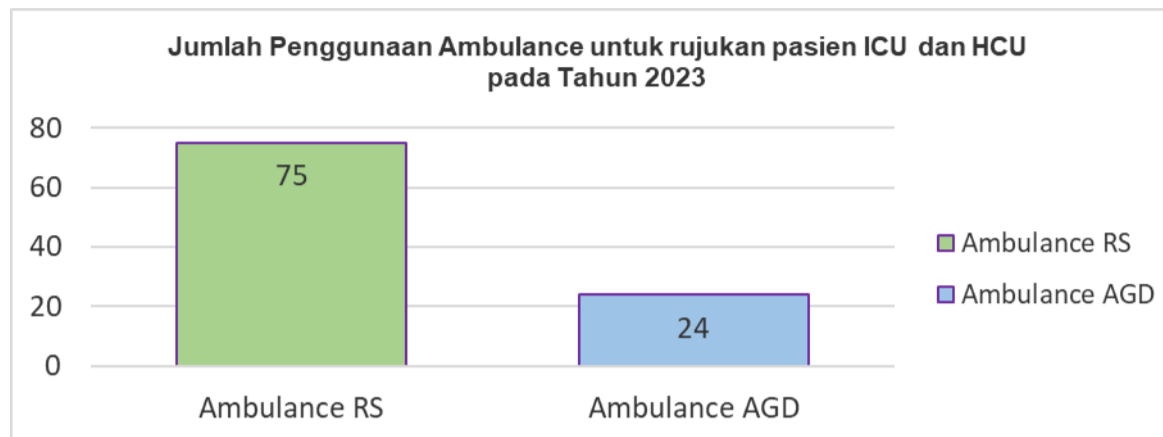
Tabel 76. Jumlah Rujukan Pasien ICU (Isolasi dan Non Isolasi) dan HCU

Nama RS Rujukan	Jumlah	Nama RS Rujukan	Jumlah
RSUD Pasar Minggu	19	rs siloam	2
RS Pelni	12	rs hermina grand wisata	1
RSUD Tarakan	9	rs sari asih ciputat	1
RSUD Pasar Rebo	7	rs cempaka putih	1
RS Hermina Daan Mogot	6	RSUD cengkareng	1
RS Hermina Jatinegara	5	RS Sulianti saroso	1
RS Suyoto	5	rscm	1
RS Jantung Diagram	4	rs jantung jakarta	1
RSUD Duren Sawit	3	rs bina waluyo	1
RS budi asih	3	rs hermina ciputat	1
RS Fatmawati	2	rsud cibinong	1
rs persahabatan	2		

RS rujukan terbanyak dari ICU (Isolasi dan Non Isolasi) dan HCU adalah RSUD Pasar Minggu yaitu sebanyak 19 pasien, RS. Pelni sebanyak 12 Pasien dan RSIUD. Tarakan sebanyak 9 pasien.

III. Jumlah Rujukan Dengan Menggunakan Ambulance RS atau AGD pada Unit ICU dan HCU

Jumlah rujukan pasien ICU (Isolasi dan Non Isolasi) dan HCU dengan menggunakan ambulance RS atau Ambulance AGD Tahun 2023 sebagai berikut :

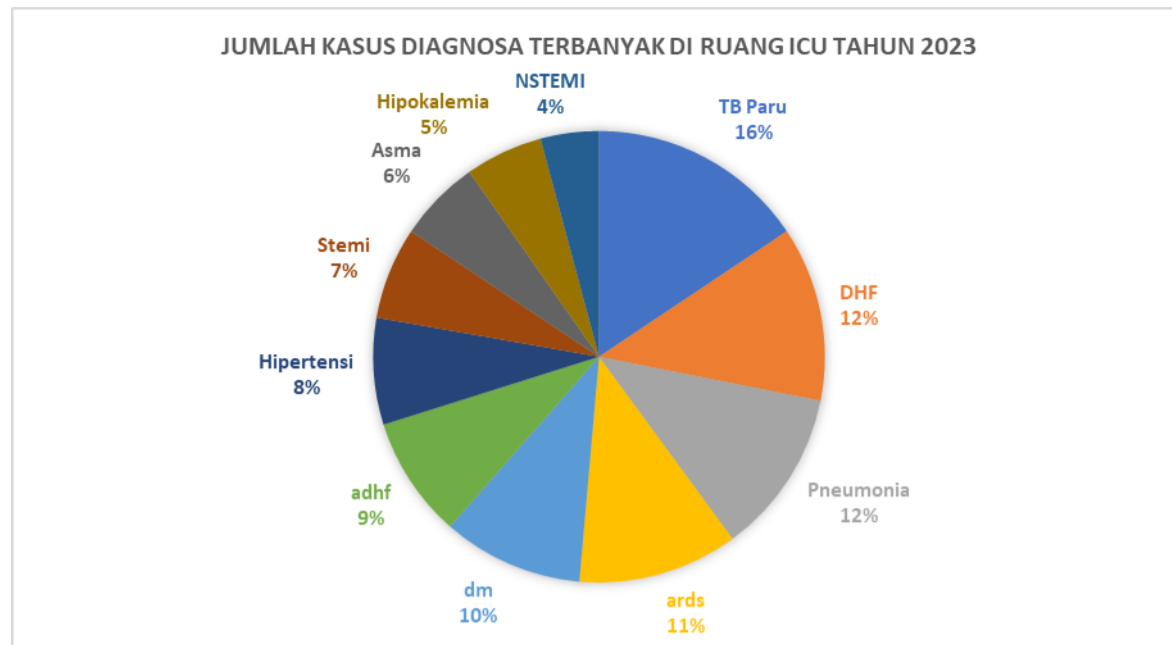


Grafik 5.49. Rujukan Dengan Menggunakan Ambulance RS atau Ambulance AGD pada

Berdasarkan data diatas jumlah penggunaan ambulance untuk rujukan pasien ICU (Isolasi dan Non Isolasi) dan HCU paling banyak menggunakan ambulance RSUD. Pesanggrahan sebanyak 75 rujukan sedangkan ambulance AGD membantu sebanyak 24 rujukan.

JJJ. Diagnosa Terbanyak pada Unit ICU (Isolasi dan Non Isolasi) dan HCU

Diagnosa Terbanyak pada Unit ICU (Isolasi dan Non Isolasi) dan HCU pada Tahun 2023 sebagai berikut;

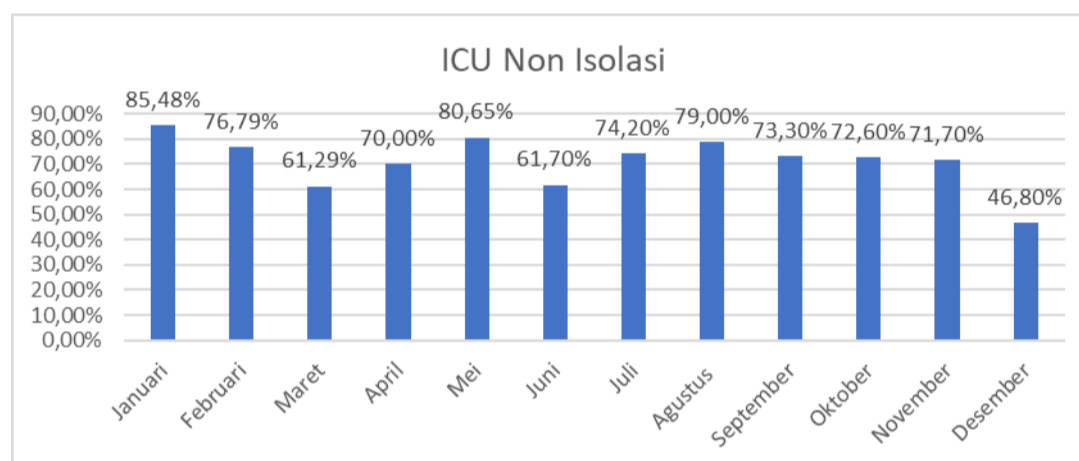


Grafik 5 50. Diagnosa Terbanyak pada Unit ICU (Isolasi dan Non Isolasi) dan HCU

Diagnosa terbanyak sepanjang tahun 2023 di Unit ICU (Isolasi dan Non Isolasi) dan HCU adalah TB paru sebanyak 45 pasien (16%), DHF sebanyak 36 pasien (12%) dan Pneumonia sebanyak 34 pasien (12%).

KKK. Jumlah Bed Occupation Rate (BOR) pada Unit ICU Non Isolasi

Jumlah *Bed Occupation Rate* (BOR) pada Unit ICU Non Isolasi selama Tahun 2023 dapat dilihat pada Grafik sebagai berikut :

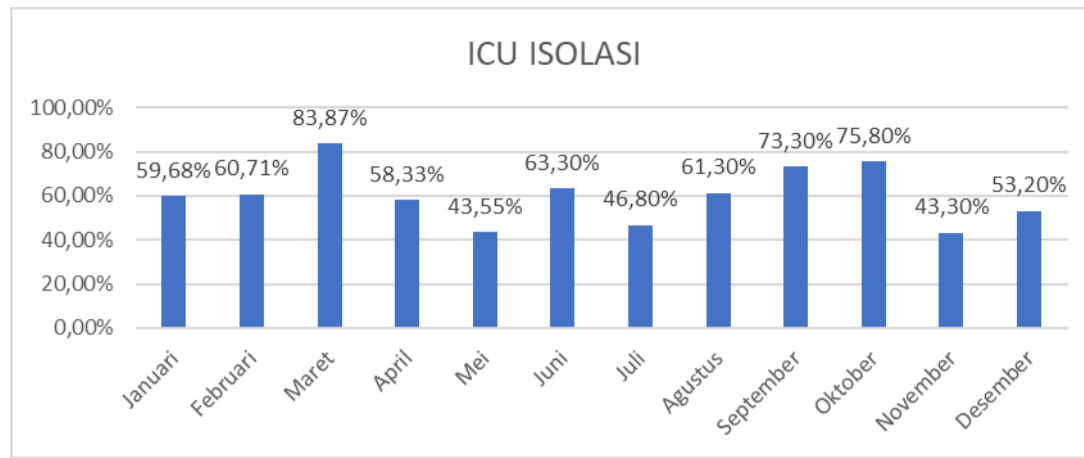


Grafik 5 51. BOR Unit ICU Non Isolasi

Berdasarkan grafik diatas BOR Unit ICU Non Isolasi tertinggi ada pada bulan Januari yaitu sebanyak 85,48% dan paling rendah ada pada bulan Desember sebesar 46,80%.

LLL. Jumlah Bed Occupation Rate (BOR) pada Unit ICU Isolasi

Jumlah *Bed Occupation Rate* (BOR) pada Unit ICU Isolasi selama Tahun 2023 dapat dilihat pada Grafik sebagai berikut :

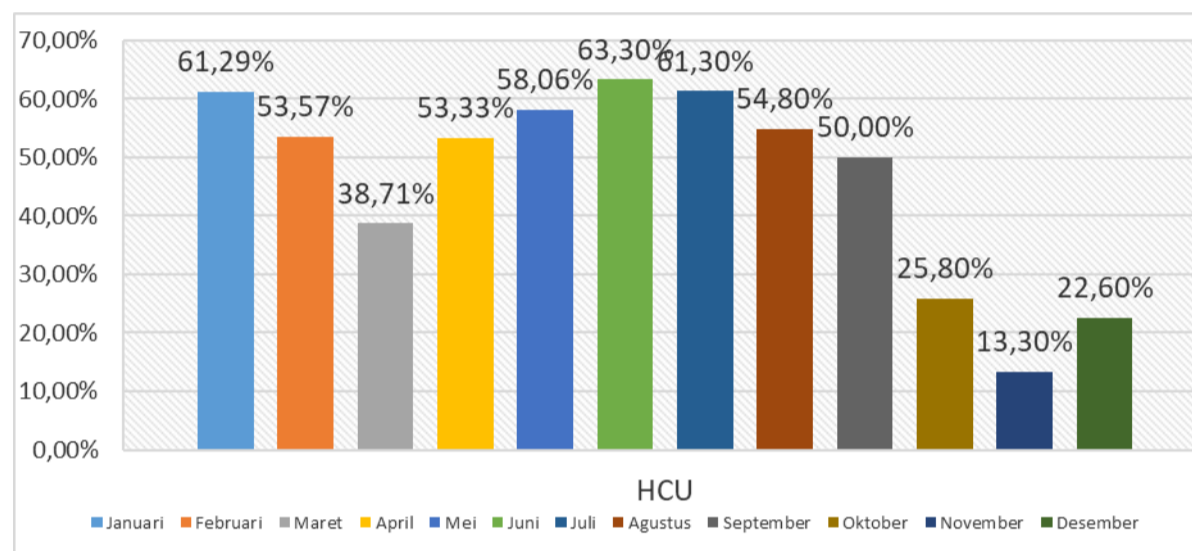


Grafik 5.52. BOR Unit ICU Isolasi

Berdasarkan grafik diatas BOR ICU Isolasi Tertinggi pada bulan Maret yaitu 83,87% paling rendah pada bulan November yaitu 43,30%.

MMM. Jumlah Bed Occupation Rate (BOR) pada Unit HCU

Jumlah *Bed Occupation Rate* (BOR) pada Unit HCU selama Tahun 2023 dapat dilihat pada Grafik sebagai berikut :

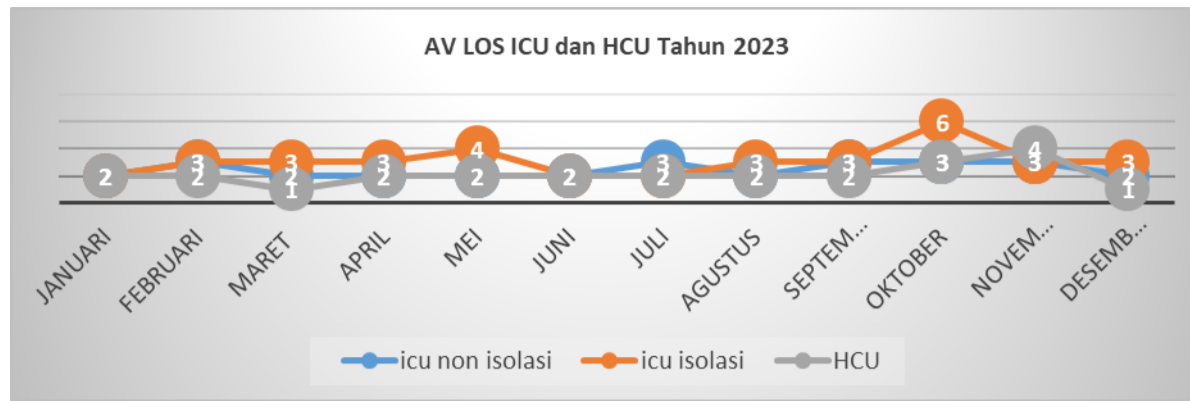


Grafik 5.53. BOR Unit HCU

Berdasarkan grafik diatas BOR Unit HCU tertinggi pada bulan Juni yaitu sebanyak 63,30% paling rendah ada pada bulan November yaitu 13,30%

NNN. Jumlah Average Length Of Stay (LOS) pada Unit ICU (Isolasi dan Non Isolasi) dan Unit HCU

Jumlah *Average Length Of Stay* (LOS) pada Unit ICU (Isolasi dan Non Isolasi) dan Unit HCU Tahun 2023 dapat dilihat pada Grafik sebagai berikut :



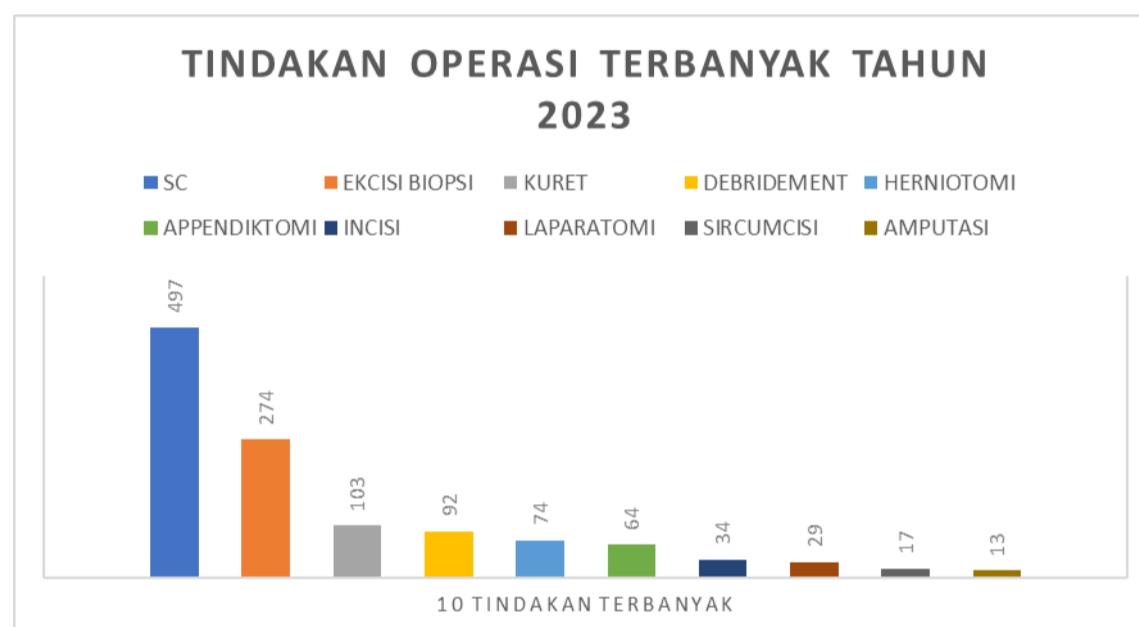
Grafik 5.54. LOS pada Unit ICU (Isolasi dan Non Isolasi) dan Unit HCU

Data rata-rata LOS tertinggi untuk ICU non Isolasi di bulan Juli adalah 3 hari, ICU Isolasi data rata-rata LOS tertinggi yaitu bulan oktober selama 6 hari Karena pasien dengan Ventilator, dan HCU rata-rata LOS tertinggi pada bulan November sebanyak 4 hari.

e. Unit kamar Bedah

OOO. 10 Tindakan Operasi Terbanyak

10 Tindakan Operasi Terbanyak pada Tahun 2023 di Unit Kamar Bedah RSUD Pesanggrahan dapat dilihat pada grafik sebagai berikut ;

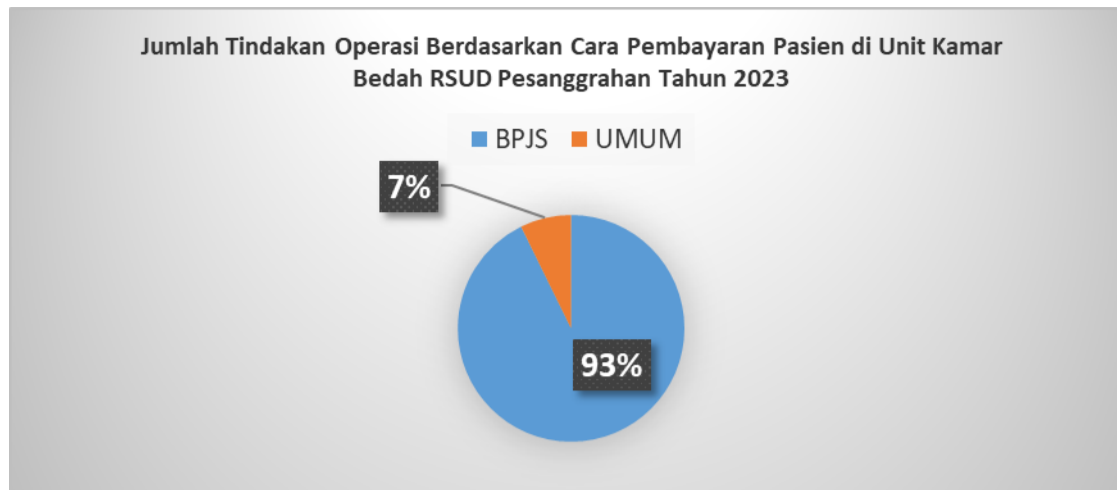


Grafik 5.55. 10 Tindakan Operasi Terbanyak

Jumlah Tindakan Operasi Terbanyak pada Tahun 2023 di Unit Kamar Bedah RSUD Pesanggrahan yaitu tindakan *Sectio Caesaria* (SC) sebanyak 497 tindakan, Eksisi Biopsi sebanyak 274 tindakan dan Kuret sebanyak 103 tindakan.

PPP. Tindakan Operasi berdasarkan cara Pembayaran pasien

Tindakan Operasi berdasarkan cara Pembayaran pasien di unit Kamar Bedah RSUD. Pesanggrahan tahun 2023 sebagai berikut ;

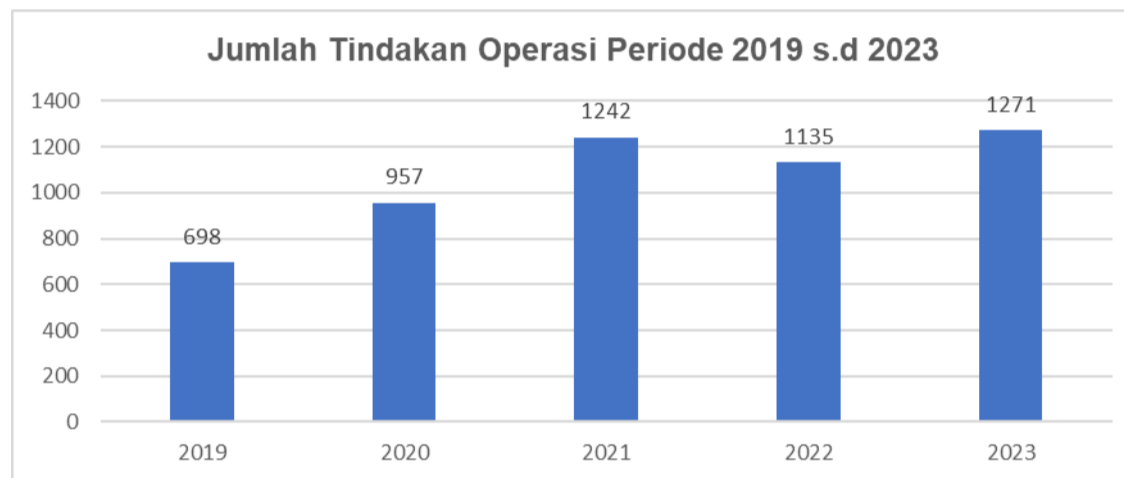


Grafik 5.56. Tindakan Operasi Berdasarkan Cara Pembayaran Pasien

Berdasarkan bagan diatas jumlah tindakan operasi paling banyak yaitu dengan cara pembayaran BPJS sebanyak 93% dari semua jumlah tindakan operasi.

QQQ. Jumlah Tindakan Operasi Pada periode 2019 s.d 2023

Jumlah Tindakan Operasi Pada Tahun 2019 s.d 2023 di Unit Kamar Bedah RSUD Pesanggrahan dapat dilihat pada grafik sebagai berikut;

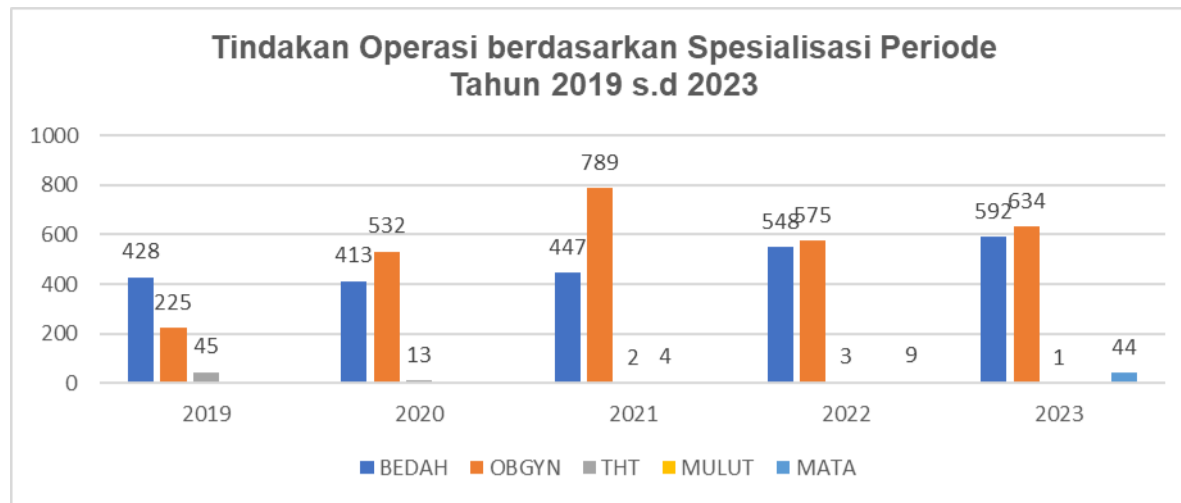


Grafik 5 57. Jumlah Tindakan Operasi pada periode Tahun 2019 s.d 2023

Jumlah Tindakan Operasi Pada Tahun 2023 di Unit Kamar Bedah RSUD Pesanggrahan mengalami peningkatan yaitu sebanyak 1271 tindakan operasi. Meningkat 136 tindakan dari tahun 2022.

RRR. Jumlah Tindakan Operasi Berdasarkan Tindakan Spesialisasi

Jumlah Tindakan Operasi Berdasarkan Tindakan Spesialisasi periode tahun 2019 s.d 2023 sebagai berikut :

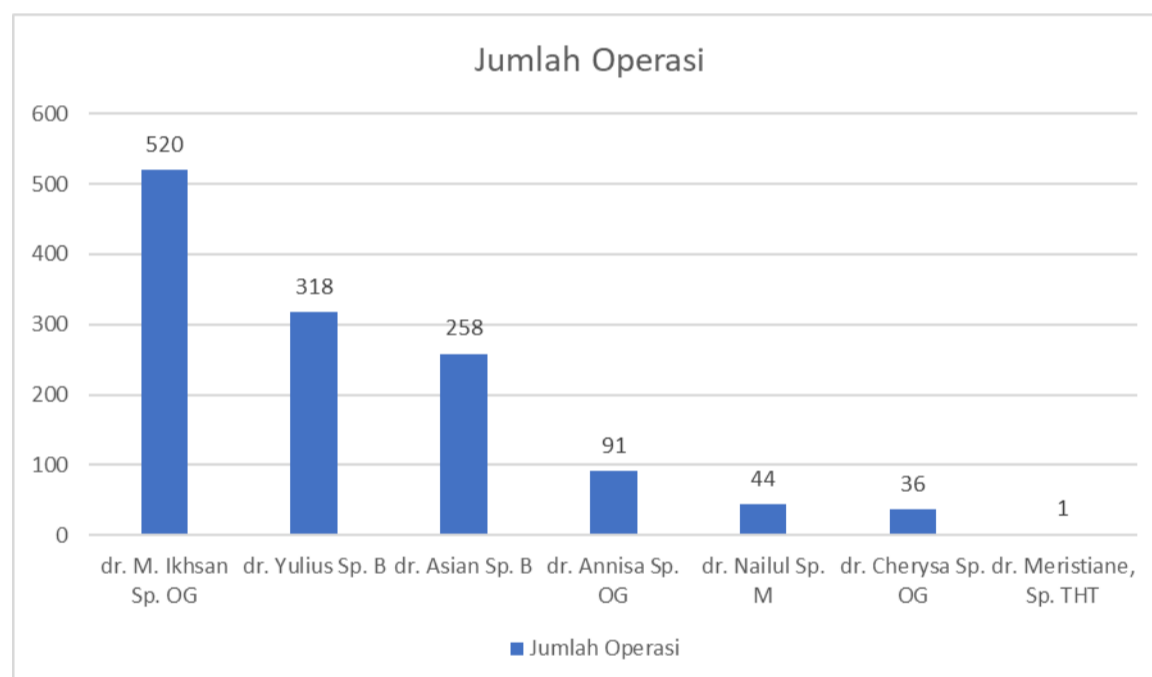


Grafik 5.58. Tindakan Operasi Berdasarkan Spesialisasi Periode Tahun 2019 s.d 2023 di Unit Kamar Bedah RSUD Pesanggrahan

Tindakan Operasi Berdasarkan Tindakan Dokter Spesialis periode Tahun 2019 s.d 2023 di Unit Kamar Bedah RSUD Pesanggrahan selalu didominasi terbanyak oleh dokter Spesialis Obgyn kecuali Tahun 2019 , Tindakan Spesialis Obgyn diurutan kedua setelah Bedah.

SSS. Tindakan Operasi Berdasarkan Nama Dokter Spesialis

Tindakan Operasi Berdasarkan Nama Dokter Spesialis Pada Tahun 2023 di Unit Kamar Bedah RSUD Pesanggrahan dapat dilihat pada grafik sebagai berikut ;

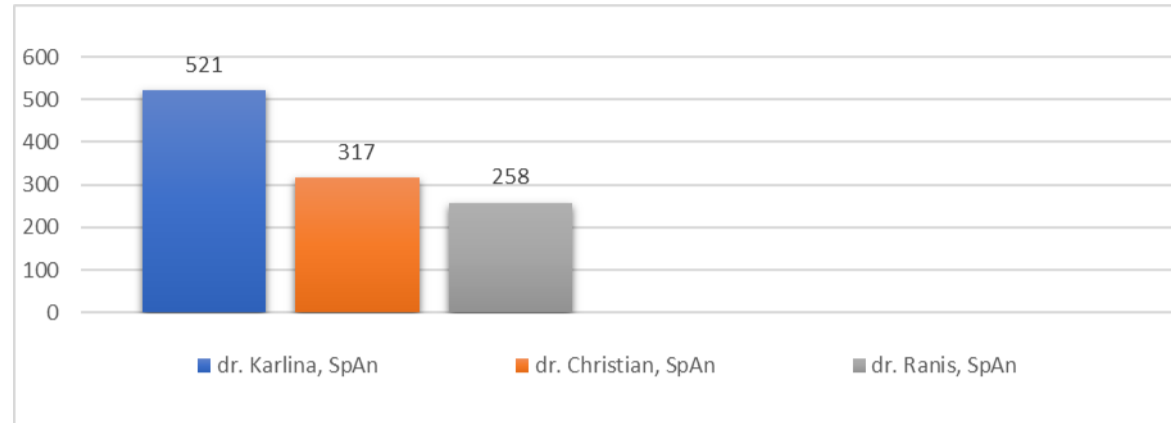


Grafik 5.59. Tindakan Operasi Berdasarkan Nama Dokter Spesialis

Tindakan Operasi paling banyak tindakan dokter spesialis Obgyn yaitu dr. M. Ikhsan. SP. OG sebanyak 520 tindakan operasi pada tahun 2023, dr. Yulius Sp. B sebanyak 318 tindakan operasi dan dr. Asian Sp. B sebanyak 258 tindakan Operasi.

TTT. Jumlah Tindakan Anastesi Dokter Spesialis Anastesi

Jumlah Tindakan Anastesi Dokter Spesialis Anastesi pada Tahun 2023 dapat dilihat pada grafik dibawah ini;

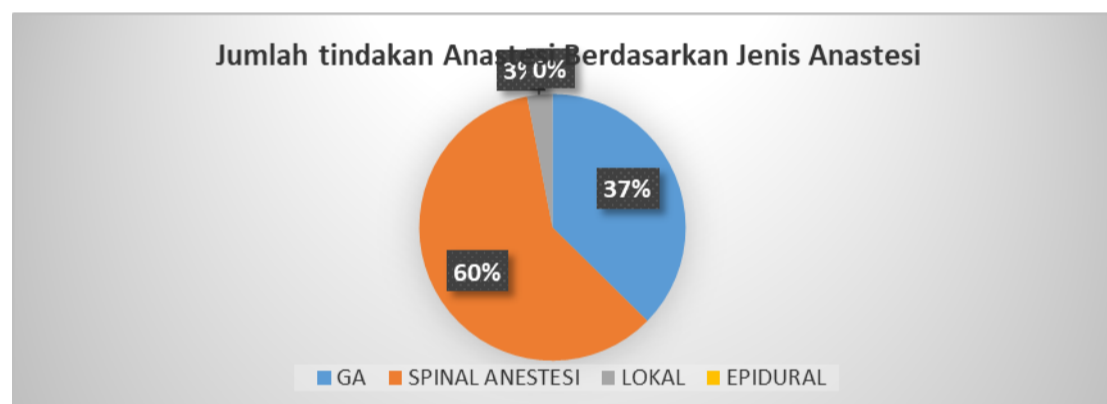


Grafik 5.60. Jumlah Tindakan anastesi Dokter Spesialis Anastesi

Tindakan Anastesi paling banyak yaitu dilakukan oleh dr.Karlina,Sp.An sebanyak 521 tindakan anastesi.

UUU. Jumlah Tindakan Anastesi berdasarkan Jenis Anastesi

Jumlah Tindakan Anastesi berdasarkan Jenis Anastesi di Unit Kamar Bedah Tahun 2023 sebagai berikut ;

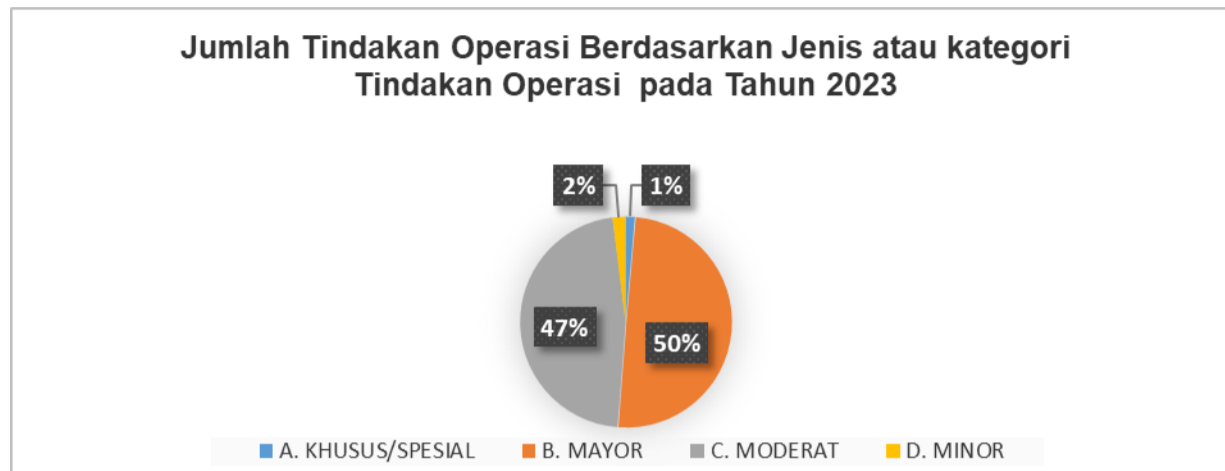


Grafik 5.61. Jumlah Tindakan Anastesi Berdasarkan Jenis Anastesi

Jumlah Tindakan Anastesi terbanyak yaitu spinal anastesi sebanyak 60% dari jumlah tindakan operasi di Unit Kamar Bedah Tahun 2023.

VVV. Jumlah Tindakan Operasi Berdasarkan Jenis atau Kategori Tindakan Operasi

Jumlah Tindakan Operasi Berdasarkan Jenis atau Kategori Tindakan Operasi pada tahun 2023 sebagai berikut;

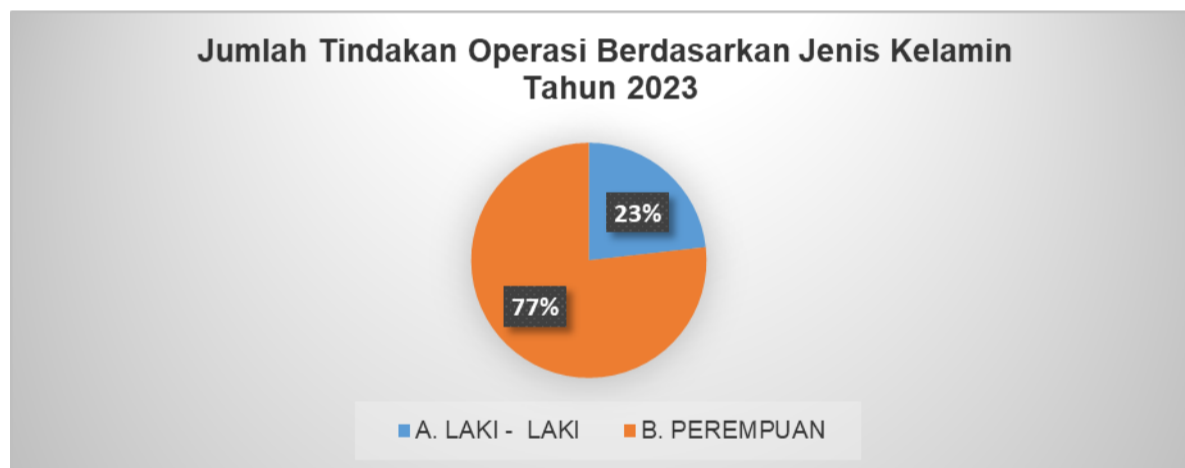


Grafik 5.62. Jumlah Tindakan Operasi Berdasarkan Jenis atau Kategori Tindakan Operasi

Berdasarkan diagram diatas jumlah tindakan operasi berdasarkan jenis atau kategori tindakan operasi pada tahun 2023 paling banyak tindakan operasi mayor sebanyak 50% tindakan.

WWW. Jumlah Tindakan Operasi Berdasarkan Jenis Kelamin

Jumlah Tindakan Operasi Berdasarkan Jenis Kelamin Pasien pada Tahun 2023 di Unit Kamar Bedah RSUD Pesanggrahan sebagai berikut ;

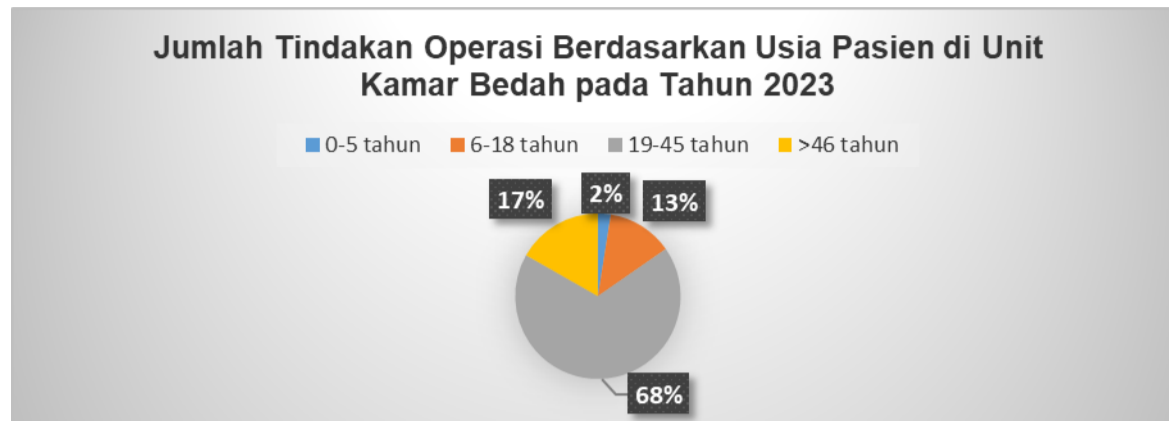


Grafik 5.63. Jumlah Tindakan Operasi Berdasarkan Jenis Kelamin.

Jumlah Tindakan Operasi Berdasarkan Jenis Kelamin Pasien pada Tahun 2023 paling banyak yaitu perempuan sebanyak 77%.

XXX. Jumlah Tindakan Operasi Berdasarkan Usia Pasien

Jumlah Tindakan Operasi Berdasarkan Usia Pasien di Unit Kamar Bedah Tahun 2023 sebagai berikut :



Grafik 5.64. Jumlah Tindakan Operasi Berdasarkan Usia Pasien

Jumlah Tindakan Operasi Berdasarkan Usia Pasien di Unit Kamar Bedah pada Tahun 2023 paling banyak yaitu usia 19-45 tahun yaitu sebanyak 68% dari jumlah operasi.

1. Indikator Kinerja

a. Indikator Pelayanan

Penilaian peningkatan mutu layanan yang diterapkan di lingkup Bidang Pelayanan Penunjang apakah telah memenuhi target. Digunakan berbagai Indikator Mutu Pelayanan yang terdiri dari Indikator Nasional Mutu, Indikator Prioritas Rumah Sakit dan Indikator Mutu Unit Layanan.

• **Indikator Mutu Nasional**

Masih terdapat target dari Indikator Mutu Nasional yang belum tercapai yaitu kepatuhan penggunaan APD dengan target 100 % capaian di bulan April (91%) , Mei (99%) , Juni (99%) , juli (92%) dan September 2023 (99%). Waktu tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi dengan target ≥ 80 % capaian di bulan Februari (50%) , April (40%) , Mei (25%) dan Juni 2024 (54,55%). Waktu Tunggu Rawat Jalan < 60 Menit dengan target ≥ 80 % capaian di Februari (73,61%) dan April 2023 (77,62%). Kepatuhan terhadap clinical pathway dengan target ≥ 80 % capaian di bulan April (33,33 %). Sesuai laporan yang ada, sudah dilakukan tindaklanjut untuk tidak tercapainya indikator mutu tersebut.

Tabel 77. Tabel Indikator Mutu Nasional

No	Unit Pelayanan	Indikator	Target	Jan-23	Feb-23	Mar-23	Apr-23	May-23	Jun-23	Jul-23	Aug-23	Sep-23	Oct-23	Nov-23	Dec-23
1	Komite PPI (semua unit)	Kepatuhan Kebersihan Tangan	$\geq 85\%$	98,06%	98,29%	97,46%	99,59%	99,25%	99,01%	100%	99,59%	100%	98,26%	93,15%	96%
2	Komite PPI (semua Unit)	Kepatuhan Penggunaan APD	100%	100%	100%	100%	91%	99%	99%	92%	100%	99%	100%	100%	100%
3	Perina dan Perawatan Anak lt.4	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4	IGD Kebidanan	Waktu tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi	$\geq 80\%$	83,33%	50%	87,5%	40%	25%	54,55%	88,89%	85,71%	100%	100%	83,33%	87,5%
5	Rawat Jalan	Waktu Tunggu Rawat Jalan < 60 Menit	$\geq 80\%$	88,14%	73,61%	83,11%	77,62%	100%	80,25%	94,86%	90,49%	89,4%	80,1%	86,24%	87,75%
6	Kamar Operasi	Penundaan operasi elektif	<5%	0%	0%	0%	0,8 %	0,82%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
7	Rawat Inap	Kepatuhan waktu visite dokter	$\geq 80\%$	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
8	Rawat Inap	Kepatuhan terhadap clinical pathway	$\geq 80\%$	100%	100%	100%	33,33 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

9	Perina dan Perawatan Anak Lt.4	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh (100%)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
10	Komite PMKP (Semua Unit)	Kepuasan Pasien	>76.61%	99,68%	99,68%	99,68%	99,68%	99,68%	99,68%	93,01%	93,01%	93,01%	93,01%	93,01%	93,01%

• **Indikator Mutu Prioritas**

Terdapat 1 Target dalam Indikator Mutu Prioritas yang belum tercapai untuk Tahun 2023 yaitu dari Unit Pelayanan Poli Mata dengan Indikator Waktu tunggu pelayanan Poli Mata ≤60 menit dengan target > 80% dengan rata-rata realisasi capaian sebesar 67,3%.

Tabel 78. Indikator Mutu Prioritas

No	Unit Pelayanan	Indikator	Target	Jan-23	Feb-23	Mar-23	Apr-23	May-23	Jun-22	Jul-23	Aug-23	Sep-23	Oct-23	Nov-23	Dec-23
1	POLI MATA	Waktu Tunggu Pelayanan Poli mata ≤60 menit	> 80%	76%	61%	59%	61%	59%	79%	71%	62%	64%	68%	68%	80%
2	Poli Penyakit Dalam	Kepatuhan penapisan retinopati diabetik pada pasien DM	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3	Kamar Operasi	Waktu tunggu antrian operasi elektif pada penyakit mata	< 1 minggu	3 hari	3 hari	2 hari	2 hari	2 hari	2 hari	3 hari	2 hari	3 hari	2 hari	0	2 hari
4	IGD	Waktu tanggap pelayanan dokter IGD pada kasus kegawatdaruratan mata ≤5 menit	> 80%	98%	95%	92%	90%	94%	96%	95%	97%	96%	98%	96%	97%

• Indikator Mutu Unit Layanan

Tabel 79. Indikator Mutu Unit Layanan

No	Unit Pelayanan	Indikator	Target	Jan-23	Feb-23	Mar-23	Apr-23	May-23	Jun-23	Jul-23	Aug-23	Sep-23	Oct-23	Nov-23	Dec-23	
1	IGD	Emergency Response time	≤5 menit	2.6 menit	2.4 menit	1.5 menit	2.5 menit	1.9 menit	2.9 menit	2.3 menit	2.9 menit	1.7 menit	2,2 menit	4 menit	2,1 menit	
		Lama Pasien di IGD	≤6 jam	2.6 jam	4.6 jam	3 jam	4.7 jam	3.9 jam	3.1 jam	4.8 jam	4.3 jam	3.9 jam	4,6 jam	5,1 jam	4,5 jam	
		Kematian Pasien <24 jam	≤2/1000	0,004 %	0,006 %	0,004 %	0,60%	0,70%	0,4%	0,70%	1%	0,4 %	0,8%	0,5%	0,6%	
		Kepatuhan skrinning EKG pada pasien >40 tahun	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Ketepatan melakukan TBaK saat menerima instruksi verbal melalui telpon	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cedera Akibat Pasien Jatuh	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Rawat Jalan	Waktu Tunggu Rawat Jalan < 60 Menit	80%	74%	80%	80%	78%	74%	76%	76%	77%	78%	80%	80%	81%	
		Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	99%	99%	99%	99%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3	Rawat Inap Bromelia	Angka Kejadian Plebitis	≤ 5 %	0%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
		Ketepatan Waktu Visite Dokter Spesialis	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		Kejadian Infeksi Daerah Operasi	≤2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
		Angka Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		Ketepatan melakukan TBaK saat menerima instruksi verbal melalui telpon	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		Kepatuhan penggunaan gelang identitas resiko jatuh	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		Kejadian pulang atas permintaan sendiri	≤5%	5%	2%	4%	3,80%	0%	4,1%	3,3%	0%	2,5%	2,5%	1,12%	2,2%	
		Pasien ruang ranap TB yang di obati dengan DOTS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	33,3%

No	Unit Pelayanan	Indikator	Target	Jan-23	Feb-23	Mar-23	Apr-23	May-23	Jun-23	Jul-23	Aug-23	Sep-23	Oct-23	Nov-23	Dec-23
		Pasien ruang ranap TB yang di obati dengan DOTS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	33,3%
		Kamar mandi dengan pengaman pegangan tangan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Angka Kepatuhan Cuci Tangan	≥80%	99%	96%	98%	90%	90%	90%	80%	80%	80%	80%	80%	100%
4	Rawat Inap Adenium (Anak dan Dewasa)	Kepatuhan penggunaan gelang identitas pasien rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		"Ketepatan Melakukan TBak saat menerima intruksi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Angka Kejadian Plebitis	< 5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		Ketepatan identifikasi pasien	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Kepatuhan Cuci tangan	>80%	96%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	9,80%	98%	98%	98%
		Ketepatan waktu visite Dokter	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Kepatuhan pemasangan kancing resiko jatuh pasien rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Kejadian Infeksi Daerah Operasi	≤2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		Kejadian Pulang Atas Permintaan Sendiri	≤5%	3%	0%	0%	3%	0%	1,8%	4,2%	1,3%	3,5%	3,8%	2,9%	0%
		Kamar mandi dengan pengaman pegangan tangan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Tempat Tidur pasien dengan pengaman	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

No	Unit Pelayanan	Indikator	Target	Jan-23	Feb-23	Mar-23	Apr-23	May-23	Jun-23	Jul-23	Aug-23	Sep-23	Oct-23	Nov-23	Dec-23	
5	Rawat Inap Aglonema (Infeksius)	Angka Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		Ketepatan waktu DPJP visite	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Angka kejadian Hais	≤5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		Angka Kepatuhan Cuci Tangan	>80%	96%	96%	96%	90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Ketepatan melakukan TBak saat menerima intruksi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Kejadian Pulang Atas Permintaan Sendiri	≤5%	0,02 %	6%	6%	10%	0%	0%	4,5%	3,7%	2,4%	0%	0%	0%	0%
		Kamar mandi dengan pengaman pegangan tangan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Kejadian Infeksi Daerah Operasi	≤2%	—	0%	0%	0%	0%	0%	16%	16%	50%	0%	0%	0%	0%
		Tempat Tidur pasien dengan pengaman	100%	—	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Angka Kejadian Plebitis	< 5%	—	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		Kepatuhan pemasangan kancing resiko jatuh pasien rawat inap	100%	—	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

No	Unit Pelayanan	Indikator	Target	Jan-23	Feb-23	Mar-23	Apr-23	May-23	Jun-23	Jul-23	Aug-23	Sep-23	Oct-23	Nov-23	Dec-23	
6	Rawat Inap Anthurium (Kebidanan)	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		Kepatuhan Pemasangan Kancing Risiko jatuh	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Ketepatan Melakukan TBaK saat menerima instruksi Verbal via Telepon	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Pelaporan Kejadian reaksi transfusi pada saat transfuse darah	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		Kejadian infeksi pasca Operasi	≤1.5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2,4%
		Angka Kejadian Infeksi Nosokomial	≤1.5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		Angka Kejadian Pasien Jatuh yang Berakibat Kecacatan/Kematian	≤3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		Ketepatan Waktu Visite Dokter Spesialis	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Kepatuhan cuci tangan	100%	100%	100%	100%	99%	99%	98%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Kejadian Pasien Pulang Paksa (APS)	≤3%	0%	0,80%	0,00%	0%	0%	1,4%	0%	0%	1,2%	0%	0,12%	0%	
Kepuasan Pasien Rawat Inap	≥ 90%	95,16 %	97%	96%	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
7	Kamar Bedah (OK)	Penundaan Operasi Elektif	≤5%	0%	0%	0%	1,14%	0,80%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1,11%	
		Waktu Tunggu Operasi elektif	≤ 30 Menit	10 Menit	9,91 menit	11 menit	12,62 Menit	11,09 Menit	11,35 Menit	12,20 Menit	12,26Menit	12,56 Menit	10,64 menit	12,6 menit	12,9 Menit	
		Komplikasi anestesi karena over dosis, reaksi anestesi, salah penempatan ETT	≤6%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
		Pelaksanaan identifikasi (site marking) pasien operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		Pelaksanaan Surgical Safety List pada pasien operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		Kepatuhan cuci tangan (pembedahan)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		Diskrepansi diagnosa pre dan post	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	

No	Unit Pelayanan	Indikator	Target	Jan-23	Feb-23	Mar-23	Apr-23	May-23	Jun-23	Jul-23	Aug-23	Sep-23	Oct-23	Nov-23	Dec-23
		operasi													
		Kepatuhan Pengisian Asesmen Pra Bedah	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Kepatuhan Pengisian Asesmen Pra Anestesi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Kelengkapan pengisian Monitoring Durante Anestesi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Konversi Tindakan Anestesi	≤ 5 %	0,84 %	1,94 %	0,00%	0,80%	1,14%	0,00%	0,00%	1,85	1,08%	1,57%	3,3%	2,22%
		Infeksi Daerah Operasi	≤ 2 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
8	Pelayanan Persalinan (VK)	Pertolongan Persalinan melalui Seksio Caesaria non Rujukan	≤20%	31%	57%	35%	55,00%	8%	52%	5%	0%	0%	0%	0%	8,3%
		Angka Kematian Ibu Bersalin karna Perdarahan	≤1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		Kepatuhan Pemasangan Kancing Resiko Jatuh	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Ketepatan melakukan TBaK saat menerima instruksi verbal melalui telpon	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Kepatuhan cuci tangan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Penyulit	Tim Ponek Terlatih	Tim Ponek Terlatih	Tim Ponek Terlatih	Tim Ponek Terlatih	Tim Ponek Terlatih	Tim Ponek Terlatih	Tim Ponek Terlatih	Tim Ponek Terlatih	Tim Ponek Terlatih	Tim Ponek Terlatih	Tim Ponek Terlatih	Tim Ponek Terlatih	Tim Ponek Terlatih
		Waktu Tanggap Operasi Seksio	80%	83%	50%	65%	40%	25%	54%	33%	21%	4%	50%	66%	100%

No	Unit Pelayanan	Indikator	Target	Jan-23	Feb-23	Mar-23	Apr-23	May-23	Jun-23	Jul-23	Aug-23	Sep-23	Oct-23	Nov-23	Dec-23	
		Sesarea Emergensi														
		Pelayanan Kontrasepsi Mantap Yang Di Lakukan Oleh Sp.Og /Sp.B/Sp.U/Du Terlatih	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		Pelayanan Persalinan Dengan Tindakan Operatif	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
9	Pelayanan Perinatologi	Kemampuan Menangani BBLR (1500-2500 gram)	>70%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		Ketepatan melakukan TBaK saat menerima instruksi verbal melalui telpon	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		Kepatuhan pemasangan kancing resiko jatuh	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		Kepatuhan melakukan Input Sidukun 3 in 1	>80%	88%	80%	85%	90%	81%	81%	84%	86%	80%	100%	100%	100%	81%
		Kemampuan Menangani Bayi Lahir Dengan Asfiksia	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
10	HCU-ICU	Angka Kejadian ISK	≤4,7%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
		Angka Kejadian VAP	≤10%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
		Angka Kejadian Dekubitus	≤5%	8%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	25%
		Angka Kejadian Flebitis	≤5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		Kepatuhan Penggunaan gelang identitas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Indikator Mutu Unit yang belum tercapai di tahun 2023 yaitu dari Unit IGD terkait Kematian Pasien < 24 Jam Death On Emergency (DOE) dengan target <2/1000 dengan capaian pada bulan April (0,60%), Mei (0,7%), Juni (0,4%), Juli (0,7%), Agustus (1%), September (0,4%), Oktober (0,8%), November (0,5%) dan Desember (0,6%). Hal ini dikarenakan salah satu sebabnya sulitnya mencari rujukan ke tipe Rumah Sakit yang lebih lengkap fasilitasnya dikarenakan memang Fasilitas RSUD. Pesanggrahan yang terbatas disamping memang kasus emergensi yang masuk berat serta komplikasi pemberatnya.

Indikator Mutu Unit Rawat Jalan mengenai indikator Waktu tunggu rawat jalan < 60 Menit tidak tercapai pada bulan Januari (74%), April (78%), Mei (74%), Juni (76%), Juli (76%), Agustus (77%) dan September (78%) hal tersebut dikarena kendala sarana, kondisi Rumah Sakit, SDM dan Disiplin Dimana hal tersebut akan diupayakan peningkatannya tahun mendatang. Untuk Indikator ketepatan Identifikasi Pasien belum mencapai target 100 % pada bulan Januari s.d April 2023 dengan rata-rata capaian 99 %. Untuk hal ini akan dipantau dan diingatkan kembali komitmen petugas dilapangan.

Indikator Mutu Unit Rawat Inap Bromelia dari 10 Indikator Unit 9 indikator memenuhi target semua hanya ada 1 indikator mutu di satu bulan terakhir yang belum memenuhi target yaitu indikator terkait Pasien ruang ranap TB yang di obati dengan DOTS Bulan Desember 2023 sebesar 33,33%. Analisisnya karena pasien yang sudah tegak diagnosa TB dipindah rawat ke ruang khusus tekanan negatif di ruang aglonema lantai 2. Hal ini akan ditingkat Kembali tahun berikutnya.

Indikator Mutu Unit Ruang Rawat Inap Adenium (Anak dan Dewasa) dari 11 Indikator Mutu Unit semua memenuhi Target

Indikator Mutu Unit Ruang Rawat Inap Aglonema (Infeksius) dari 11 Indikator Mutu Unit terdapat 2 indikator Mutu Unit yang belum memenuhi Target dan diharapkan dapat ditingkatkan tahun mendatang, yaitu Indikator Mutu Unit Kejadian Pulang Atas Permintaan Sendiri (APS) target $\leq 5\%$ tidak tercapai pada bulan Februari (6%), Maret (6%) dan April (10%) dimana kasus-kasus APS ini memang suatu kendala tersendiri terkait keadaan Pasien dan keluarga, serta Indikator Mutu Unit Kejadian Infeksi Daerah Operasi dengan target $\leq 2\%$ tidak tercapai pada bulan Juni (16%), Juli (16%) dan Agustus (50%).

Indikator Mutu Unit Ruang Rawat Inap Anthurium (Kebidanan) dari 11 Indikator Mutu Unit terdapat 2 indikator Mutu Unit yang belum memenuhi Target dan diharapkan dapat ditingkatkan tahun mendatang, yaitu Indikator Mutu Unit Kejadian Infeksi Paska Operasi dengan target $\leq 1,5\%$ di bulan Desember mencapai 2,4% hal ini akan ditingkatkan Kembali pada tahun mendatang serta indikator Mutu Unit Kepatuhan Cuci tangan dengan target 100% capaian pada bulan April (99%), Mei (99%) dan Juni (98%) Dimana perlu dipantau dan ditekankan Kembali kedisiplinan dari Petugas Kesehatan.

Indikator Mutu Unit Kamar Bedah (OK) dari 12 Indikator Mutu Unit semua memenuhi Target.

Indikator Mutu Unit Ruang Pelayanan Persalinan (VK) dari 10 Indikator Mutu Unit terdapat 2 indikator Mutu Unit yang belum memenuhi Target yaitu Indikator Mutu Unit Pertolongan Persalinan melalui Seksio Caesaria non Rujukan dengan target $\leq 20\%$ tidak mencapai target pada bulan Januari (31%), Februari (57%), Maret (35%), April (55%) dan Juni (52%) hal ini akan menjadi perhatian kedepannya untuk dapat diupayakan mencapai target. Dan Indikator Mutu unit waktu tanggap Operasi seksio Sesaria Emergensi yang mempunyai target 80 % hanya mencapai target di bulan Januari (83) dan di Bulan Desember (100%). Hal ini karena Kendala SDM dimana hal ini akan diupayakan dapat ditingkatkan pemenuhannya tahun- tahun mendatang.

Indikator Mutu Unit Ruang Perinatologi dari 6 Indikator Mutu Unit semua memenuhi Target. Indikator Mutu Unit Ruang HCU ICU dari 5 Indikator Mutu Unit terdapat 1 indikator Mutu Unit yang belum memenuhi Target yaitu Indikator Mutu Unit Angka Kejadian Dekubitus dengan target $\leq 5\%$ tidak mencapai target pada bulan Januari (8%) dan bulan Desember (25%) hal ini akan menjadi perhatian pada tahun mendatang untuk dapat memenuhi target dikarenakan pasien-pasien dengantirah baring lama memang mempunyai resiko besar untuk terjadi decubitus.

i. Laporan Layanan Unggulan RSUD Pesanggrahan 2023

Sesuai dengan Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta Nomor 602 tahun 2021 tentang Pengembangan Pelayanan Unggulan dan Jejaring Layanan Rujukan RSUD dan RSKD Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta :

Tabel 80. Layanan Unggulan RSUD Pesanggrahan 2023

No.	Jenis Layanan Unggulan	No.	Kriteria / Standar	Target	Realisasi	Kekurangan Pemenuhan
I	Layanan Rujukan Jantung Terpadu	1.	Kemampuan Pelayanan	Level III Acute Heart Attack Ready (AHAR)	Level IV Advanced Certification in Heart Failure (ACHF)	Belum adanya IV Fibrinolytics
		2.	Kriteria Standar SDM			Belum tersedia Sp. JP (Sp. PD (K) KV) dan Sp. P
		3.	Kriteria Standar Sarana dan Prasarana			Belum adanya Ruang rawat Khusus Bangsal Jantung
		4.	Kriteria Standar Alat Kesehatan			Belum adanya Treadmill, ECHO, 2-D echo with Dopple)
II	Layanan Rujukan Stroke Terpadu	1.	Kemampuan Pelayanan	Level III Primary Stroke Care Spoke	Level III Primary Stroke Care Spoke	
		2.	Kriteria Standar SDM		Level III Primary Stroke Care Spoke	Belum tersedianya Dokter Umum (ANLS)
		3.	Kriteria Standar Sarana dan Prasarana		Level IV Basic Stroke Care Sub Spoke	Belum memiliki Klinik Nyeri, Ruang Rawat Khusus Bangsal Stroke dan Ruang Intensif Khusus Neuro ICU
		4.	Kriteria Standar Alat Kesehatan		Level III Primary Stroke Care Spoke	
III	Layanan Rujukan Trauma Center	1.	Kemampuan Pelayanan	Level III Primary Trauma Center	Level III Primary Trauma Center	
		2.	Kriteria Standar SDM		Level IV Trauma Center	Belum adanya Sp. OT, Sp. JP dan Sp. P
		3.	Kriteria Standar Sarana dan Prasarana		Level IV Trauma Center	Belum adanya Klinik Nyeri
		4.	Kriteria Standar Alat Kesehatan		Level III Primary Trauma Center	

No.	Jenis Layanan Unggulan	No.	Kriteria / Standar	Target	Realisasi	Kekurangan Pemenuhan
IV	Layanan Rujukan Luka Bakar	1.	Kemampuan Pelayanan	Level II Burn Center	Level II Burn Unit	Belum adanya Skin Graft
		2.	Kriteria Standar SDM		Level III Burn Unit	Belum adanya Sp. KK
		3.	Kriteria Standar Sarana dan Prasarana		Level III Burn Facilities	Belum adanya Klinik Nyeri, Klinik Estetik, Belum adanya Kamar Operasi Tersedia (24/7) dan Bank Darah
		4.	Kriteria Standar Alat Kesehatan		Level II Burn Center	
V	Layanan Rujukan Kesehatan Mata	1.	Kemampuan Pelayanan	Level II Sekunder Kesehatan Mata	Level III Primer	Belum adanya Pemeriksaan SICS & Phaco dan Kapsulotomi dgn YAG Laser
		2.	Kriteria Standar SDM		Level II Sekunder	
		3.	Kriteria Standar Sarana dan Prasarana		Level II Sekunder	
		4.	Kriteria Standar Alat Kesehatan		Level III Primer	Belum ada Alat Retinometri. B-Scan USG dan USGMata
VI	Layanan Rujukan Geriatri	1.	Kemampuan Pelayanan	Level III Pelayanan Geriatri Tingkat Lengkap	Level III Pelayanan Geriatri Tingkat Lengkap	
		2.	Kriteria Standar SDM		Level IV Pelayanan Geriatri Tingkat Sederhana	Belum ada Sp. KJ, Sp. GK, Okupasi Terapis, Psikolog dan Pekerja Sosial
		3.	Kriteria Standar Sarana dan Prasarana		Level IV Pelayanan Geriatri Tingkat Sederhana	Klinik Rehabilitasi Medik Geriatri, Klinik Akupuntur, Ruang Occupational Therapy dan Belum adanya alat ECHO
		4.	Kriteria Standar Alat Kesehatan		Level III Pelayanan Geriatri Tingkat Lengkap	Belum adanya alat Echo
V	Layanan Rujukan Kesehatan Mata	1.	Kemampuan Pelayanan	Level II Sekunder Kesehatan Mata	Level III Primer	Belum adanya Pemeriksaan segmen belakang mata dengan oftalmoskop langsung (direct ophthalmoskope) dan/atau oftalmoskop. Bedah Katarak EKEK + Implantasi IOL. Operasi Katarak ECCE. SICS & Phaco. Pemeriksaan Biometri dan Keratometri. Implantasi Lensa Tanam (IOL) Monofokal dan

No.	Jenis Layanan Unggulan	No.	Kriteria / Standar	Target	Realisasi	Kekurangan Pemenuhan
						Kapsulotomi dgn YAG Laser
VII	Layanan Rujukan Kesehatan Ibu dan Anak	1.	Kemampuan Pelayanan	"Level III Kesehatan Ibudan Anak RSUKelas C	Level III RSU Kelas C	Belum ada 2 Tim PONEK baru 1 ada tim
		2.	Kriteria Standar SDM		Level IV RSU Kelas D	Belum ada tenaga Terapis Okupasi dan Terapi Wicara
		3.	Kriteria Standar Sarana dan Prasarana		Level IV RSU Kelas D	Belum ada Rehab Medik Tumbuh Kembang Anak, Belum ada Kamar Operasi tersedia 24 jam /7 hari, Belum ada Alat ECHO, Belum ada alat HSG dan Belum ada Bank darah / UTD
		4.	Kriteria Standar Alat Kesehatan		Level III RSU Kelas C	Belum ada alat HSG
VIII	Layanan Rujukan Tumbuh Kembang Anak	1.	Kemampuan Pelayanan	Level II Sekunder Pelayanan Tumbuh Kembang Anak	Level III Primer	Belum ada Evaluasi status Mental Anak berdasar wawancara psikiatri pada anak, orang tua, dan keluarga & Evaluasi fungsi dan sistem keluarga serta Belum adanya Test Psikologi
		2.	Kriteria Standar SDM		Kelas II Sekunder	Belum ada Sp. KJ, Belum ada Terapis Wicara / Terapis Okupasi dan Belum ada Psikolog Klinis
		3.	Kriteria Standar Sarana dan Prasarana		Level III Primer	Belum ada Klinik Anak dan Tumbuh Kembang serta Belum ada Rehab Medik Tumbuh Kembang Anak
		4.	Kriteria Standar Alat Kesehatan		Level III Primer	
VII	Layanan Rujukan Kesehatan Ibu dan Anak	1.	Kemampuan Pelayanan	"Level III Kesehatan Ibudan Anak RSUKelas C	Level III RSU Kelas C	
IX	Layanan Rujukan Onkologi Terpadu	1.	Kemampuan Pelayanan	Level III Layanan Rujukan Onkologi Terpadu	Level III Layanan Rujukan Onkologi Terpadu	Layanan Kemoterapi
		2.	Kriteria Standar SDM		Level IV Layanan Rujukan Onkologi Terpadu	

No.	Jenis Layanan Unggulan	No.	Kriteria / Standar	Target	Realisasi	Kekurangan Pemenuhan
		3.	Kriteria Standar Sarana dan Prasarana		Level IV Rujukan Onkologi Terpadu	Belum ada Klinik nyeri dan Belum ada alat Mammografi
		4.	Kriteria Standar Alat Kesehatan		Level IV Rujukan Onkologi Terpadu	Belum ada alat Mammografi
X	Layanan Rujukan Tuberkulosis Resisten Obat	1.	Kemampuan Pelayanan	Level III RSUD Tipe C Rujukan TB RO	Level III Rumah Sakit Umum Kelas C Rujukan TB RO	
		2.	Kriteria Standar SDM		Level IV TB RO	
		3.	Kriteria Standar Sarana dan Prasarana		Level IV TB RO	Belum adanya Klinik TB RO dan Klinik Bronkoskopi
		4.	Kriteria Standar Alat Kesehatan		Level III RSUD Tipe C Rujukan TB RO	
XI	Layanan Rujukan Ginjal Terpadu	1.	Kemampuan Pelayanan	Level III Layanan Rujukan Ginjal Terpadu	Tidak memenuhi Level III Sattelite Kidney Care	Belum ada pelayanan Hemodialisis
		2.	Kriteria Standar SDM		Tidak memenuhi Level III Sattelite Kidney Care	Belum ada Spesialis Urologi
		3.	Kriteria Standar Sarana dan Prasarana		Tidak memenuhi Level III Sattelite Kidney Care	Belum adanya Klinik Ginjal Hipertensi dan Klinik Dialisis
		4.	Kriteria Standar Alat Kesehatan		Level III Sattelite Kidney Care	

ii. **Persiapan Ruang Rawat Inap Standar KRIS Tahun 2023**

Tabel 81. Persiapan Ruang Rawat Inap Standar KRIS Tahun 2023

NO	KRITERIA	KETERANGAN
1	Prioritas bangunan 1. Permukaan lantai terbuat dari bahan yang kuat, halus, kedap air mudah dibersihkan, tidak licin, permukaan rata, tidak bergelombang, dan tidak menimbulkan genangan air 2. Dinding, plafon ruangan, pintu, jendela tidak terdapat lekukan-lekukan dan tidak berpori yang berpotensi menyimpan debu material/bahan pelapis dinding anti bakteri	80-100 % tercapai
2	Ventilasi minimal untuk rawat inap standar 6x pergantian udara per jam (6 ACH) dan rawat inap	Terpenuhi

NO	KRITERIA	KETERANGAN
	isolasi 12x pergantian udara per jam (12 ACH)	
3	Lux Sesuai standar 250 lux untuk penerangan dan 50 lux untuk pencahayaan tidur	Terpenuhi > 90 % (Belum terpenuhi : Bromelia 5 dan 6)
4	Terdapat 2 stop kontak,tidak bercabang dan terdapat nurse call yang terhubung dengan nurse station	Terpenuhi
5	Tersedia Nakas 1 buah per Tempat Tidur	Terpenuhi
6	Suhu ruangan (stabil) : 20-26°C	Terpenuhi
7	Ruang Rawat terbagi-bagi berdasarkan Jenis Kelamin, Usia, Penyakit (Infeksi, Non Infeksi)	Terpenuhi
8	Kepadatan ruang rawat dan kualitas Tempat Tidur A. Jumlah Tempat Tidur <= 4 per kamar B. Antar tepi Tempat Tidur minimal:1,5 M C. TT 2 crank	A. Kehilangan TT (post renovasi) 1 ex anthurium : 16 TT + anth Kebidanan, Aglonema 2 dan 4 , Bromelia 3, Adenium 2 dan 3 : 9 TT) =35 TT (standart kelas C 100 TT). TT tersedia berdasarkan standar minimal KRIS : 38 TT (kurang 22 TT) B. Terpenuhi 20 % C. Total usulan TT minimal 2 crank : 10 TT dewasa 3crank, 21 TT dewasa 2 crank, 7 TT anak 2 crank (38 TT) >>terpenuhi 5 TT di 2023
9	Rel dibenamkan di plafon/ Rel Tirai digantung dengan jarak tepi tirai 30 cm dari lantai dan panjang tirai minimal 200 cm (non porosif)	Terpenuhi sebagian (sudah dikoordinasikan ke bagian linen untuk penghitungan kembali dan usulan memenuhi ketersediaan tirai sesuai standar)
10	Kamar mandi ada tulisan 'disable' , handrail, permukaan lantai tidak licin, terdapat bel pasien yang terhubung ke nurse station	Terpenuhi
11	Setiap ruang rawat inap Memiliki 1 kamar mandi	Terpenuhi
12	Ada outlet oksigen dilengkapi flowmeter dan bedhead	Terpenuhi (kecuali Bromelia 1 bed 4 dan Bromelia 6 bed 2)

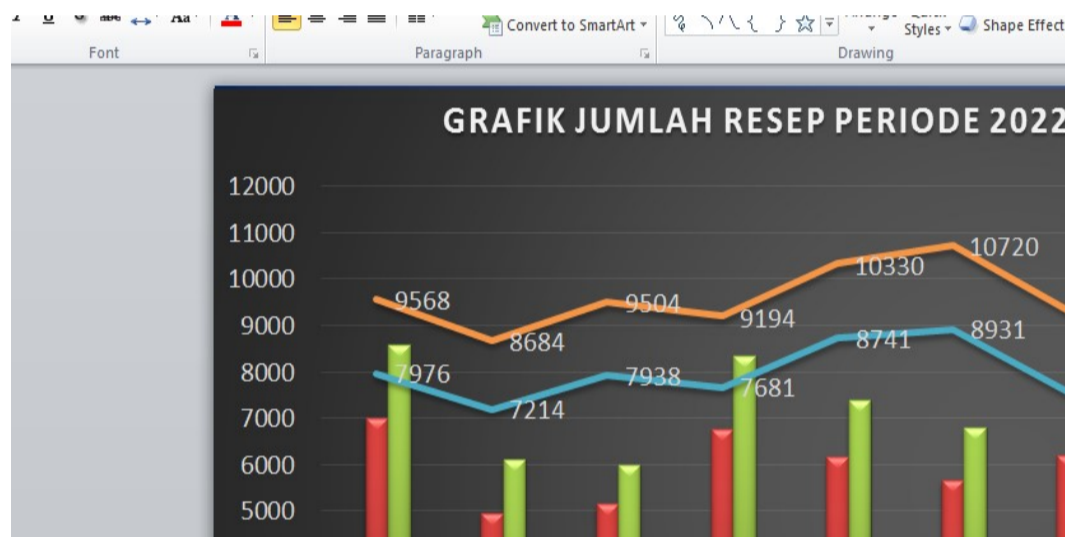
C. PENCAPAIAN TARGET PELAYANAN PENUNJANG MEDIS

1. Pencapaian Target Kegiatan pada tahun 2023

a. Instalasi Farmasi

Berikut ini merupakan hasil capaian program Instalasi Farmasi diantaranya :

1. Rencana Kerja tahun 2023 sebagian besar sudah terlaksana, hanya saja belum ada penambahan pengembangan layanan aseptik dispensing dikarenakan keterbatasan SDM, cuti lahiran serta cuti tahunan
2. Telah melaporkan kegiatan laporan bulanan, LPLPO, Laporan Narkotika, Psikotropika, OOT, Farmasi Klinis, RL, dan Indikator Mutu sesuai timeline
3. Telah melaksanakan Stok Opname rutin bulanan dan dilaporkan melalui pelaporan LPLPO
4. Laporan kunjungan resep Instalasi Farmasi pada tahun 2023, sebagai berikut :



Grafik 5 65. Grafik Kunjungan Resep Instalasi Farmasi

- Jumlah resep Periode Januari – Desember Tahun 2023 terjadi peningkatan yang signifikan dibandingkan Periode Januari – Desember Tahun 2022 karena pada tahun 2023 terdapat penambahan jumlah spesialis penyakit dalam, paru dan obgyn.
- Jumlah resep total terendah ada pada bulan Februari dikarenakan Februari hanya terdapat 28 hari kalender.
- Jumlah resep total tertinggi ada pada bulan Oktober 2023, jumlah pasien berpengaruh terhadap jadwal praktik dokter spesialis dan total hari di kalender 31 hari

- Dengan data total resep Januari – Desember 2023 sudah > total resep dari jumlah resep Januari - Desember pada tahun 2022. Hal ini dikarenakan adanya penambahan jadwal praktik dokter spesialis pada tahun 2023 berpengaruh sangat signifikan dengan total kunjungan berdasarkan total resep
- Jumlah resep tahun 2023 tidak dapat dijadikan parameter meningkatnya jumlah kunjungan karena pada penggunaan sistem baru (Khanza) resep dapat diberikan > 1 / pasien pada tiap kunjungannya (banyak kejadian diberikannya resep / obat tambahan) sehingga data menjadi bias.

5. Laporan Obat Oral Fast Moving

7	GLIMEPIRID 2 MG	128249	GLIMEPIRID 2 MG	KAPSUL	11282	14458	12549	14
8	PARASETAMOL TAB 500 MG	121903	VITAMIN B KOMPLEKS	TABLET	11433	12150	9590	9
9	ALLOPURINOL TAB 300 MG	101681	GABAPENTIN 300 MG	TABLET	9300	9488	8132	7

Grafik 5.66. Daftar Obat Oral Fast Moving

Metformin 500 mg masih berada pada urutan pertama obat oral fast moving di Tahun 2023 sama dengan Tahun 2022 sesuai dengan layanan unggulan RSUD Pesanggrahan yaitu ketersediaan obat DM untuk pasien kronis

Terdapat 1 obat yang mengalami pergeseran daftar obat *fast moving* yaitu Natrium Bicarbonat 500 mg. Perubahan fast moving Natrium Bicarbonat sempat mengalami stok kosong pada peralihan tahun 2022 ke awal tahun 2023 proses permintaan tertunda di pertengahan bulan Januari (tidak masuk kategori life saving / cito yang masuk di permintaan awal januari) sehingga proses pengiriman barang baru tersedia di awal februari

Simvastatin 20 mg tidak tersedia pada bulan Januari karena yang tersedia di ecatalog yaitu sediaan simvastatin 10 mg

6. Laporan Obat Injeksi Fast Moving

7	OMEPRAZOLE INJEKSI	6094	INFUSAN NAACL 0,9 % 100 ML	BOTOL	441	488	488
8	PARASETAMOL INFUS	5985	RANITIDIN INJ	AMPUL	570	500	500
9	AQUA PRO INJEKSI 25 ML	5522	AQUA PRO INJEKSI 25 ML	KOLF	322	464	464
10	INFUSAN NAACL 0,9 % 100 ML	5449	PARASETAMOL INFUS	BOTOL	555	368	368

Grafik 5.67. Daftar Obat Fast Moving Parenteral

Ceftriaxone 1 G inj menjadi urutan pertama obat parenteral *fast moving* periode Januari – Desember 2023. Pemakaian AB ceftriaxone cukup tinggi perlu pengkajian evaluasi pembahasan khusus di Komite PPRA

Terjadi pergeseran urutan pemakaian obat fast moving tetapi tidak merubah daftar 10 obat kategori fastmoving tahun 2022

7. Laporan Obat Oral dan Topikal Slow Moving

7	AKILEN TETES MATA	20	METRONIDAZOLE SIRUP 125 MG/5 ML	BOTOL	0	1	11
8	OAT KATAGORI ANAK	21	SALISIL BEDAK 2 %	POT	0	4	0
9	METRONIDAZOLE SIRUP 125 MG/5 ML	21	MICROLAX SUPP	SUPP	7	9	3

Grafik 5 68. Daftar Obat Oral dan Topikal Slow Moving Parenteral

- Betadine Obat kumur menjadi obat slow moving urutan pertama pada periode Januari – Desember 2023 menggantikan cendo pantocain pada urutan pertama tahun 2022, hal ini dapat dikarenakan betadine obat kumur masuk kategori non-fornas sehingga peresepan hanya dapat sesuai restriksi pada formularium RS yang telah ditetapkan
- Daftar obat Januari – Desember 2022 terjadi pergeseran tren pemakaian obat mata seperti akilen tetes mata sudah tidak masuk ke kategori slow moving tetapi berganti menjadi cendo LFX hal ini dikarenakan efisiensi pemakaian obat mata sehingga digunakan substitusi sediaan dari minidose menjadi botol pada kasus tertentu
- Betadine Obat Kumur, Cendo Pantocain, Ferriz Sirup, dan Metronidazole Sirup stok sudah 0 (kosong / habis)

8. Laporan Obat Injeksi Slow Moving

7	MANITOL 20 % 500 ML	24	NOKUBA/NALOKSON INJEKSI 2ML	AMPUL	0
8	CATAPRES 0,15 MG/ML	29	CATAPRES 0,15 MG/ML	AMPUL	5
9	Bactesyn 1,5 gram (Ampicilin sulbactam)	58	AMIKASIN SULFAT 250 MG/ML	AMPUL	0
10	PHENOBARBITAL INJ	79	Bactesyn 1,5 gram (Ampicilin sulbactam)	VIAL	0

Grafik 5 69. Daftar Obat Parenteral Slow Moving Parenteral

- Meylon 8,4 % 25 ml menjadi obat parenteral slow moving yang menempati urutan pertama pada tahun 2023 menggantikan Nokoba / Nalokson injeksi 2 ml pada Tahun 2022
- Phenobarbital inj terjadi kekosongan stok distributor sehingga sudah tidak masuk ke dalam stok tahun 2023 digantikan dengan sibital inj 50 mg / ml, notrixum masuk kembali permintaan OK stok 2023
- Obat slow moving akan terus dipantau pengeluarannya dan ED-nya (sebagai pertimbangan pengajuan permintaan tahun berikutnya) karena sebagian besar obat slow moving masuk kategori obat kegawatdaruratan yang memang harus disediakan di RS tetapi belum ada kasus / indikasi pasien tersebut seperti digoksin inj, neostigmin, catapress, meylon, phenobarbital inj, dan manitol

9. Laporan Pengeluaran APD

Tabel 82. Tabel Pengeluaran APD

NAMA BMHP APD	SATUAN	JAN	FEB	MAR	APR	MEI
COVERALL GOWN	PCS	0	0	10	15	0
FACE SHIELD	PCS	100	300	200	100	0
GOGGLE KACA MATA PELINDUNG	PCS	0	0	0	0	0
GOWN STANDARD	PCS	53	453	0	5	0
HAIR CAP	PCS	1300	1400	700	1500	800
HEAD COVER	PCS	0	0	0	0	0

- Pengeluaran APD terbanyak periode Januari s/d Desember 2023 adalah Hair cap, masker bedah dan masker N95 hal ini dikarenakan masih tetap sebagai standar pelayanan APD
- Apron disposable masih tinggi digunakan, jika memungkinkan apakah ada proses yang dapat menggunakan Apron reused ?

10. Laporan Obat Death Stock

Tabel 83. Obat Death Stock

OBAT DEATH STOCK PERIODE JANUARI - MEI 2023

Chloroquin 150 mg dan Oseltamivir 75 mg digunakan saat awal adanya pandemi covid 2021, perubahan protab obat menyebabkan chloroquin masuk ke daftar obat death stock pada periode Januari – Mei 2023 sejak Tahun 2021

11. Laporan Obat ED Dekat

Tabel 84. Obat dengan ED dekat

DAFTAR OBAT ED DEKAT				
No.	Nama obat	Satuan	TGL ED	Jumlah
1	Ampicillin Sulbactam 750 mg	Vial	1 / 2024	
2	Fitomenadion 2 mg inj	Amp	1 / 2024	

- Agar dapat dimaksimalkan penggunaannya hingga Desember 2023, dihimbau untuk memaksimalkan pemakaian obat-obat yang disebutkan pada tabel sehingga meminimalisir terjadinya Expired.
- Jika ada obat ED, kuantitas pemakaian periode tahun sebelumnya dapat dijadikan sebagai pertimbangan pengajuan permintaan tahun berikutnya sebagai bentuk evaluasi.

12. Pelaksanaan Farmasi Klinis Instalasi Farmasi

Tabel 85. Pelaksanaan Farmasi Klinis

LAPORAN FARMASI KLINIS PERIOD						
KEGIATAN FARMASI KLINIS	TOTAL TAHUN 2022	JAN	FEB	MAR	APR	MEI
KONSELING	1960	282	369	298	226	218
PTO	62	5	6	8	7	7
VISITE	1960	282	369	298	226	218
	10	3	3	30	15	0

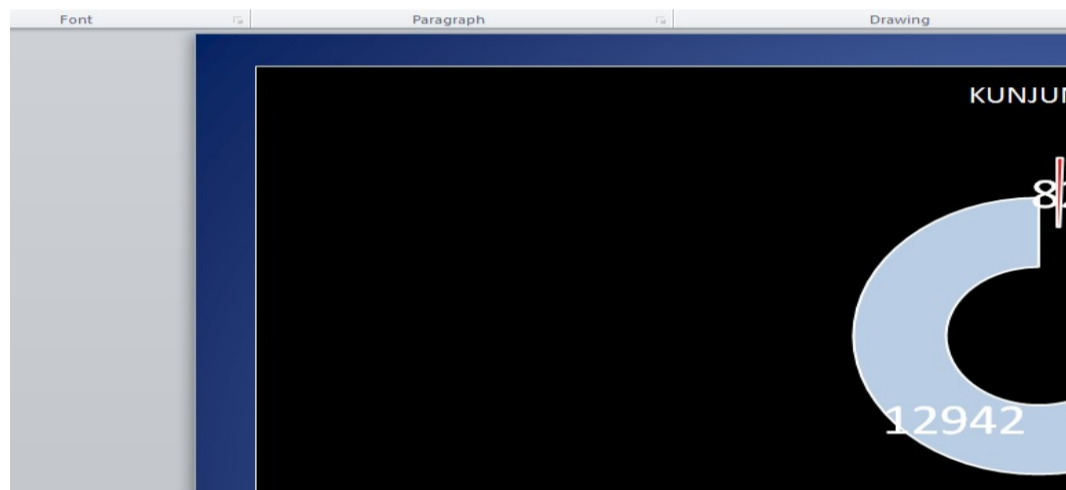
- Berdasarkan data 2023 pelaksanaan Konseling, Visite dan Rekonsiliasi dapat diperkirakan akan mengalami peningkatan 995 (20,24 %) dengan rata-rata pelaksanaan 246 kali per bulan, hal ini dikarenakan sudah tidak ada pembatasan kunjungan ke rawat inap setelah pandemic Covid mengalami penurunan yang signifikan
- Pelaksanaan Aseptik dispensing mengalami penurunan di tahun 2023 sebesar 423 (5,1 %) dengan rata-rata pelaksanaan aseptik dispensing sebanyak 328 kali per bulan, hal ini dapat disebabkan adanya penurunan jumlah pasien yang dirawat di rawat inap aglonema (Isolasi).
- Jika dibandingkan data Tahun 2022, pelaksanaan aseptik dispensing mengalami penurunan yang signifikan. Hal ini dikarenakan aseptik dispensing dilakukan hanya untuk rawat inap isolasi (lantai 2), sehingga penurunan jumlah pasien Rawat Inap Isolasi (Lantai 2) berbanding lurus dengan jumlah pelaksanaan aseptik dispensing

2022 DAN JANUARI				
KEGIATAN FARMASI KLINIS	TOTAL			
	TAHUN 2020	TAHUN 2021	TAHUN 2022	TAHUN JAN - DES 2023
KONSELING	1600	1323	1960	2307
PTO	84	87	62	49
VISITE	1600	1323	1960	2307
	57	44	40	96

Grafik 5 70. Pelaksanaan Farmasi klinis 2020 - 2023

- Kegiatan farmasi klinis konseling, MESO, PTO, Visite, Rekonsiliasi, dan Aseptik Dispensing berkaitan dengan pelaksanaan pelayanan pasien rawat inap
- Kegiatan farmasi klinis PIO dan Ketidaksesuaian resep berkaitan dengan pelaksanaan pelayanan resep rawat jalan dan rawat inap

13. Pelaksanaan Klaim Obat Kronis



Grafik 5 71. Kunjungan Pasien Kronis

- Kunjungan terbanyak pasien kronis periode Januari-september adalah poli dalam, dan kunjungan poli syaraf rata-rata adalah rujukan dari poli dalam.

Tabel 86. Klaim BPJS

BULAN	MENGAJUKAN	TERVERIF	PENDING	PENDING TERCLAM D SELANJUT
ANUARI	Rp 119,491,204	Rp 119,445,277	Rp 45,927	Rp
FEBRUARI	Rp 161,324,659	Rp 161,060,704	Rp 263,955	Rp
MARET	Rp 193,767,749	Rp 193,767,749	Rp -	Rp
APRIL	Rp 141,947,690	Rp 141,947,690	Rp -	Rp
MAY	Rp 197,205,442	Rp 193,595,595	Rp 3,609,847	Rp 3
JUNI	Rp 206,484,572	Rp 205,133,166	Rp 1,351,406	Rp 1
JULI	Rp 224,183,048	Rp 218,344,150	Rp 5,838,898	Rp 2

- Pending dapat ditagihkan dibulan berikutnya. Kunjungan terendah dibulan April 1108 (hari raya idul fitri). Kunjungan tertinggi terjadi di bulan Oktober **1596 kunjungan**. Kenaikan Kunjungan tertinggi terjadi bulan Mei sebanyak 25%. Jumlah tagihan sejalan dengan jumlah kunjungan. Tagihan tertinggi di bulan Oktober Rp.256.193.700. Jumlah tagihan belum final karena baru ditagihkan sampai JULI

Tabel 87. Pendapatan klaim BPJS Pasien Kronis 2020-2023

NOVEMBER	910	Rp 88,422,104	DE
DESEMBER	14588	Rp 1,674,316,424	

- Data 2023 belum sesuai bulan berjalan karena berkas b

- Data 2023 belum sesuai bulan berjalan karena berkas baru dapat diajukan hingga bulan September 2023. Hal ini dikarenakan faktor eksternal (sistem BPJS update harga pada sistem), penagihan sudah dapat ditagihkan 10 hari (kerja) berjalan setelah penagihan terakhir karena pergantian verifikator
- Terjadi peningkatan nilai klaim tiap tahunnya, hal ini dapat dikarenakan semakin bertambahnya jumlah pasien kronis yang berobat di RSUD Pesanggrahan, hal ini selaras dengan semakin banyaknya nominal / item obat perpasien kronis yang diajukan

- Terjadi peningkatan jumlah pasien kronis pada tahun 2023 sebesar 5,48 % (1.692 pasien) dengan rata-rata pasien kronis sebanyak 1.357 pasien / bulan.

b. Instalasi Penunjang Medik

Capaian kegiatan pelayanan Instalasi Penunjang Medik RSUD Pesanggrahan selama tahun 2023 untuk masing- masing Unit Layanan adalah sebagai berikut:

1. Unit Layanan Laboratorium

Pelayanan unit Laboratorium RSUD Pesanggrahan dilakukan oleh 9 (sembilan) orang Analis Kesehatan dibawah pengawasan Dokter Spesialis Patologi Klinik dengan dibantu oleh Kepala Unit. Adapun jenis pelayanan yang dapat dilakukan oleh unit Laboratorium meliputi beberapa pemeriksaan darah, urin dan feses, beberapa pemeriksaan serologi, antigen dan TCM (TB dan HIV) yang dapat dilakukan secara mandiri di ruang unit Laboratorium. Sedangkan untuk pemeriksaan yang tidak dapat dilakukan di unit Laboratorium dilakukan kerjasama dengan beberapa fasilitas pelayanan Kesehatan lainnya. Sehubungan belum tersedianya Bank Darah yang dikelola secara mandiri oleh Unit Laboratorium, maka RSUD Pesanggrahan mengadakan kerja sama dengan Palang Merah Indonesia Wilayah DKI Jakarta untuk seluruh pemenuhan kebutuhan produk darah atau komponen darah bagi pasien yang membutuhkan.

Permintaan Pemeriksaan Laboratorium pada Unit Laboratorium baik dari pasien rawat inap maupun rawat jalan yang dilakukan selama tahun 2023 dapat dibedakan berdasarkan jenis pembayaran yaitu BPJS dan Umum seperti tertuang dalam tabel 82.

Tabel 88. Jumlah Permintaan Pemeriksaan Laboratorium Berdasarkan Jenis Pembayaran

Jumlah Permintaan Pemeriksaan	UMUM	BPJS	2023	2022
Rawat Jalan	6.838	13.219	20.057	18.820
Rawat Inap	47	9.881	9.928	9.417
TOTAL			29.985	29.198

Meskipun sejak tahun 2022 telah diterapkan kebijakan manajemen tentang penetapan pemeriksaan laboratorium yang selektif pada pasien Poliklinik dan UGD dengan sistem pembayaran BPJS, namun dari tabel 5 diatas tetap terlihat adanya peningkatan jumlah permintaan pemeriksaan Laboratorium baik dengan system pembayaran BPJS maupun Umum masing-masing sebesar 6,57% pada pasien rawat jalan dan sebesar 5,42% pada pasien rawat inap. Kebijakan tersebut mengatur agar pemeriksaan laboratorium dilakukan setelah pasien masuk ke rawat inap sehingga pemilihan pemeriksaan laboratorium yang akan dilakukan dapat disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi masing-masing pasien.

Tabel 83 dibawah ini menunjukkan jumlah dan jenis pelayanan laboratorium yang dapat dilayani oleh Unit Laboratorium baik secara mandiri maupun bekerjasama dengan fasilitas kesehatan lainnya pada tahun 2023.

Tabel 89. Jenis Pelayanan Pemeriksaan oleh Unit Laboratorium

	HEMA TOLOGI	KIMIA DARAH	ELEK TROLIT	SERO LOGI	URIN dan FAESSES	TCM	PCR	ANTIGEN	TOTAL
Januari	1538	4679	213	833	364	147	53	435	8262
Februari	1144	3973	160	588	263	97	24	291	6540
Maret	1514	4588	160	716	337	186	22	326	7849
TW I	4196	13240	533	2137	964	430	99	1052	
April	1513	2704	199	525	337	189	27	292	5786
Mei	1570	5524	266	688	443	102	71	341	9005
Juni	1250	4346	190	599	393	102	57	299	7236
TW II	4333	12574	655	1812	1173	393	155	932	
Juli	1222	3948	212	630	257	106	17	316	6708
Agustus	1388	4352	228	739	260	164	16	318	7465
September	1533	4625	235	572	276	146	3	303	7693
TW III	4143	12925	675	1941	793	416	36	937	
Oktober	1470	4355	268	837	360	166	22	310	7788
November	1611	4985	248	928	310	99	29	239	8449
Desember	2094	6481	322	1206	558	129	47	311	10993
TW IV	5175	15821	838	2971	1228	394	98	860	
2023	17847	54560	2701	8861	4003	1633	388	3781	93774
2022	15839	46032	2514	7225	5138	2096	1389	5211	84.055

Secara umum terdapat kenaikan sebesar 4,65% permintaan pemeriksaan laboratorium dibandingkan dengan tahun 2022, dengan presentase peningkatan tertinggi pada pemeriksaan serologi sebesar 10,17%, sedangkan pemeriksaan PCR mengalami penurunan yang cukup signifikan sebesar 1001 pemeriksaan (56,33%). Hal ini kemungkinan dikarenakan telah berkurangnya penemuan kasus COVID-19 dan pencabutan status pandemi

COVID-19 oleh Pemerintah pada tanggal 21 Juni 2023 (Keputusan Presiden Nomor 17 Tahun 2023 tentang Penetapan Berakhirnya Status Pandemi Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) di Indonesia).

Seperti yang telah disampaikan di atas, dikarenakan belum tersedianya Bank Darah di RSUD Pesanggrahan, maka apabila terdapat kebutuhan produk darah atau komponen darah bagi pasien dilakukan pengajuan permintaan kepada Palang Merah Indonesia Wilayah DKI Jakarta, yang kemudian akan diambil oleh petugas dari Unit Laboratorium. Tabel 84 menunjukkan jumlah permintaan produk darah atau komponen darah selama tahun 2023 dalam satuan kantong darah.

Tabel 90. Jumlah Permintaan Produk Darah/ Komponen Darah

Komponen Darah	Jumlah Permintaan	
	2023	2022
<i>Packed Red Cell (PRC)</i>	419	378
<i>Thrombocyte Concentrate (TC)</i>	25	109
<i>Fresh Frozen Blood (FFB)</i>	4	3
<i>Whole Blood (WB)</i>	1	0
<i>Leukoreduce</i>	1	0
Jumlah	450	490

Adapun berdasarkan golongan darah, terdapat 95 permintaan produk/ komponen darah dengan golongan darah A, 143 permintaan dengan golongan darah B, 64 permintaan untuk golongan darah AB dan sebanyak 148 permintaan golongan darah O.

Permintaan produk/ komponen darah terbanyak sepanjang 2023 berasal dari unit rawat inap sebanyak 231 permintaan dan diikuti oleh unit VK (Kebidanan) dengan jumlah sebesar 112 permintaan. Sedangkan permintaan dari unit gawat darurat hanya sebanyak 3 permintaan dan dari unit intensive care (ICU/ HCU) sebanyak 104 permintaan.

Dikarenakan adanya keterbatasan jenis dan jumlah pemeriksaan laboratorium yang dapat dilakukan di Unit Layanan RSUD Pesanggrahan, maka beberapa jenis pemeriksaan diserahkan ke

beberapa Laboratorium Rujukan yang bekerjasama dengan RSUD Pesanggrahan, diantaranya Laboratorium RSUD Pasar Minggu untuk pemeriksaan Patologi Anatomi, sebagian pemeriksaan elektrolit dan Sero-Imunologi. Laboratorium klinik lain yang bekerjasama dengan RSUD Pesanggrahan meliputi Medilab dan Genelab untuk pemeriksaan Polymerase Chain Rapid (PCR) serta Kimia Farma untuk pemeriksaan CD4. Sedangkan untuk pemeriksaan Skrining Hipertiroid Kongenital (SHK) dilakukan di Laboratorium Kesehatan Daerah dan pemeriksaan Campak oleh Suku Dinas Kesehatan Kota Administrasi Jakarta Selatan.

➤ **Permasalahan di Unit Laboratorium :**

- a. Masih terhambatnya kegiatan pengolahan data hasil pelayanan terkendala Sistem Informasi Rumah Sakit dan Sistem Rekam Medis Elektronik yang diterapkan masih belum sempurna sehingga sebagian data tetap harus diolah secara manual;
- b. Integrasi *Laboratorium Information System* (LIS) antar alat pemeriksaan masih menemukan beberapa kendala non-teknis sehingga masih terdapat kesulitan dalam melakukan pemantauan dan evaluasi pelayanan dan pengelolaan spesimen;
- c. Jumlah dan jenis pemeriksaan laboratorium klinik yang tersedia belum lengkap sehingga beberapa pemeriksaan harus dikirim ke Laboratorium Rujukan yang telah bekerjasama;
- d. Belum tersedia Bank Darah Rumah Sakit sehingga pemenuhan kebutuhan produk/ komponen darah masih bergantung pada Palang Merah Indonesia wilayah Jakarta, sedangkan kurir untuk pengambilan produk/ komponen darah ke Palang Merah Indonesia (PMI) sulit tersedia saat pengambilan darah di malam hari;
- e. Keterbatasan jumlah komputer dengan spesifikasi yang memadai yang digunakan untuk mendukung kegiatan administrasi khusus pasca analisa maupun sebagai tempat penyimpanan berkas dan data secara digital;
- f. Masih bercampurnya ruangan antara kegiatan pengambilan sampel dengan kegiatan penyerahan dan penerimaan sampel dari pasien ke petugas laboratorium atau sebaliknya.

2. Unit Layanan Radiologi

Pelayanan Unit Radiologi RSUD Pesanggrahan meliputi pelayanan pemeriksaan konvensional (radiografi polos dan panoramic) dan pemeriksaan ultrasonography (USG), yang dilakukan dibawah pengawasan dokter Spesialis Radiologi sebagai penanggung jawab layanan dibantu oleh Kepala Unit. Adapun pemeriksaan radiografi konvensional dilakukan oleh radiografer untuk kemudian dilakukan pembacaan oleh spesialis Radiologi (selain pemeriksaan panoramic) yang dituangkan dalam bentuk expertise tertulis dan hasil pemeriksaan dalam bentuk digital (melalui sistem Khanza) maupun fisik (untuk pasien Umum dan pasien yang akan dirujuk). Sedangkan pemeriksaan USG dilakukan langsung oleh spesialis Radiologi dengan hasil dituangkan dalam bentuk fisik (print-out hasil pemeriksaan) dan expertise tertulis.

Pemeriksaan radiologi konvensional yang dapat dilakukan di Unit Radiologi RSUD Pesanggrahan meliputi radiografi kepala (cranium dan sinus paranasalis), thorax, abdomen, musculoskeletal (termasuk ekstremitas superior-inferior dan pelvis), dan spine serta pemeriksaan panoramic. Adapun pemeriksaan ultrasonography (USG) yang dilayani di Unit Radiologi meliputi pemeriksaan USG kepala, thorax, abdomen, musculoskeletal (termasuk soft-tissue) dan vascular.

Unit Radiologi RSUD Pesanggrahan melayani permintaan pemeriksaan berdasarkan permintaan baik dari internal (rawat jalan dan rawat inap) maupun eksternal. Adapun jenis pembayaran pemeriksaan radiologi yang dilakukan pada tahun 2023 meliputi BPJS, umum/ pribadi, dan Jaminan Covid-19. Tabel 85 menunjukkan jumlah kunjungan pasien yang dilakukan pemeriksaan radiologi selama tahun 2023.

Tabel 91. Jumlah Pemeriksaan Radiologi Unit Radiologi RSUD Pesanggrahan Tahun 2023

	Umum	BPJS	Jaminan Covid-19	MCU Karyawan	Total
Januari	353	564	1	-	918
Februari	313	499	0	-	812
Maret	368	556	2	-	926
TW I	1034	1619	3	0	2.656
April	233	474	3	-	710
Mei	425	653	5	-	1.083

Juni	301	550	1	-	852
TW II	959	1677	9	0	2.645
Juli	327	477	0	-	804
Agustus	331	590	0	-	921
September	428	579	1	-	1.008
TW III	1086	1646	1	0	2.733
Oktober	353	559	0	-	912
November	236	423	0	135	794
Desember	85	232	0	-	317
TW IV	674	1214	0	135	2023
2023	3.753	6.156	13	135	10.057
2022	2.402	5.297	1.484	-	9.438

Berdasarkan tabel diatas terdapat peningkatan kunjungan di Unit Radiologi sebesar 6,6% dibandingkan tahun 2022. Mulai tahun 2022 sudah terlihat penurunan pemeriksaan pasien suspek atau terkonfirmasi Covid-19 dengan meredanya situasi pandemi Covid-19 dan semakin menurun pada tahun 2023. Terdapat peningkatan jumlah pasien umum dan BPJS yang melakukan pemeriksaan radiologi selama tahun 2023. Pada tahun bulan Oktober-November 2023 juga telah dilaksanakan pemeriksaan MCU untuk karyawan RSUD Pesanggrahan

Tabel 92. Jenis Pemeriksaan Radiologi Unit Radiologi RSUD Pesanggrahan

Jenis Pemeriksaan	TW I	TW II	TW III	TW IV	2023	2022
Thorax	1379	1406	1449	1017	5251	5271
Ekstremitas Atas/film	74	57	84	48	263	286
Ekstremitas Bawah/film	169	181	141	119	610	584
Abdomen	69	78	64	44	255	232
Kepala	62	15	14	15	106	60
Spine	135	151	150	174	551	490
Dental (gigi)	0	0	0	0	0	0
Panoramic (gigi)	418	400	448	357	1623	1115
USG	349	362	398	405	1514	1342
Jumlah	2655	2650	2748		10173	9380

Dari tabel 86 di atas terlihat penurunan pemeriksaan radiografi thorax, seiring dengan berakhirnya status pandemi COVID-19. Pemeriksaan ultrasonography (USG) mengalami peningkatan, yang dimungkinkan karena dalam 2 (dua) bulan akhir tahun 2023 pelayanan USG dilakukan 6x (enam kali) dalam seminggu. Secara keseluruhan terjadi peningkatan jumlah pemeriksaan radiologi pada tahun 2023 walaupun tidak terlalu signifikan.

➤ **Permasalahan di Unit Radiologi :**

- a. Hasil pemeriksaan USG belum dapat dimasukkan ke dalam Khanzadan masih harus dicetak;
- b. Belum dapat dilakukan layanan pemeriksaan radiologi di Unit Gawat Darurat dan Unit Rawat Inap karena belum tersedianya Unit Mobile X-Ray;
- c. Rentannya kerusakan alat radiologi khususnya alat dan mesin karenasuhu ruangan sering tidak memenuhi persyaratan disebabkan pendingin ruangan (AC) yang tidak berfungsi dengan semestinya (bocor/ mati);
- d. Keterbatasan ruang dan peningkatan kompetensi radiographer apabila terdapat penambahan alat pemeriksaan sesuai pengembangan pelayanan rumah sakit berdasarkan ketetapan Dinas Kesehatan, seperti pemeriksaan mammografi dan CT-scan;
- e. Petugas Proteksi Radiasi hanya 1 (satu) orang sehingga apabila tidak hadir/ tidak dapat bekerja dengan maksimal maka pelaksanaan proteksi radiasi akan terhambat.

3. Unit Layanan Fisioterapi

Fisioterapi merupakan layanan penunjang yang dilaksanakan berdasarkan permintaan dari Dokter Spesialis Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi menggunakan alat modalitas sesuai dengan terapi yang diminta berdasarkan dignosa penyakit pasien. Pada bulan Oktober-Desember 2023 telah dilakukan perluasan dan pemindahan ruang fisioterapi disertai penambahan beberapa modalitas yaitu Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS), Parafin bath, sepeda statis dan Quadiceps sett sehingga jenis pelayanan yang dapat dilakukan bertambah. Dengan adanya perluasan ruangan dilakukan penambahan tempat tidur tindakan dari 3 buah menjadi 5 buah sehingga pelayanan pasien dapat dilakukan lebih maksimal.

Tabel 93. Jumlah Kunjungan Pasien Unit Fisioterapi Tahun 2023

Jenis Pembayaran	BPJS		UMUM	
	RAJAL	RANAP	RAJAL	RANAP
Januari	652	23	22	0
Februari	632	22	17	0
Maret	666	6	17	0
TW I	1950	51	56	0
April	444	13	21	0
Mei	626	19	28	0

Juni	525	26	39	0
TW II	1595	58	88	0
Juli	541	17	78	0
Agustus	643	18	57	0
September	600	34	34	0
TW III	1784	69	169	0
Oktober	653	23	32	0
November	658	12	34	0
Desember	671	5	59	0
TW IV	1982	30	125	0
2023	7.311	208	438	0
2022	5.681	89	244	0

Dari tabel 91 di atas dapat dilihat bahwa terjadi peningkatan kunjungan pasien rawat jalan sebesar 30,78% pada tahun 2023, baik jumlah pasien BPJS (sebesar 28,69%) maupun dengan pembiayaan umum (sebesar 70,50%). Terlihat pula peningkatan yang signifikan pada pasien umum.

Tabel 94. Jumlah Tindakan Terapi pasien Rawat Jalan Tahun 2023

Jenis Tindakan	TW I	TW II	TW III	TW IV	TOTAL	
					2023	2022
TENS	2000	1675	1914	2047	7636	5782
Infra Red (IR)	1273	983	1160	1060	4476	3700
Ultrasound	754	730	846	988	3318	2376
Chest Therapy	38	28	43	3	112	12
Exercise	18	19	27	29	93	25
Parafin Bath	0	0	0	11	11	0
SWD	0	0	0	81	81	0
Jumlah	4083	3435	3990	3972	15.727	11.895

Terlihat kenaikan jumlah pada masing-masing jenis tindakan terapi yang dapat dilakukan di Unit Fisioterapi RSUD Pesanggrahan dari tabel diatas. Dengan adanya perluasan ruangan maka mulai bulan November 2023 tindakan short-wave diathermy (SWD) telah dapat dilaksanakan, begitu pula dengan penambahan alat Parafin bath yang mulai diperkenalkan kepada pasien per Desember 2023.

Pemberian terapi terhadap pasien rawat inap mulai dilaksanakan sejak akhir tahun 2022, namun masih terkendala dengan keterbatasan tenaga maka selama tahun 2023 baru dapat dilakukan pada 208 pasien, yang mengalami peningkatan sebesar 133,70 % dibandingkan tahun sebelumnya.

➤ **Permasalahan di Unit Fisioterapi :**

Sebagian permasalahan pada Unit Fisioterapi telah dapat diatasi dengan adanya perluasan ruangan dan penambahan modalitas, namun masih terdapat beberapa hal yang perlu mendapatkan perhatian, yaitu:

- a. Sistem tagihan klaim layanan fisioterapi khusus pasien BPJS dengan banyak berkas yang perlu dilengkapi masih dilakukan secara manual.
- b. Rekapitulasi laporan pelayanan perhari masih dilakukan secara manual.
- c. Pemanggilan pasien secara manual dengan jarak ruang tunggu pasien yang cukup jauh.
- d. Peningkatan kompetensi petugas belum terselenggara dengan memadai.

4. Unit Rekam Medis

Cakupan kegiatan di Unit Rekam Medis adalah Pelayanan Pendaftaran dan Pelayanan Rekam Medis seluruh pasien yang dilayani seluruh Unit Layanan, meliputi pasien Instalasi Gawat Darurat dan Rawat Jalan, Rawat Inap serta Layanan Penunjang.

Pelayanan Pendaftaran pasien merupakan layanan administrasi dimulai dari penerimaan dan pendataan pasien yang akan mendapatkan perawatan baik rawat jalan maupun rawat inap, termasuk penjadwalan dan konfirmasi baik terhadap pasien yang hadir langsung (offline) maupun melalui media elektronik (online) yang baru diterapkan mulai bulan Juli 2022. Selain melaksanakan administrasi BPJS dan administrasi sehubungan pelepasan informasi rekam medis, staf pendaftaran juga melakukan pemberian informasi dan edukasi kepada pasien.

Pelayanan Rekam Medis meliputi retrieval (pengembalian/ penarikan), distribusi dan penyimpanan serta retensi berkas rekam medis pasien, assembly, analisis, coding, pengindeksan, korespondensi sehubungan pelepasan informasi serta pelaporan data dan informasi pelayanan.

Mulai tahun 2020 di RSUD Pesanggrahan telah diterapkan rekam medis secara elektronik namun pelaksanaannya masih perlu dievaluasi secara berkala. Pada bulan September 2023 telah

dilakukan pemusnahan berkas Rekam Medis non-aktif tahun 2015-2017 sebanyak 29.591 berkas dan saat ini proses digitalisasi berkas aktif masih berlangsung. Hingga akhir tahun 2023 terdapat 18.596 berkas yang telah dipilah, 16.853 berkas yang telah di-scan dan 16.065 berkas yang telah di-rename. Sedangkan jumlah berkas yang telah di digitalisasi secara keseluruhan mencapai jumlah 23.250 berkas.

Tabel 95. Jumlah Pendaftaran Pasien Tahun 2023

No	Bulan	Poli dan Penunjang (RaJal)			Total RaJal	IGD	Total
		Offline	Online				
			Hadir	Batal			
1	Januari	2886	4375	804	7261	1199	8460
2	Februari	2208	3886	2467	6094	1030	7124
3	Maret	2745	4333	1104	7078	1205	8283
4	April	2114	3104	869	5218	1489	6707
5	Mei	3279	4315	1034	7594	1285	8879
6	Juni	2599	3875	800	6474	1244	7718
7	Juli	1928	3890	681	5818	1185	7003
8	Agustus	2944	4086	694	7030	1225	8255
9	September	3124	3842	676	6966	1380	8346
10	Oktober	3341	4147	710	7488	1330	8818
11	November	2969	3992	721	6961	1419	8380
12	Desember	3123	3960	760	7083	1333	8416
Jumlah		33.260	47.805	11.320	81.065	15.324	96.389

Tabel 93 menunjukkan jumlah pendaftaran pasien RSUD Pesanggrahan Tahun 2023 baik melalui Rawat Jalan (secara offline maupun online), yang meliputi poliklinik dan layanan penunjang, maupun melalui UGD. Sebanyak 11.320 pasien (19%) batal berobat dikarenakan salah tanggal pendaftaran, salah pemilihan poli, dokter batal praktek, pasien tidak datang maupun melakukan pendaftaran ganda.

Tabel 96. Jumlah Kunjungan Pasien Berdasarkan Cara Pembayaran

UNIT	BPJS	Umum	Jaminan COVID	Lain-lain	2023	2022
UGD	5541	9173	22	6	14.742	14.038
Poli Rawat Jalan	50.843	14.340	0	277	65.460	58.309
TOTAL					80.202	72.347

ain: MCU non-JKN, MCU K3, BPJS Ketenagakerjaan, Jasa Raharja dan Karyawan

Dari tabel 94 terlihat bahwa jumlah terbesar kunjungan pasien ke RSUD Pesanggrahan dibiayai dengan sistem pembayaran BPJS

yaitu sebesar 70,3%, sedangkan sisanya merupakan pasien Umum atau membayar pribadi serta menggunakan sistem pembayaran lainnya. Terdapat peningkatan kunjungan pasien pada poliklinik rawat jalan dan UGD secara keseluruhan sebanyak 10,8% dibandingkan dengan tahun 2022.

Pasien yang menjalani perawatan inap di RSUD Pesanggrahan justru mengalami peningkatan dibanding tahun 2022 sebesar 2,6% (122 pasien) dengan total sebanyak 5078 pasien dan total pasien pulang sebesar 4729 pasien. Rata-rata jumlah hari perawatan (ALOS) sebesar 32 hari dengan lama rawat rata-rata 32 hari. Jumlah pasien yang menjalani operasi di RSUD Pesanggrahan sebanyak 1270 pasien dengan jumlah terbanyak menjalani operasi besar (639 pasien). Jumlah tersebut meningkat sebesar 11,9% dibandingkan tahun sebelumnya. Secara umum juga terlihat adanya peningkatan presentase kelengkapan pengisian formulir oleh para petugas yang berwenang dibandingkan tahun 2022.

Tabel 97. Kelengkapan Pengisian Formulir Unit Rawat Inap

TAHUN	2022					2023				
	TOTAL BRM	Ada		Tidak Ada	Presentase	TOTAL BRM	Ada		Tidak Ada	Presentase
		Lgkp	Tdk lgkap				Lgkp	Tdk lgkap		
MEDIS										
Identitas pasien (Nama, No RM, Tgl Lahir, NIK)	4086	2768	229	1089	92%	4503	3101	114	1289	96%
Isi form (Tgl, Waktu & SOAP)	4086	1890	1108	1088	63%	4503	2622	593	1288	82%
Autentifikasi form (Ttd & Nama Terang PPA)	4086	1760	1235	1091	59%	4503	2728	487	1288	85%
PERAWAT/BIDAN										
Identitas pasien (Nama, No RM, Tgl Lahir, NIK)	4086	2510	105	1471	96%	4503	2696	20	1787	99%
Isi form (Tgl, Waktu & SOAP)	4086	2132	483	1470	82%	4503	2585	132	1787	95%
Autentifikasi form (Ttd & Nama Terang PPA)	4086	2018	595	1473	77%	4503	2427	289	1787	89%
PENUNJANG										
Identitas pasien (Nama, No RM, Tgl Lahir, NIK)	4086	2130	107	1849	95%	4503	2075	11	2417	99%
Isi form (Tgl, Waktu & SOAP)	4086	1863	374	1849	83%	4503	1742	343	2418	84%
Autentifikasi form (Ttd & Nama Terang PPA)	4086	1605	630	1852	72%	4503	1578	506	2420	76%
ADMISI										
Identitas pasien (Nama, No RM, Tgl Lahir, NIK)	4086	3961	105	20	97%	4503	4445	54	5	99%
Isi form (Tgl, Waktu & SOAP)	4086	3728	339	19	92%	4503	4452	46	5	99%
Autentifikasi form (Ttd & Nama Terang PPA)	4086	3324	743	19	82%	4503	4325	172	6	96%

Tabel 98. Kelengkapan Pengisian Formulir Unit Rawat Jalan

BULAN	JML PASIEN	JML PASIEN BATAL	DIAGNOSA TDK LENGKAP	CARA PULANG TDK LENGKAP	PRESENTASE
JANUARI	6398	207	335	168	92%
FEBRUARI	5679	187	257	110	93%
MARET	6489	206	231	45	96%
APRIL	4783	164	36	40	98%
MEI	6734	233	29	52	99%
JUNI	5968	211	22	48	99%
JULI	6297	183	210	45	96%
AGUSTUS	6545	190	207	43	96%
SEPTEMBER	6281	194	348	160	92%
OKTOBER	6984	243	255	10	96%
NOVEMBER	6570	209	211	8	97%
DESEMBER	6856	134	133	4	98%
TOTAL	75584	2361	2274	733	96%

Tabel 99. Kelengkapan Pengisian Formulir Unit Gawat Darurat (UGD)

BULAN	JML PASIEN	JML PASIEN BATAL	DIAGNOSA TDK LENGKAP	CARA PULANG TDK LENGKAP	MACAM KASUS TDK LENGKAP	PRESENTASE
JANUARI	1199	38	222	101	123	62%
FEBRUARI	1030	33	172	97	109	62%
MARET	1349	30	195	123	171	63%
APRIL	1252	30	116	114	134	70%
MEI	1310	43	184	157	140	62%
JUNI	1244	36	96	55	209	70%
JULI	1197	26	67	75	78	81%
AGUSTUS	1258	34	140	78	85	75%
SEPTEMBER	1413	31	159	111	102	73%
OKTOBER	1367	40	146	111	151	69%
NOVEMBER	1175	39	69	24	67	86%
DESEMBER	1362	34	73	14	13	92%
TOTAL	15156	414	1639	1060	1382	72%

➤ **Permasalahan di Unit Rekam Medis :**

- a. Masih terdapat ketidaklengkapan pengisian data pasien pada SIM-RS;
- b. Masih ditemukannya ketidaklengkapan pengisian Rekam Medis oleh para pemberi asuhan (PPA) ;
- c. Masih terdapat nomer Rekam Medis ganda (double number);
- d. Pengerjaan laporan masih bersifat manual dengan format laporan yang berubah-ubah serta belum adanya tenaga yang kompeten dalam melakukan analisis kualitatif rekam medis;

- e. Proses alih media rekam medis dari berkas hardcopy menjadi berkas softcopy mengalami hambatan karena keterbatasan jumlah mesin pemindai (Document Scanner);
- f. Keterbatasan ruangan, dimana berkas Rekam Medis Pasien (dalam bentuk buku manual) belum dapat dimusnahkan karena masih harus diretensi sesuai ketentuan; sedangkan proses alih media rekam medis menjadi berkas softcopy masih berjalan. Selain itu gudang formulir dan ruangan rekam medis masih bergabung;
- g. Letak ruangan rekam medis dan loket pendaftaran berbeda lantai sehingga koordinasi dan efisiensi SDM terganggu. Belum adanya petugas khusus sehingga petugas pendaftaran merangkap sebagai operator telepon RS;
- h. Masih terdapat kendala teknis pada sistem pendaftaran online maupun sistem Khanza yang menyebabkan hambatan dalam pelayanan;
- i. Menu penarikan data dari sistem informasi rumah sakit 'Khanza' masih terbatas sehingga beberapa data pelayanan masih harus dikumpulkan secara manual

5. Unit Gizi dan Pengolahan Pangan

Tugas utama Unit Gizi dan pengolahan pangan adalah menyiapkan mengolah dan menyediakan makanan pasien yang sedang dirawat inap agar kebutuhan gizinya terpenuhi guna mengembalikan dan meningkatkan daya tahan tubuh pasien sehingga dapat mendukung proses kesembuhan.

Pemberian diet (makanan) pada pasien rawat inap yang diselenggarakan oleh Unit Gizi dan Pengolahan Pangan disesuaikan berdasarkan kebutuhan dan kondisi masing-masing pasien, yang meliputi diet Lunak, diet tinggi kalori tinggi protein (TKTP), diet rendah garam, diet tinggi kalium, diet rendah serat dan diet khusus pasien DM. Selama tahun 2023 telah dilakukan pemberian makan pada 4.370 pasien rawat inap di RSUD Pesanggrahan, yang mengalami peningkatan sebesar 14,5%. Namun, berdasarkan jumlah porsi makan yang diberikan justru mengalami penurunan sebesar 34,3% (18.461 porsi), yang disebabkan sudah tidak diberikannya snack untuk pasien.

Jumlah kunjungan pasien pada poli Gizi pada tahun 2023 mengalami penurunan sebanyak 38,7% (121 pasien) dengan jumlah

total 3777 pasien, yang disebabkan banyak pasien yang tidak melakukan kunjungan ulang karena sudah menerapkan pola hidup seimbang. Poli Gizi juga memberikan konseling penyelenggaraan diet pada pasien baik rawat jalan maupun rawat inap, dengan jumlah terbanyak pada pasien Diabetes Mellitus (DM) yaitu sebesar 76,3 %. Namun bila dibandingkan dengan tahun sebelumnya, jumlah konseling diet pasien DM mengalami penurunan sebesar 13,6% sedangkan diet untuk pasien selain DM (termasuk pasien anak dengan gizi buruk, obesitas dan penyakit metabolik lainnya) justru mengalami peningkatan sebesar 13,6%. Ketepatan pemberian makan pasien khususnya diet DM mengalami kenaikan sebesar 0,2% dengan adanya E-DPMP hingga mencapai 99,7%. Terjadi peningkatan jumlah pasien gizi buruk yang dirawat di RSUD Pesangrahan sebanyak 10x dibandingkan tahun sebelumnya.

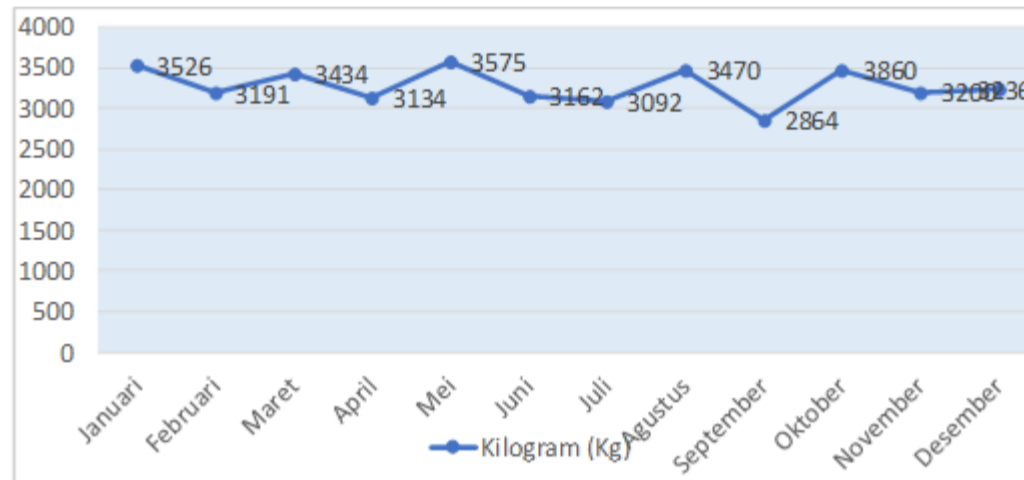
➤ **Permasalahan di Unit Gizi dan Pengolahan Pangan**

- a. Lokasi dapur pengolah makanan pasien terpisah dari area Rumah Sakit sehingga proses distribusi pasien menjadi lebih rumit karena diperlukan waktu transportasi makanan dari dapur menuju area rumah sakit;
- b. Tidak adanya instalasi gas di ruang pengolahan sehingga apabila regulator gas yang digunakan tidak sesuai akan terjadi penundaan dalam pengolahan makanan;
- c. Belum tersedia dapur susu yang memadai;
- d. Suplier bahan makanan yang tidak sesuai kebutuhan sehingga bahan makanan yang digunakan dalam penyediaan makan pasien masih kurang berkualitas;
- e. Masih banyaknya makanan pasien yang bersisa karena tidak habis dimakan oleh pasien;
- f. Belum tersedia fasilitas air panas (heater) di area pencucian alat makan/ masak kotor
- g. area pembuangan air limbah dari pencucian alat makan kotor dilengkapi dengan 'Grease Trap'; portable, yang kurang memadai
- h. Pengadaan formulir skrining gizi yang belum memadai.

c. Instalasi Penunjang Non Medis

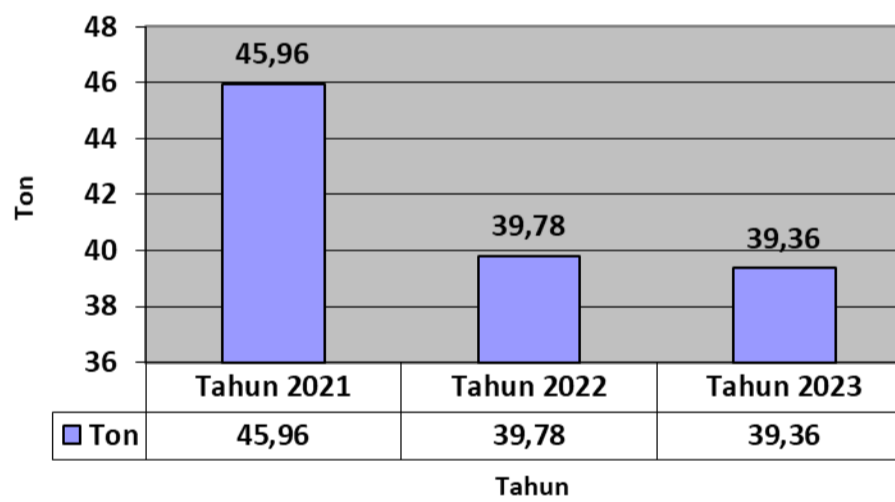
1. Unit Laundry

- a. Menghitung stock opname linen setiap 3 bulan sekali, dan tidak ditemukan adanya linen yang hilang.
- b. Membuat permintaan barang terkait chemical kepada penanggung jawab Rumah Tangga setiap bulan.
- c. Melakukan pengambilan linen kotor dan pendistribusi linen bersih ke seluruh unit setiap hari pagi (2 siklus) dan sore (2 siklus).
- d. Jumlah timbangan cucian linen pada tahun 2023 sebesar 39.364 Kg/tahun dengan rata-rata hasil jumlah pencucian 3280 Kg/bulan.



Grafik 5.72. Grafik Timbangan Linen

- e. Perbandingan jumlah timbangan cucian linen pada tahun sebelumnya yaitu :



Grafik 5.73. Grafik Perbandingan Timbangan Linen

- f. Melakukan pemusnahan barang linen yang sudah tidak dapat digunakan kembali atau rusak berat, dan sudah dibuatkan Berita

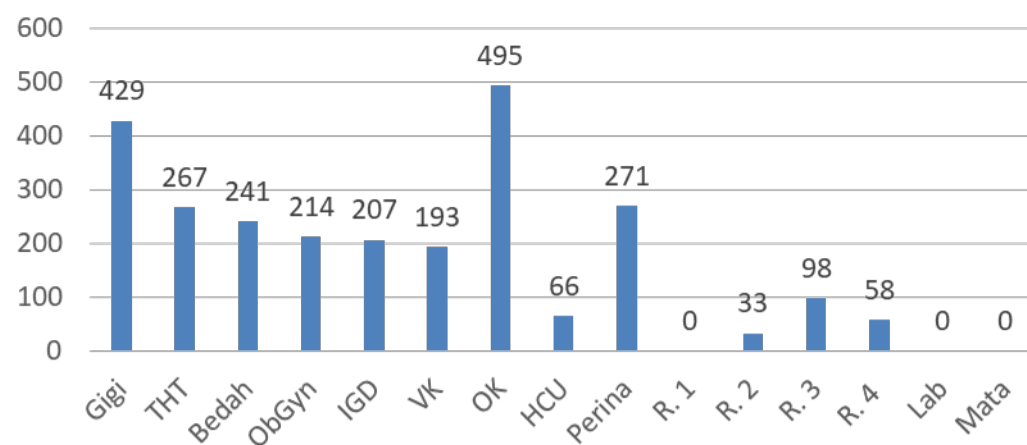
Acara pemusnahan linen pada tanggal 20 Oktober 2023 sebanyak 9 jenis linen diantaranya :

1. Perlak : 5 pcs
2. Sarung bantal : 40 pcs
3. Seprei : 59 pcs
4. Stik laken : 8 pcs
5. Baju pasien : 3 pcs
6. Selimut : 13 pcs
7. Duk : 49 pcs
8. Gown : 11 pcs
9. Baju perawat : 17 pcs

- g. Melakukan pelaporan kinerja unit telah dibuat dan dilaporkan kepada pimpinan setiap bulan
- h. Melakukan penginputan jumlah timbangan setiap hari ke system e-report.
- i. Melakukan serah terima atau operan pekerjaan sebelum petugas memulai bekerja dengan petugas shift sebelumnya

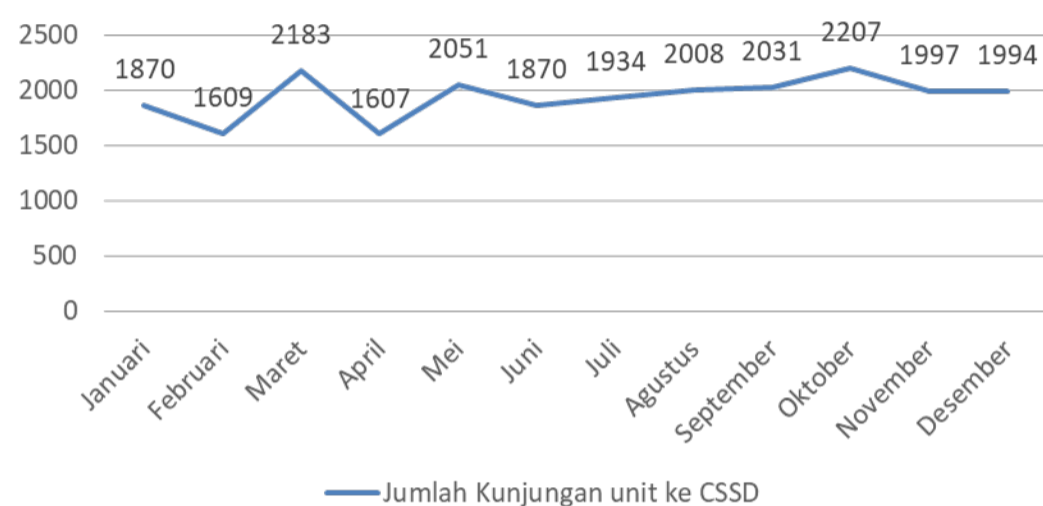
2. Unit CSSD

- a. Membuat Rencana Kerja Anggaran (RKA) tahun 2023.
- b. Membuat daftar inventaris instrumen/alat yang ada di kamar operasi dan sisanya merupakan tanggung jawab unit masing-masing.
- c. Membuat permintaan BMHP barang setiap bulan ke penanggung jawab BMHP.
- d. Laporan kunjungan unit ke CSSD untuk sterilisasi instrumen pada tahun 2023, meliputi :
- e. Berdasarkan grafik diatas dapat disimpulkan bahwa jumlah kunjungan unit untuk proses sterilisasi di CSSD terbanyak yaitu Unit Kamar Bedah Sentral/Operasi dengan jumlah 495 kunjungan
- f. Laporan proses sterilisasi instrument/alat di Unit CSSD pada tahun 2023, meliputi :



Grafik 5.74. Grafik Kunjungan Unit ke CSSD

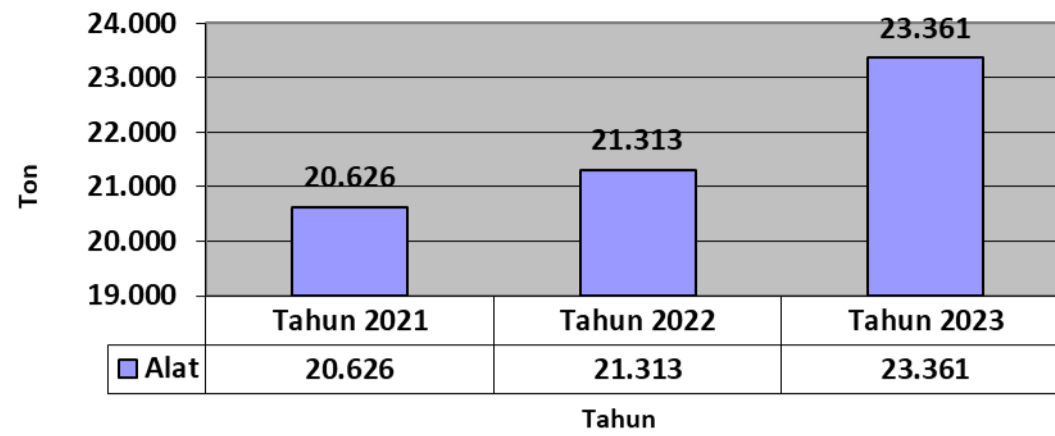
Berdasarkan grafik diatas dapat disimpulkan bahwa jumlah kunjungan unit untuk proses sterilisasi di CSSD terbanyak yaitu Unit Kamar Bedah Sentral/Operasi dengan jumlah 495 kunjungan.



Grafik 5.75. Grafik Jumlah Sterilisasi Instrumen

Berdasarkan grafik diatas dapat disimpulkan bahwa jumlah alat yang dilakukan proses sterilisasi di CSSD terbanyak yaitu pada bulan Oktober dengan jumlah 2207 alat.

Perbandingan jumlah sterilisasi instrument dengan tahun sebelumnya yaitu :

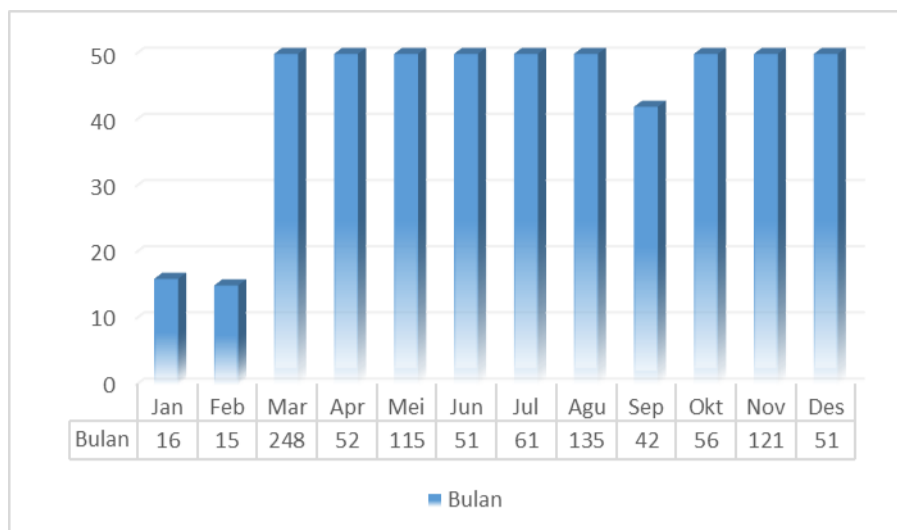


Grafik 5.76. Grafik Perbandingan jumlah sterilisasi instrumen

- g. Membuat laporan kinerja setiap bulan dan dilaporkan kepada pimpinan.
- h. Melakukan pengujian mesin autoclave dengan tes uji bowie dick setiap hari.
- i. Melakukan serah terima pekerjaan setiap pergantian shift dan tercatat pada buku kegiatan.
- j. Melakukan monitoring pemeliharaan mesin setiap hari sebelum digunakan.

3. Unit Elektromedis

- a. Membuat Rencana Kerja Anggaran (RKA) tahun 2023.
- b. Membuat daftar inventaris alat kesehatan setiap 1 kali dalam setahun.
- c. Membuat usulan permintaan barang setiap bulan.
- d. Melakukan pemeliharaan alat Kesehatan sesuai dengan jadwal yang ditetapkan.
- e. Pada tahun 2023 jumlah alat terpelihara berjumlah 442 alat yang dimana jumlah alat tersebut mengalami peningkatan dari tahun sebelumnya tahun 2022 yang berjumlah 367 alat.



Grafik 5 77. Grafik Jumlah Pemeliharaan Alat Kesehatan

Berdasarkan data diatas jumlah pemeliharaan alat Kesehatan terbanyak pada tahun 2023 yaitu pada bulan Maret sebanyak 248 alat.

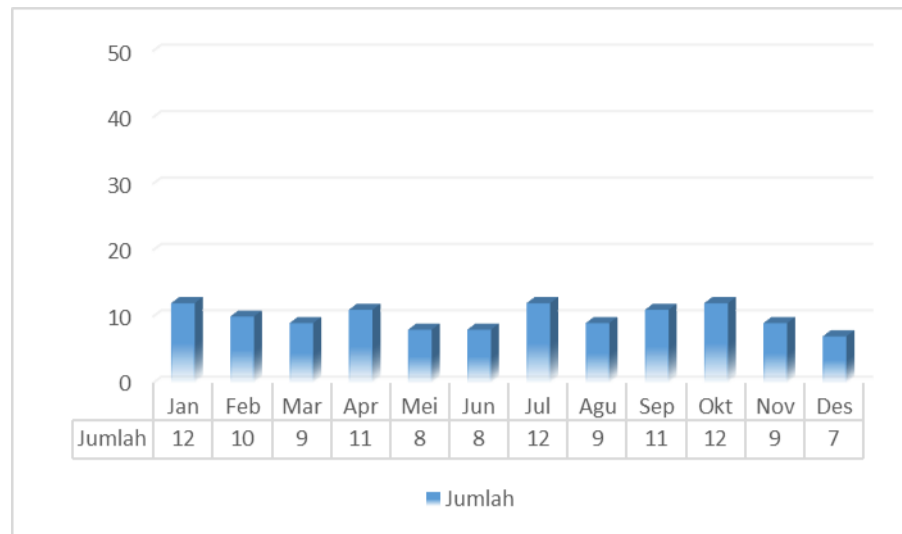
- f. Peralatan medis yang terkalibrasi pada Tahun 2023 yaitu sebanyak 442 alat dengan hasil sebagai berikut dan terlampir pada grafik 5.78



Grafik 5 78. Grafik Jumlah Kalibrasi Alat Kesehatan

Berdasarkan data diatas jumlah Alat Kesehatan yang terkalibrasi pada tahun 2023 sebanyak 442 alat.

- g. Melakukan penilaian dan analisis fungsi kesesuaian peralatan medik yang membutuhkan peremajaan atau service besar setiap tahun.
- h. Melakukan perbaikan alat agar peralatan kesehatan dapat berfungsi dengan optimal.

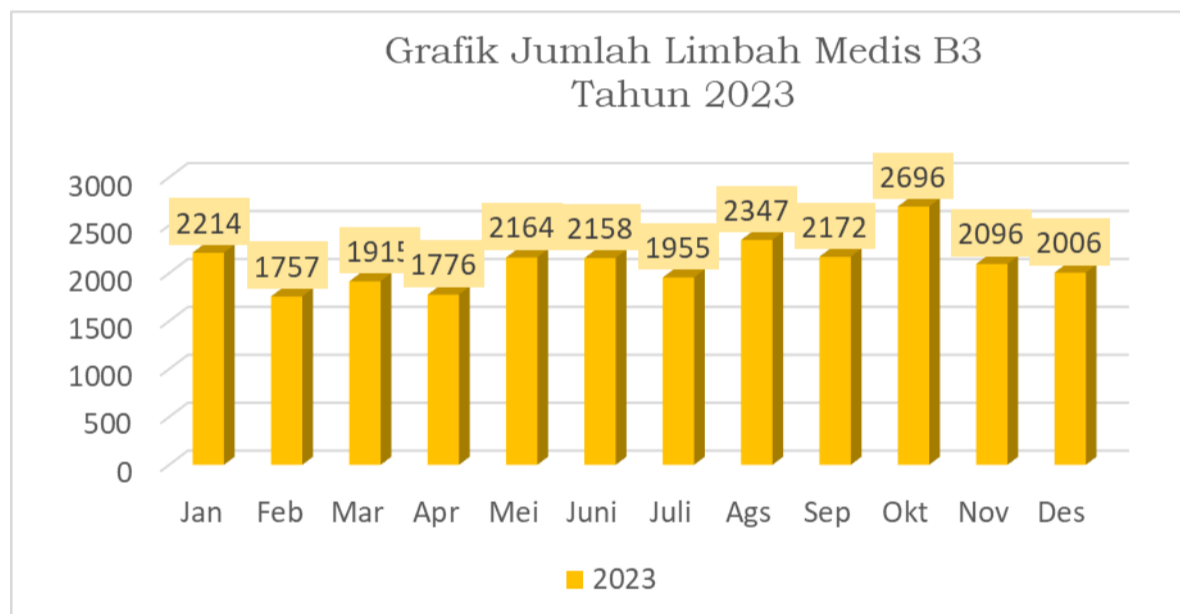


Grafik 5 79. Grafik Jumlah Perbaikan Alat Kesehatan

- i. Mengikuti pelatihan atau sosialisasi terkait uji fungsi alat oleh pihak ke 3 atau penyedia terhadap alat baru dan mensosialisasikan kepada user atau unit terkait.
- j. Melakukan monitoring atau pengecekan peralatan medis ke seluruh unit setiap 2 kali dalam seminggu yaitu pada hari senin dan kamis.
- k. Membuat laporan kegiatan setiap bulan dan dilaporkan kepada pimpinan.

4. Unit Kesehatan Lingkungan

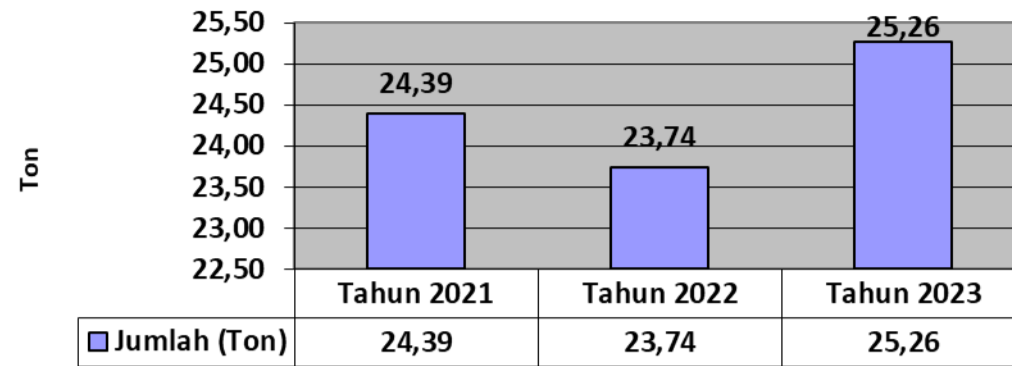
- a. Membuat Rencana Kerja Anggaran (RKA) tahun 2023.
- b. Pada tahun 2023 jumlah timbulan limbah medis B3 berjumlah 25.256 Kg/Tahun, rincian sebagai berikut :



Grafik 5 80. Grafik Jumlah Timbulan Limbah Medis B3

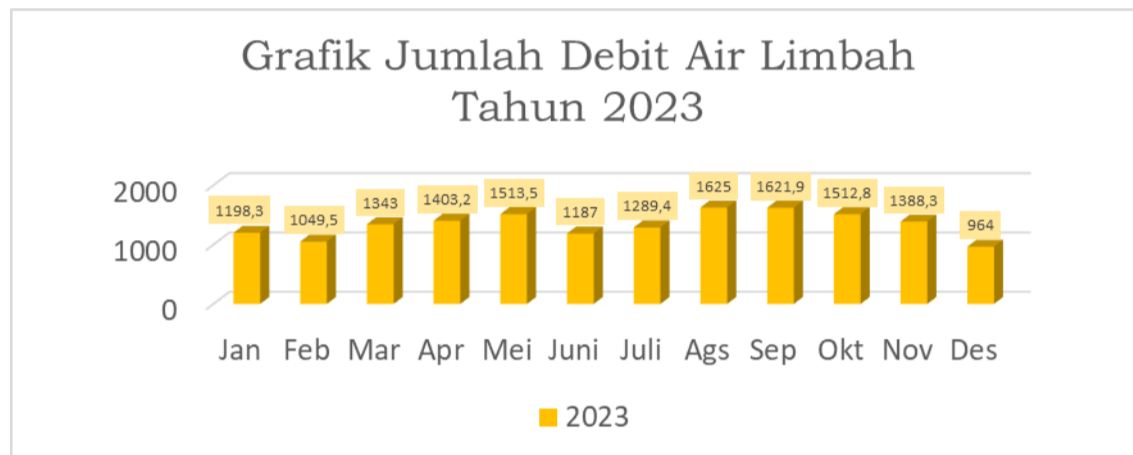
Berdasarkan grafik diatas jumlah timbulan tertinggi pada tahun 2023 yaitu pada bulan Oktober berjumlah 2.696 Kg.

Perbandingan jumlah timbulan Limbah Medis B3 dengan periode sebelumnya yaitu :



Grafik 5.81. Grafik Perbandingan Jumlah Limbah Medis B3

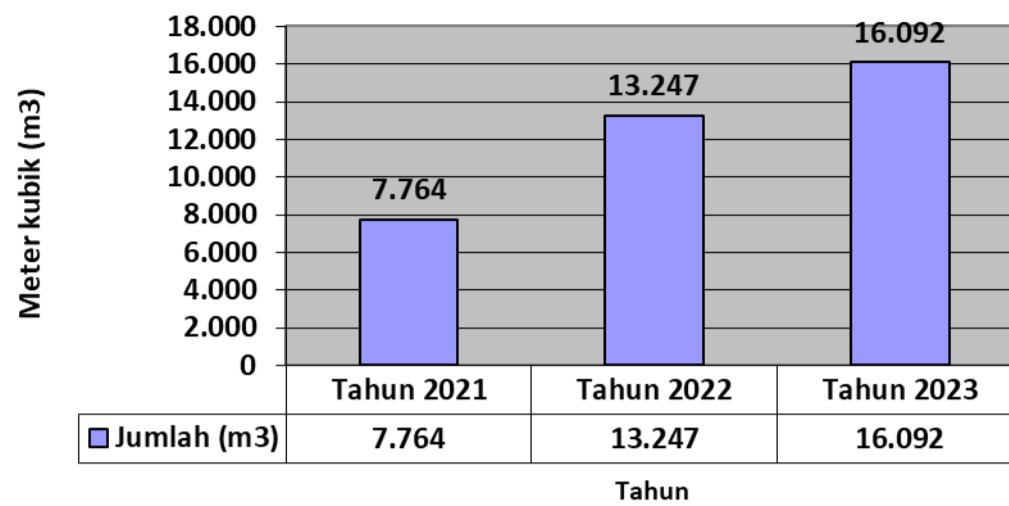
c. Pada tahun 2023 jumlah debit air limbah periode Januari - Desember berjumlah 16.096 m³/Tahun, dengan rincian sebagai berikut :



Grafik 5.82. Grafik Jumlah Debit Air Limbah

Berdasarkan grafik diatas jumlah debit tertinggi pada tahun 2023 yaitu pada bulan Agustus berjumlah 1.625 m³/Bulan.

Perbandingan jumlah debit air limbah dengan periode sebelumnya yaitu :



Grafik 5.83. Grafik Perbandingan Jumlah Debit Air Limbah

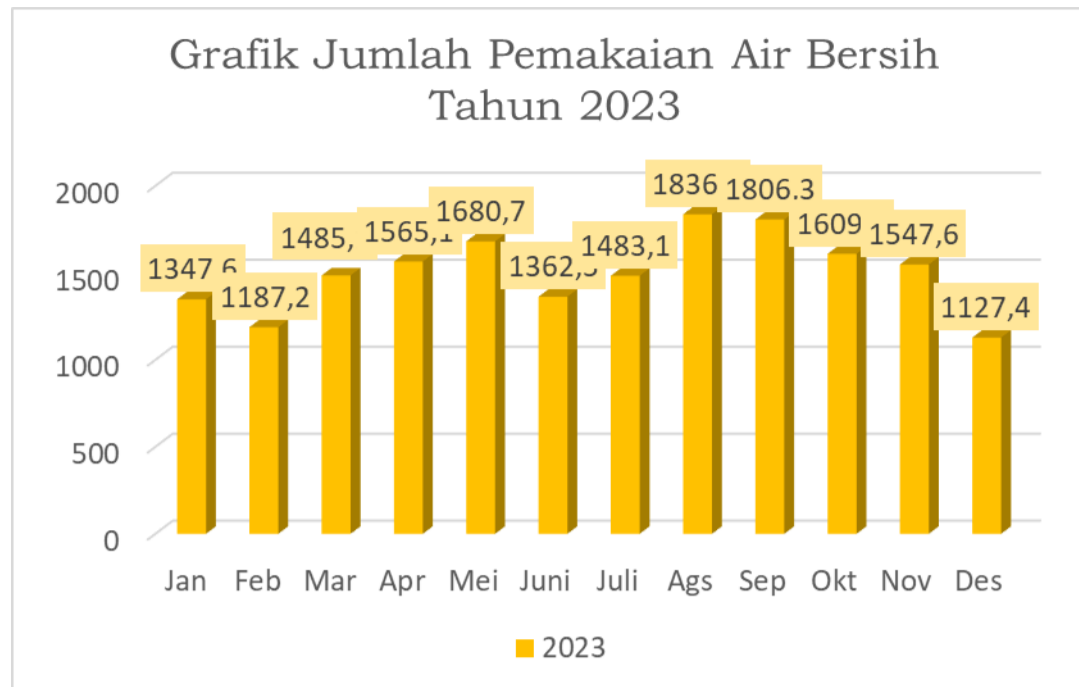
- d. Melakukan pemeriksaan kualitas air limbah sebanyak 12 kali dalam setahun. Setiap 3 bulan dilakukan pemeriksaan ke BPLHD dan sisanya dilakukan pemeriksaan ke Labkesda. Dengan hasil sebagai berikut dan terlampir pada table di bawah

Tabel 100. Hasil Pemeriksaan Air Limbah

No	Bulan	Keterangan Hasil
1	Januari	Memenuhi Syarat
2	Februari	Memenuhi Syarat
3	Maret	Memenuhi Syarat
4	April	Memenuhi Syarat
5	Mei	Memenuhi Syarat
6	Juni	Memenuhi Syarat
7	Juli	Memenuhi Syarat
8	Agustus	Memenuhi Syarat
9	September	Memenuhi Syarat
10	Oktober	Memenuhi Syarat
11	November	Memenuhi Syarat
12	Desember	Memenuhi Syarat

Berdasarkan data diatas hasil lab air limbah pada tahun 2023 memenuhi syarat 100%.

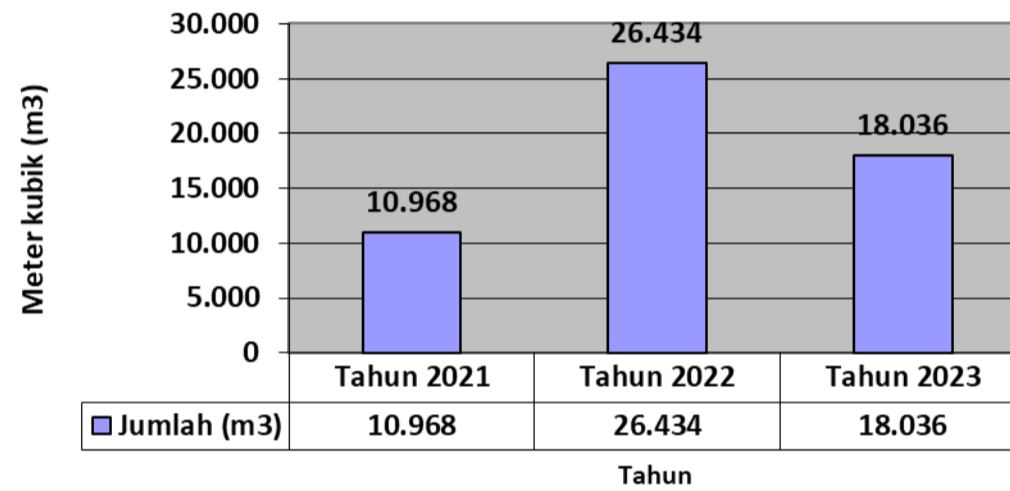
- e. Melakukan pemantauan jumlah debit air bersih setiap hari dan tercatat dilaporkan pada laporan pemantauan setiap bulannya, dengan hasil sebagai berikut :



Grafik 5.84. Jumlah Pemakaian Air Bersih

Berdasarkan grafik diatas jumlah debit tertinggi pada tahun 2023 yaitu pada bulan Agustus berjumlah 1.836 m³/Bulan.

- f. Perbandingan jumlah debit air bersih dengan periode sebelumnya yaitu:



Grafik 5.85. Grafik Perbandingan Jumlah Debit Air Bersih

- g. Melakukan pemeriksaan kualitas air bersih dengan mengirim sample ke Laboratorium Kesehatan Daerah (LABKESDA) sebanyak 2 kali dalam setahun dan dilakukan pada bulan April dan Oktober dengan hasil sebagai berikut dan terlampir pada table dibawah

1. Pemeriksaan Ke- I (Bulan April)

Tabel 101. Hasil Pemeriksaan Lab Air Bersih (Semester 1)

No	Lokasi	Hasil	Rekomendasi

1	Sampel 1 (Ruang CSSD)	Fisika & Kimia : Memenuhi Syarat Mikrobiologi : Memenuhi Syarat	<ul style="list-style-type: none"> • Penggantian filter air secara berkala • Lakukan pengujian rutin berkala
2	Sampel 2 (Ruang Laboratorium)	Fisika & Kimia : Memenuhi Syarat Mikrobiologi : Memenuhi Syarat	Lakukan pengujian rutin secara berkala
3	Sampel 3 (Dapur Ruko)	Fisika & Kimia : Memenuhi Syarat Mikrobiologi : Tidak Memenuhi Syarat - T. Coliform (53,7) NAB (50) koloni/100 ml	<ul style="list-style-type: none"> • Lakukan pengujian rutin berkala • Pemasangan filter air bersih (UV atau Dosing pump klorin)
4	Sampel 4 – R.O (Ruang CSSD)	Fisika & Kimia : Tidak Memenuhi Syarat - Kalsium (33,01) NAB (2) mg/L - Magnesium (9,95) NAB (4) mg/L Mikrobiologi : Tidak Memenuhi Syarat - ALT (2.8x10 ²) NAB (≤200) Cfu/ml	<ul style="list-style-type: none"> • Lakukan pergantian filter secara rutin. • Cek kembali kesesuaian filter air. • Lakukan pengujian berkala

2. Pemeriksaan Ke- II (Bulan Oktober)

Tabel 102. Hasil Pemeriksaan Lab Air Bersih (Semester 2)

No	Lokasi	Hasil	Rekomendasi
1	Sampel 1 (Toren Lt. 5)	Fisika & Kimia : Tidak Memenuhi Syarat - Mangan (0,3793) NAB (0,1) mg/L Mikrobiologi : Memenuhi Syarat	<ul style="list-style-type: none"> • Penggantian filter air secara berkala • Lakukan pengujian rutin berkala
2	Sampel 2 (Ruang OK)	Fisika & Kimia : Memenuhi Syarat Mikrobiologi : Memenuhi Syarat	Lakukan pengujian rutin secara berkala
3	Sampel 3 (Ruang CSSD)	Fisika & Kimia : Memenuhi Syarat Mikrobiologi : Memenuhi Syarat	Lakukan pengujian rutin secara berkala
4	Sampel 4 (Ruang Lab)	Fisika & Kimia : Memenuhi Syarat Mikrobiologi : Tidak Memenuhi Syarat - T. Coliform (3) NAB (0) Koloni/100 ml	<ul style="list-style-type: none"> • Lakukan pembersihan pada keran. • Pembersihan toren secara berkala.
5	Sampel 5 (Dapur Ruko)	Fisika & Kimia : Memenuhi Syarat Mikrobiologi : Tidak Memenuhi Syarat - T. Coliform (>1000) NAB (0) - E. Coli (>1000) NAB (0)	<ul style="list-style-type: none"> • Pemasangan filter air
6	Sampel 6 - R.O (Ruang CSSD)	Fisika & Kimia : Tidak Memenuhi Syarat - Kalsium (23,75) NAB (2) mg/L	<ul style="list-style-type: none"> • Cek kembali keefektifan filter yang telah terpakai

		<ul style="list-style-type: none"> - Magnesium (12,42) NAB (4) mg/L - Kalium (9,75) NAB (8) mg/L <p>Mikrobiologi : Tidak Memenuhi Syarat</p> <ul style="list-style-type: none"> - ALT (2.2 x 10⁴) NAB (≤200) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pergantian filter secara rutin • Lakukan pengukuran berkala
--	--	--	--

h. Melakukan pemeriksaan kualitas air minum dengan mengirim sample ke Laboratorium Kesehatan Daerah (LABKESDA) pada bulan April dan Oktober dengan hasil sebagai berikut dan terlampir pada:

1. Pemeriksaan Ke- I (Bulan April)

Tabel 103. Hasil Pemeriksaan Lab Air Minum (Semester 1)

No	Lokasi	Hasil	Rekomendasi
1	Sampel 1 (Dispenser Dapur Ruko)	Fisika & Kimia : Memenuhi Syarat Mikrobiologi : Tidak Memenuhi Syarat - T. Coliform (>100) NAB (0)	<ul style="list-style-type: none"> • Dilakukan pembersihan dispenser secara rutin, dan lakukan penyiraman dengan air panas ke dalam dispenser. • Lakukan pemeriksaan ulang

2. Pemeriksaan Ke- II (Bulan Oktober)

Tabel 104. Hasil Pemeriksaan Lab Air Minum (Semester 2)

No	Lokasi	Hasil	Rekomendasi
1	Sampel 1 (Dispenser)	Fisika & Kimia : Memenuhi Syarat	<ul style="list-style-type: none"> • Dilakukan

	Pendaftaran)	Mikrobiologi : Memenuhi Syarat	pembersihan dispenser
2	Sampel 2 (Dispenser Farmasi)	Fisika & Kimia : Memenuhi Syarat Mikrobiologi : Memenuhi Syarat	secara rutin, dan lakukan penyiraman dengan air panas ke dalam dispenser.
3	Sampel 3 (Dispenser Ruko)	Fisika & Kimia : Memenuhi Syarat Mikrobiologi : Memenuhi Syarat	<ul style="list-style-type: none"> Lakukan pemeriksaan ulang.

i. Melakukan pemeriksaan uji emisi genset dan uji emisi kendaraan dengan mengirim sample ke PT. Unilab pada bulan April dan Oktober dengan hasil sebagai berikut dan terlampir pada:

1. Pemeriksaan Ke- I (Bulan April)

Tabel 105. Hasil Pemeriksaan Uji Emisi Genset (Semester 1)

No	Lokasi	Hasil	Rekomendasi
1	Cerobong Genset	Memenuhi Syarat	Lakukan pemeriksaan rutin secara berkala.

2. Pemeriksaan Ke- II (Bulan Oktober)

Tabel 106. Hasil Pemeriksaan Uji Emisi Genset (Semester 2)

No	Lokasi	Hasil	Rekomendasi
1	Cerobong Genset	Memenuhi Syarat	Lakukan pemeriksaan rutin secara berkala.

j. Melakukan pemeriksaan kualitas udara dalam ruang dilakukan PT. Unilab Persada pada bulan April dan Oktober dengan hasil sebagai berikut dan terlampir pada: (Tabel 105)

1. Pemeriksaan Ke-I (Bulan April)

Tabel 107. Hasil Pemeriksaan KUDR (Semester 1)

No	Lokasi	Hasil	Rekomendasi
1	Ruang Operasi (Lantai 3)	Memenuhi Syarat	Lakukan pemeriksaan rutin secara berkala
2	Ruang Laboratorim (Lantai 3)	Memenuhi Syarat	
3	Poli Gigi (Lantai 2)	Memenuhi Syarat	
4	Gas Medis (Lantai 1)	Memenuhi Syarat	

2. Pemeriksaan Ke-II (Bulan Oktober)

Tabel 108. Hasil Pemeriksaan KUDR (Semester 2)

No	Lokasi	Hasil	Rekomendasi
1	Ruang Operasi (Lantai 3)	Memenuhi Syarat	Lakukan pemeriksaan rutin secara berkala
2	Poli Gigi (Lantai 2)	Memenuhi Syarat	

k. Melakukan pemeriksaan uji kultur mikrobiologi dengan mengirim sample ke Laboratorium Kesehatan Daerah (LABKESDA) pada bulan April dan Oktober dengan hasil sebagai berikut dan terlampir pada tabel di bawah :

1. Pemeriksaan Ke-I (Bulan April)

Tabel 109. Hasil Pemeriksaan Mikrobiologi Udara (Semester 1)

No	Lokasi	Hasil	Rekomendasi
1	ICU Infeksius 1 (Lantai 2)	Cemaran Udara : Memenuhi Syarat Usap Dinding : Memenuhi Syarat Usap Lantai : Memenuhi Syarat	<ul style="list-style-type: none"> • Dilakukan general cleaning secara rutin • Dilakukan dekontaminasi ruangan/sterilisasi
2	Perina (Lantai 3)	Cemaran Udara : Memenuhi Syarat	<ul style="list-style-type: none"> • Dilakukan general cleaning secara

		Usap Dinding : Memenuhi Syarat Usap Lantai : Memenuhi Syarat	rutin • Dilakukan dekontaminasi ruangan/sterilisasi
3	ICU Non Infeksius (Lantai 3)	Cemaran Udara : Tidak Memenuhi Syarat - ALT (220) NAB (180) Cfu/m3 Usap Dinding : Memenuhi Syarat Usap Lantai : Memenuhi Syarat	• Dilakukan general cleaning secara berkala
4	ICU Infeksius 2 (Lantai 2)	Cemaran Udara : Memenuhi Syarat Usap Dinding : Tidak Memenuhi Syarat - ALT (6x10 ²) NAB (0 s/d 5) Cfu/m ³ Usap Lantai : Memenuhi Syarat	• Dilakukan general cleaning secara rutin • Dilakukan dekontaminasi ruangan/sterilisasi
5	CSSD (Lantai 3)	Cemaran Udara : Memenuhi Syarat Usap Dinding : Memenuhi Syarat Usap Lantai : Memenuhi Syarat	• Dilakukan general cleaning secara rutin • Dilakukan dekontaminasi ruangan/sterilisasi
6	Ranap Anthurium (Lantai 1)	Cemaran Udara : Memenuhi Syarat Usap Dinding : Memenuhi Syarat Usap Lantai : Memenuhi Syarat	• Dilakukan general cleaning secara rutin • Dilakukan dekontaminasi ruangan/sterilisasi
7	Ranap	Cemaran Udara :	• Dilakukan general

	Bromelia (Lantai 4)	Memenuhi Syarat Usap Dinding : Memenuhi Syarat Usap Lantai : Memenuhi Syarat	cleaning secara rutin • Dilakukan dekontaminasi ruangan/sterilisasi
8	Poli THT (Lantai 2)	Cemaran Udara : Memenuhi Syarat Usap Dinding : Memenuhi Syarat Usap Lantai : Memenuhi Syarat	• Dilakukan general cleaning secara rutin • Dilakukan dekontaminasi ruangan/sterilisasi

2. Pemeriksaan Ke-II (Bulan Oktober)

Tabel 110. Hasil Pemeriksaan Mikrobiologi Udara (Semester 2)

No	Lokasi	Hasil	Rekomendasi
1	Ruang Operasi 1 (Lantai 3)	Cemaran Udara : Tidak Memenuhi Syarat - ALT (62) NAB (35) Cfu/m3 Usap Dinding : Memenuhi Syarat Usap Lantai : Memenuhi Syarat	• Dilakukan general cleaning berkala • Dilakukan dry mist ruangan • Dilakukan pemeriksaan ulang pada periode selanjutnya
2	Ruang Operasi 2 (Lantai 3)	Cemaran Udara : Tidak Memenuhi Syarat - ALT (74) NAB (35) Cfu/m3 Usap Dinding : Memenuhi Syarat Usap Lantai : Memenuhi Syarat	• Dilakukan general cleaning berkala • Dilakukan dry mist ruangan • Dilakukan pemeriksaan ulang pada

			periode selanjutnya
3	Ranap Adenium (Lantai 3)	<p>Cemaran Udara : Tidak Memenuhi Syarat - ALT (269) NAB (180) Cfu/m3</p> <p>Usap Dinding : Memenuhi Syarat Usap Lantai : Memenuhi Syarat</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dilakukan general cleaning berkala • Dilakukan dry mist ruangan • Dilakukan pemeriksaan ulang pada periode selanjutnya •
4	ICU Non Infeksius (Lantai 3)	<p>Cemaran Udara : Memenuhi Syarat Usap Dinding : Memenuhi Syarat Usap Lantai : Memenuhi Syarat</p>	Lakukan pemeriksaan rutin secara berkala
5	Perina (Lantai 3)	<p>Cemaran Udara : Tidak Memenuhi Syarat - ALT (203) NAB (180) Cfu/m3</p> <p>Usap Dinding : Memenuhi Syarat Usap Lantai : Memenuhi Syarat</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dilakukan general cleaning berkala • Dilakukan dry mist ruangan • Dilakukan pemeriksaan ulang pada periode selanjutnya
6	Ranap Bromelia 3 (Lantai 3)	<p>Cemaran Udara : Tidak Memenuhi Syarat - ALT (221) NAB (180) Cfu/m3</p> <p>Usap Dinding :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dilakukan general cleaning berkala • Dilakukan dry

		Memenuhi Syarat Usap Lantai : Memenuhi Syarat	mist ruangan <ul style="list-style-type: none"> Dilakukan pemeriksaan ulang pada periode selanjutnya
7	Ranap Aglonema 5 / ICU Infeksius (Lantai 2)	Cemaran Udara : Memenuhi Syarat Usap Dinding : Memenuhi Syarat Usap Lantai : Memenuhi Syarat	Lakukan pemeriksaan rutin secara berkala
8	Ranap Aglonema 6 / ICU Infeksius (Lantai 2)	Cemaran Udara : Memenuhi Syarat Usap Dinding : Memenuhi Syarat Usap Lantai : Memenuhi Syarat	Lakukan pemeriksaan rutin secara berkala
9	Ranap Aglonema 1 (Lantai 2)	Tidak Memenuhi Syarat - ALT (227) NAB (180) Cfu/m3 Usap Dinding : Memenuhi Syarat Usap Lantai : Memenuhi Syarat	<ul style="list-style-type: none"> Dilakukan general cleaning berkala Dilakukan dry mist ruangan Dilakukan pemeriksaan ulang pada periode selanjutnya
10	Poli Gigi (Lantai 2)	Tidak Memenuhi Syarat - ALT (209) NAB (180) Cfu/m3 Usap Dinding : Memenuhi Syarat Usap Lantai : Memenuhi Syarat	<ul style="list-style-type: none"> Dilakukan general cleaning berkala Dilakukan dry mist ruangan Dilakukan

			pemeriksaan ulang pada periode selanjutnya
11	IGD (Lantai 1)	Cemaran Udara : Memenuhi Syarat Usap Dinding : Memenuhi Syarat Usap Lantai : Memenuhi Syarat	Lakukan pemeriksaan rutin secara berkala
12	Kamar Bersalin (Lantai 1)	Cemaran Udara : Tidak Memenuhi Syarat - ALT (206) NAB (180) Cfu/m3 Usap Dinding : Memenuhi Syarat Usap Lantai : Memenuhi Syarat	<ul style="list-style-type: none"> • Dilakukan general cleaning berkala • Dilakukan dry mist ruangan • Dilakukan pemeriksaan ulang pada periode selanjutnya

1. Melakukan pemeriksaan hygiene sanitasi makanan dengan mengirim sample ke Laboratorium Kesehatan Daerah (LABKESDA) pada bulan April dan Oktober dengan hasil sebagai berikut dan terlampir pada grafik di bawah

1. Pemeriksaan Ke-I (Bulan April)

Tabel 111. Hasil Pemeriksaan Lab Tenaga Penjamah

No	Nama Petugas	Hasil	Rekomendasi
A. Pemeriksaan Usap Tangan			
1	Wahyu H	<i>Salmonella Thypi</i> : Negatif <i>E. Coli Patogen</i> : Negatif	<ul style="list-style-type: none"> • Terapkan selalu hand hygiene
2	Hati Hudainah	<i>Salmonella Thypi</i> : Negatif <i>E. Coli Patogen</i> :	<ul style="list-style-type: none"> • Lakukan 6 langkah cuci tangan

		Negatif	
3	M. Khozin	<i>Salmonella Thypi</i> : Negatif <i>E. Coli Patogen</i> : Negatif	
B. Pemeriksaan Rectal Swab			
1	Wahyu H	<i>Salmonella Thypi</i> : Negatif <i>E. Coli Patogen</i> : Negatif	<ul style="list-style-type: none"> • Terapkan selalu hand hygiene • Lakukan 6 langkah cuci tangan
2	Hati Hudainah	<i>Salmonella Thypi</i> : Negatif <i>E. Coli Patogen</i> : Negatif	
3	M. Khozin	<i>Salmonella Thypi</i> : Negatif <i>E. Coli Patogen</i> : Negatif	

2. Pemeriksaan Ke- II (Bulan OKtober)

Tabel 112. Hasil Pemeriksaan Lab Tenaga Penjamah

No	Nama Petugas	Hasil	Rekomendasi
A. Pemeriksaan Usap Tangan			
Tidak dilakukan pemeriksaan hand swab			
B. Pemeriksaan Rectal Swab			
1	Hati Hudainah	<i>Salmonella Thypi</i> : Negatif <i>E. Coli Patogen</i> : Negatif	Terapkan selalu hand hygiene
2	Eka Noviana	<i>Salmonella Thypi</i> : Negatif <i>E. Coli Patogen</i> : Negatif	
3	Nur Halimi	<i>Salmonella Thypi</i> : Negatif <i>E. Coli Patogen</i> : Negatif	
4	M. Khozin	<i>Salmonella Thypi</i> :	

		Negatif <i>E. Coli Patogen</i> : Negatif	
5	Eggy Dwi	<i>Salmonella Thypi</i> : Negatif <i>E. Coli Patogen</i> : Negatif	
6	Bhian Arsito	<i>Salmonella Thypi</i> : Negatif <i>E. Coli Patogen</i> : Negatif	
7	Devi Estiani	<i>Salmonella Thypi</i> : Negatif <i>E. Coli Patogen</i> : Negatif	
8	Ida Aida Z	<i>Salmonella Thypi</i> : Negatif <i>E. Coli Patogen</i> : Negatif	

m. Melakukan pemeriksaan swab instrument dan linen dengan mengirim sample ke Laboratorium Kesehatan Daerah (LABKESDA) pada bulan Maret dan September dengan hasil terlampir :

1. Pemeriksaan Ke- I (Bulan April)

Tabel 113. Hasil Pemeriksaan Swab Lab Instrumen

No	Jenis Alat	Hasil	Rekomendasi
1	Tutnaver	ALT : Memenuhi Syarat Escherichia Coli : Memenuhi Syarat	Lakukan pemeriksaan rutin secara berkala.
2	Set GV	ALT : Memenuhi Syarat Escherichia Coli : Memenuhi Syarat	
3	Ventilator ICU (Ex)	ALT : Memenuhi Syarat Escherichia Coli :	

		Memenuhi Syarat	
4	Ventilator ICU (In)	ALT : Memenuhi Syarat Escherichia Coli : Memenuhi Syarat	

2. Pemeriksaan Ke- II (Bulan Oktober)

Tabel 114. Hasil Pemeriksaan Swab Lab Instrumen

No	Jenis Alat	Hasil	Rekomendasi
1	Set Minor	ALT : Memenuhi Syarat Escherichia Coli : Memenuhi Syarat	Lakukan pemeriksaan rutin secara berkala.
2	Set Perina	ALT : Memenuhi Syarat Escherichia Coli : Memenuhi Syarat	
3	Ventilator ICU (In)	ALT : Memenuhi Syarat Escherichia Coli : Memenuhi Syarat	
4	Ventilator ICU (Ex)	ALT : Memenuhi Syarat Escherichia Coli : Memenuhi Syarat	

- n. Melakukan pengendalian vektor dan binatang pengganggu bekerjasama dengan pihak ke 3 yaitu PT. Riztra Dinamika.
- o. Pemantauan vector dilakukan dalam metode semi station atau pemantauan setiap hari pada waktu 10.00 s/d 14.00 WIB. Adapun kegiatan yang dilakukan diantaranya :
1. Spraying residual semua area berpotensi
 2. Pengecekan perangkap tikus di area halaman dan dalam gedung
 3. Pengecekan perangkap nyamuk (mosquito trap)
 4. Pengecekan perangkap serangga terbang lainnya (fly trap)
 5. Pengecekan alat black hole
 6. Pengecekan trap temporary

7. Pemantauan Sarang Nyamuk (PSN) setiap hari Jum'at
8. Melakukan cold fogging (pengembunan)
9. Melakukan fogging area luar (pengasapan) bila diperlukan
10. Pengecekan tempat koloni rayap
11. Pengecekan rat box area luar

Adapun hasil tangkapan vector dan binatang pengganggu lainnya di RSUD Pesangrahan pada tahun 2023, sebagai berikut :

Tabel 115. Rekapitulasi Pemantauan Pest Control

No	Bulan	Jenis Vektor						
		Nyamuk	Jentik	Lalat	Kecoa	Tikus	Kucing	Serangga Terbang Lainnya
1	Januari	281	0	54	0	0	1	-
2	Februari	531	0	77	2	0	0	-
3	Maret	402	0	80	3	2	0	-
4	April	179	0	90	4	3	0	-
5	Mei	226	0	110	5	6	1	-
6	Juni	150	0	91	9	2	2	-
7	Juli	166	0	99	44	3	1	-
8	Agustus	104	0	60	10	3	3	-
9	September	183	0	93	1	1	17	-
10	Oktober	511	0	70	7	0	0	-
11	Novemvber	426	0	60	10	0	0	-
12	Desember	479	0	73	12	3	0	-
	Jumlah	3638	0	957	107	23	25	-

- p. Petugas kesling melakukan pengawasan pembuangan limbah medis B3 ke pihak pengangkut / transporter dengan mengadakan kunjungan ke tempat proses pemusnahan limbah B3.
- q. Membuat laporan kinerja unit setiap bulan
- r. Membuat laporan ke Dinas Lingkungan Hidup by system
- s. Membuat laporan implementasi UKL/UPL dan dilaporkan ke Sudin Lingkungan Hidup

t. Membuat laporan tahunan

5. Unit K3

- a. Membuat Rencana Kerja Anggaran (RKA) tahun 2023.
- b. Membuat daftar inventaris peralatan K3.
- c. Membuat dokumen risk register unit tahun 2023 dengan skala prioritas risiko tertinggi sebagai berikut :

Tabel 116. Daftar / Risk Register Unit Skala Prioritas

No	Uraian / Sumber Bahaya	Deskripsi Bahaya / Risiko	Dampak	Ranking Prioritas	Unit Terkait
1	Pemasangan tabung gas elpigi	Keberadaan tabung gas elpigi berada di dekat area kompor bila terjadi kebocoran gas akan menyambar	Menyebabkan kebakaran	1	Dapur
2	Gas LPG mesin pengering di ruangan	Terjadi kebocoran gas dan ledakan	Kebakaran	2	L:laundry
3	Kompresor poli gigi di ruang RM	Konsleting arus listrik	Kebakaran	4	Rekam Medik

- d. Melakukan ronde keselamatan 2 kali dalam setahun yaitu pada bulan Mei dan Oktober tahun 2023
- e. Membuat laporan investigasi kejadian kecelakaan kerja setiap adanya laporan insiden. Jumlah insiden yang dilaporkan pada tahun 2023 berjumlah 4 kejadian kecelakaan kerja dengan status tidak cedera hingga cedera ringan.
- f. Membuat dokumen PCRA setiap akan dilakukannya pekerjaan konstruksi dan renovasi. Dan petugas K3 melakukan patrol keselamatan (safety patrol) selama kegiatan pengerjaan konstruksi berlangsung
- g. Melakukan monitoring pendataan pengunjung dengan mengisi buku tamu yang tersedia di pos security dan memberikan kartu tanda pengenalan / ID Card Pengunjung.

- h. Melakukan monitoring pengawasan pemantauan monitoring CCTV setiap bulan dan melaporkan kejadian apabila terdapat CCTV yang tidak berfungsi.
- i. Melakukan monitoring pelaporan kejadian kehilangan / pengrusakan / ancaman kekerasan setiap bulan.
- j. Melakukan pemeriksaan kesehatan berkala (MCU pegawai) dilakukan pada bulan Maret dan November dengan jumlah karyawan 365 orang.
- k. Melakukan monitoring terkait pemeriksaan Kesehatan karyawan sebelum bekerja. Pemeriksaan Kesehatan wajib dilakukan pada proses rekrutmen pegawai baru.
- l. Melakukan pemeriksaan Tes Kebugaran Jasmani untuk melakukan pengukuran kebugaran pada karyawan, tes kebugaran karyawan sudah dilakukan pada bulan Agustus 2023 sebanyak 38 orang,
- m. Melakukan bimbingan rohani atau kesehatan spiritual dilaksanakan setiap 1 bulan, berkoordinasi dengan sudin wilayah.
- n. Melakukan koordinasi dengan Komite PPIRS untuk pemberian vaksin atau imunisasi Hepatitis bagi karyawan yang berisiko tinggi.

Tabel 117. Vaksinasi Hepatitis B Pada Pegawai

No	Uraian	Jumlah
1	Vaksin Booster (Ke 4 di tahun 2023)	22
2	Vaksin Baru (bulan 0)	41

- o. Petugas K3 berkoordinasi dengan tim kesling untuk melakukan identifikasi dan inventarisasi B3 dan Limbah B3 di lingkungan RSUD Pesanggrahan
- p. Petugas K3 melakukan pengawasan pemantauan monitoring kelengkapan spill kit di ruangan setiap 3 bulan.
- q. Petugas K3 telah membuat daftar risiko assessment kebakaran atau Fire Risk Safety Assessment (FRSA) setiap 1 tahun sekali
- r. Petugas K3 berkoordinasi dengan unit kesling untuk pengawasan pemantauan Kawasan Dilarang Merokok (KDM) setiap bulan. Di lingkungan RSUD Pesanggrahan telah dilakukan pemasangan spanduk dan beberapa sign untuk larangan merokok di lingkungan RSUD Pesanggrahan

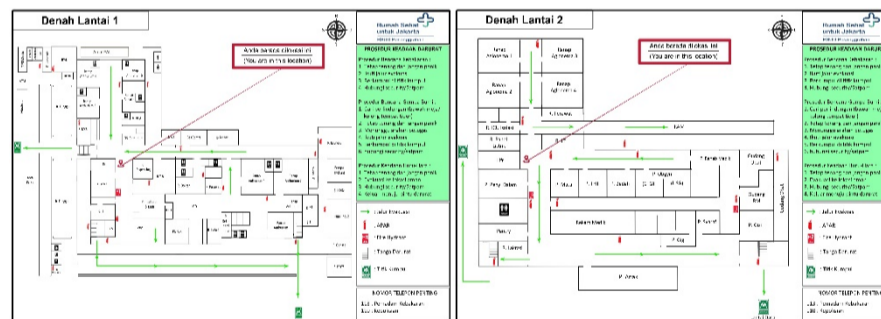


(Sign di dalam Gedung)

(Sign di luar Gedung)

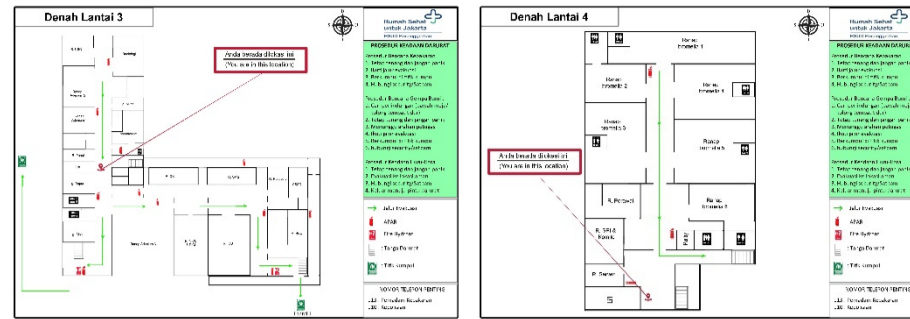
Gambar 5. 1. Spanduk Kawasan Dilarang Merokok (KDM)

- s. Petugas K3 melakukan pengecekan APAR di dalam dan di luar lingkungan RSUD Pesanggrahan setiap bulan dengan jumlah APAR yang tersedia berjumlah 43 unit.
- t. Petugas K3 melakukan sosialisasi pelatihan penanganan kebakaran dan cara penggunaan APAR kepada karyawan RSUD Pesanggrahan dengan berkoordinasi dengan Suku Dinas Damkar Jakarta Selatan.
- u. Petugas K3 membuat daftar inventaris peralatan yang dibutuhkan terkait penanggulangan bencana atau tanggap darurat bencana
- v. Petugas K3 melakukan pemasangan rambu evakuasi di setiap sudut sesuai dengan persyaratan yang berlaku. Pemasangan sign titik kumpul dilakukan di area luar gedung tepatnya di halaman parker RSUD Pesanggrahan. Dan disetiap lantai juga sudah di lakukan pemasangan denah lantai atau petunjuk arah.



(Denah Lantai 1)

(Denah Lantai 2)



(Denah Lantai 3)

(Denah Lantai 4)

Gambar 5. 2. Denah Lantai RSUD

- w. Petugas K3 berkoordinasi dengan Badan Penanggulangan Benacna Daerah (BPBD) Provinsi DKI Jakarta dalam pelaksanaan sosialisasi penanggulangan bencana atau disaster plan.
- x. Melakukan monitoring pengawasan peralatan medis petugas K3 berkoordinasi dengan petugas unit elektromedik terkait pemeliharaan, perbaikan dan kalibrasi peralatan medis serta pengawasan uji fungsi dan uji coba peralatan baru
- y. Dalam kegiatan pengawasan system utilitas penting petugas K3 berkoordinasi dengan petugas unit Sarana dan Prasarana terkait pemeliharaan, perbaikan dan uji fungsi kelayakan system utilitas penting, system utilitas penting tersebut diantaranya :
 1. Listrik dan genset
 2. Lift
 3. Air bersih
 4. Gas Medis/sentral
 5. Jaringan komunikasi dan internet
 6. Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL)
 7. Sistem proteksi kebakaran aktif (hydrant)
 8. System ventilasi HVAC
- z. Dalam kegiatan pelatihan dan pengembangan SDM terkait pelaksanaan Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) di RSUD Pesanggrahan petugas K3 berkoordinasi dengan bagian diklat untuk melaksanakan pelatihan atau sosialisasi terkait Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK) bagi seluruh karyawan dilingkungan RSUD Pesanggrahan. Kegiatan ini berlangsung pada Selasa, 7 November 2023 jumlah peserta

seluruh karyawan RSUD Pesanggrahan melalui online / zoom meeting.

- aa. Memperoleh sertifikat RKK (Rekomendasi Keselamatan Kebakaran) yang dikeluarkan oleh Dinas Pemadam Kebakaran dan Penanggulangan Bencana Suku Dinas Kota Administrasi Jakarta Selatan setelah memenuhi persyaratan :
1. Terpenuhi sarana penyelamatan jiwa;
 2. Akses Pemadaman Kebakaran;
 3. Proteksi Kenakaran dan hydran halaman, system deteksi dan alarm kebakaran;
 4. Manajemen Keselamatan Kebakaran lingkungan dan manajemen keselamatan Gedung.



Gambar 5. 3. Pemenuhan persyaratan dokumen Rekomendasi Persyaratan Kebakaran

6. Unit Kamar Transit Jenazah

- a. Membuat Rencana Kerja Anggaran tahun 2023;
- b. Membuat daftar inventaris peralatan yang tersedia di unit kamar transit jenazah;
- c. Melakukan pencatatan apabila ada pasien yang meninggal ke dalam buku register;
- d. Melakukan serah terima pasien meninggal kepada pihak keluarga;
- e. Jumlah pasien meninggal pada tahun 2023 sebanyak 202 orang, dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 118. Jumlah Pasien Meninggal

No	Bulan	Jumlah
1	Januari	11
2	Februari	12
3	Maret	17
4	April	15
5	Mei	23
6	Juni	12
7	Juli	17
8	Agustus	23
9	September	17
10	Oktober	25
11	November	14
12	Desember	16
	Jumlah	202

2. Pencapaian Indikator Mutu Pelayanan

a. INSTALASI FARMASI

Tabel 119. Hasil Capaian Indikator Mutu Unit Farmasi Tahun 2023

No	Indikator Mutu	Target	Bulan											
			Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agu	Sep	Okt	Nov	Des
1	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Racikan	≤ 60 MENIT	37,81	34,29	31,13	32,37	32,01	35,30	31,03	30,50	27,50	28,49	29,6	29,8
2	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Non-Racikan	≤ 30 MENIT	26,36	28,21	24,67	24,63	24,65	25,09	24,63	25,66	27,04	27,49	28,3	27,8
3	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional Di Poli Penyakit Dalam	≥ 80 %	94,07	94,41	92,75	94,70	86,53	89,77	90	85,13	83,90	84,98	90,38	81,4
4	Kepatuhan Penggunaan	≥ 80 %	80,99	84,04	86,98	92,83	83,64	86,48	84	84,61	80,80	81,66	91,41	75,88

	Formulairu m Nasional													
5	Ketersediaa n Obat Dm Untuk Pasien Dm Rujuk Balik (PRB)	≥ 80%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
6	Kepatuhan Tidak Mestok / Menyimpan Elektrolit Pekat Di Nurse Station / Unit Pelayanan	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
7	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Di Rawat Inap	≤ 60 MENIT	16,45	20,31	24,75	26,02	26,76	26,29	26,45	25,91	28,70	28,41	28,37	27,50
8	Pelayanan Peracikan Obat High Alert Elektrolit Pekat Di Instalasi Farmasi	100 %	6,66	20,31	11,11	14,08	17,95	20	15,25	13,4	12	17,8	6,43	28,89
9	Kepatuhan Penyimpan an Obat Mata	100 %	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
10	Ketersediaa n Obat Pasien Konjungtivi s	≥ 80 %	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

b. INSTALASI PENUNJANG MEDIK

Untuk menilai apakah kegiatan peningkatan mutu layanan demi keselamatan pasien yang diterapkan di lingkup Instalasi Penunjang Medis telah memenuhi target, digunakan berbagai Indikator Mutu Pelayanan yang terdiri dari Indikator Mutu Nasional, Indikator Prioritas Rumah Sakit dan Indikator Mutu Unit Layanan.

Tabel 120. Capaian Indikator Mutu Unit Laboratorium 2023

No	Indikator Mutu	Target	Capaian	
			2023	2022
1.	Kepatuhan identifikasi pasien petugas sampling	100%	100%	100%
2.	Waktu lapor hasil nilai kritis Laboratorium ≤ 30 menit	100%	100%	100%
3.	Tidak ada kejadian tertukar sampel pada pasien Poli Mata	100%	100%	100%
4.	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil	100%	100%	100%
5.	Waktu tunggu pemeriksaan cito IGD ≤ 60 menit	100%	100%	99,8%

Secara umum seluruh target capaian Indikator Mutu Unit Laboratorium telah tercapai di tahun 2023 sehingga diperlukan pembahasan lebih lanjut untuk pemilihan indikator mutu lainnya untuk tahun 2024.

Tabel 121. Capaian Indikator Mutu Unit Radiologi Tahun 2023

No	Indikator Mutu	Target	Capaian	
			2023	2022
1	Waktu tunggu hasil foto thorax Cito ≤ 1 Jam	100%	100%	100%
2	Kerusakan film foto ≤ 2%	100%	100%	100%

Secara umum seluruh target capaian Indikator Mutu Unit Radiologi telah tercapai di tahun 2023 sehingga diperlukan pembahasan lebih lanjut untuk pemilihan indikator mutu lainnya untuk tahun 2024.

Tabel 122. Capaian Indikator Mutu Unit Fisioterapi

No	Indikator Mutu	Target	Capaian	
			2023	2022
1	Tidak ada kejadian kesalahan tindakan Fisioterapi	100%	100%	100%
2	Kejadian pasien <i>drop out</i>	<50%	2,1%	2,7%

Secara umum capaian target Indikator Mutu yang ditetapkan oleh Unit Fisioterapi telah terpenuhi dimana tidak terjadi kesalahan dalam pemberian tindakan fisioterapi. Untuk capaian Indikator mutu Kejadian pasien *drop out* pada tahun 2023 masih dibawah 50% meskipun terjadi penurunan dari 2,7% pada tahun 2022 menjadi 2,1% pada tahun 2023.

Tabel 123. Capaian Indikator Mutu Unit Rekam Medis

No.	Indikator Mutu	Target	Capaian	
			2023	2022
1	Pendaftaran <i>online</i> seluruh pasien rutin Poli Mata	100%	84%	87%

No.	Indikator Mutu	Target	Capaian	
			2023	2022
2	Tidak ditemukannya Nomor Rekam Medis ganda	100%	97%	97,7%
3	Tercetaknya Surat Elegibilitas peserta rawat jalan pasien BPJS	100%	99%	99%
4	Tercetaknya Surat Elegibilitas peserta rawat inap pasien BPJS	100%	100%	100%
5	Berkas kembali dari rawat inap 2x24 jam setelah pasien pulang dari rawat inap	100%	99%	99%
6	Angka kelengkapan pengisian Rekam Medis 1x24 jam setelah pelayanan	100%	89%	96%
7	Angka Kelengkapan resume Rekam Medis rawat inap	100%	88%	71%
8	Angka kelengkapan <i>General Consent</i> rawat inap (dalam 1 bulan berjalan)	100%	97%	91%
9	Angka kelengkapan <i>Informed Consent</i> rawat inap	100%	67%	59%
10	Angka kelengkapan resume Rekam Medis rawat inap pasien Poli Mata	100%	74%	41%

Sehubungan dengan dimulainya penerapan sistem Rekam Medik Elektronik (EMR) pada 2023 di seluruh unit layanan di RSUD Pesanggrahan, maka Indikator Mutu Unit yang terkait dengan distribusi dan penyimpanan Berkas Rekam Medis tidak lagi diterapkan.

Terkait dengan Layanan Unggulan Poli Mata, maka mulai bulan Januari 2023 ditambahkan Indikator Mutu Unit berupa Angka kelengkapan resume Rekam Medis rawat inap pasien Poli Mata dan pendaftaran *online* seluruh pasien rutin Poli Mata, dimana terjadi peningkatan capaian angka kelengkapan Rekam

Medis rawat inap pasien Poli Mata sebesar 80% dibandingkan tahun sebelumnya. Secara umum terjadi peningkatan pada beberapa capaian indikator, meskipun angka kelengkapan pengisian Rekam Medis 1x24 jam setelah pelayanan mengalami penurunan.

Tabel 124. Capaian Indikator Mutu Unit Gizi dan Pengolahan Pangan

No.	Indikator Mutu	Target	Capaian	
			2023	2022
1	Ketepatan identifikasi pasien saat pemberian makanan	100%	100%	100%
2	Ketepatan diet pada pasien <i>Diabetes Mellitus</i>	100%	99,7%	99,5%
3	Ketepatan waktu pemberian makanan pasien rawat inap	100%	99%	100%
4	Makanan pasien yang tidak habis dimakan pasien	≤ 20 %	21,1 %	19,2%

Berdasarkan tabel diatas terlihat adanya penurunan capaian salah satu indikator mutu yaitu dalam hal ketepatan waktu pemberian makan pada pasien rawat inap sebesar 1%, hal ini dikarenakan meningkatnya frekuensi perbaikan lift sehingga pendistribusian makanan dilakukan melalui tangga yang akhirnya menyebabkan keterlambatan distribusi makanan. Jumlah sisa makanan yang tidak habis dimakan pasien juga meningkat, hal ini disebabkan oleh banyaknya pasien geriatri (lansia) yang tidak ditunggu oleh keluarga. Selain itu banyak pasien gizi buruk dan *stunting* yang daya terima makanannya belum optimal sehingga membutuhkan peningkatan edukasi pada keluarga. Disisi lain terdapat peningkatan capaian indikator mutu yang lain seiring sudah berlakunya *electronic*-Daftar Permintaan Makanann Pasien (*E-DPMP*).

Sepanjang tahun 2023 telah melakukan berbagai upaya untuk meningkatkan kreatifitas dalam mengolah dan menyajikan makanan pasien agar terlihat menarik dan rasanya dapat memenuhi selera sebagian besar pasien, salah satunya dengan memberikan variasi menu yang beragam.

c. INSTALASI PENUNJANG NON MEDIK

Tabel 125. Indikator Mutu Penunjang Non Medik

No	Unit	Indikator Mutu	Tar get	Bulan											
				Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agu	Sep	Okt	Nov	Des
1	Laundry	Tidak Adanya Kejadian Linen Yang Hilang	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		Ketepatan waktu penyediaan linen untuk	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

		ruang rawat inap													
2	CSSD	Ketepatan Waktu Penyediaan Alat Steril Untuk Kamar Bedah dan Ruang Lainnya	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		Tidak Adanya Kejadian Alat Steril Yang Hilang	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
3	Elektro medik	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat Medis	>80 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat Medik	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		Peralatan laboratorium (Dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
4	Kesehatan Lingkungan	Baku Mutu Limbah Cair	MS	MS	MS	MS	MS	MS	MS	MS	MS	MS	MS	MS	MS
		Pengelolaan Limbah Sesuai Dengan Aturan	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
5	K3	Pelaporan Kejadian Kecelakaan Kerja di	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

		Tempat Kerja													
6	Kamar Transit Jenazah	Waktu Tanggap Pemulasaraan Jenazah Pasien COVID-19	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

3. Pencapaian Pendapatan dari obat kronis

Pendapatan dari hasil penjualan obat menjadi satu dengan klaim pelayanan poli rajal dan ranap sesuai plafon diagnosa / tindakan serta dari klaim obat kronis.

Tabel 126. Pendapatan klaim obat kronis

BULAN	JUMLAH BERKAS	PEMASUKAN
JANUARI	1336	Rp 119.445.277
FEBRUARI	1261	Rp 161.324.659
MARET	1455	Rp 193.767.749
APRIL	1108	Rp 146.265.111
MEI	1475	Rp 207.221.555
JUNI	1419	Rp 206.288.651
JULI	1493	Rp 220.782.394
AGUSTUS	1457	Rp 227.275.527
SEPTEMBER	1469	Rp 238.458.369
OKTOBER	1587	Rp 250.929.437
NOVEMBER	1578	Rp 246.760.609
DESEMBER	1559	Rp 237.550.315
TOTAL	17197	Rp 2.456.069.653

BAB VI

PENUTUP

A. KESIMPULAN

1. Bagian Administrasi Umum dan Keuangan

- Laporan Keuangan Rumah Sakit Umum Daerah Pesanggrahan 31 Desember 2023 disusun menggunakan basis akrual untuk pengakuan pendapatan-LO, beban, aset, kewajiban, ekuitas. Sedangkan untuk pendapatan-LRA dan belanja disusun berdasarkan basis kas.
- LRA (Laporan Realisasi Anggaran) menggambarkan perbandingan antara anggaran dan realisasinya, yang mencakup unsur pendapatan-LRA, belanja dan pembiayaan. Per 31 Desember 2023, realisasi Pendapatan-LRA yaitu sebesar Rp 34.314.169.660 atau sebesar 105,31% dari anggaran sebesar Rp 32.584.505.252.
- Realisasi belanja yaitu sebesar Rp 64.586.812.634 atau sebesar 96,49% dari anggaran sebesar Rp 66.933.158.510 sedangkan realisasi pembiayaan sebesar Rp 13.282.687.983 atau sebesar 100,00% dari anggaran sebesar Rp 13.282.687.983. Oleh karena itu, diperoleh defisit sebesar Rp16.989.954.991.
- Pemenuhan kebutuhan SDM melalui rekrutmen di RSUD Pesanggrahan.
- Kompetensi SDM akan terus ditingkatkan melalui perencanaan diklat yang terjadwal.
- Peningkatan system yang dikembangkan oleh Tim IT RSUD Pesanggrahan dengan beberapa sistem aplikasi.
- Peningkatan pelayanan dan kerjasama dengan pihak luar dalam rangka peningkatan pendapatan RSUD PESANGGRAHAN
- Penyediaan sarana dan prasarana sesuai dengan skala prioritas pengembangan layanan RSUD
- Membuat study kelayakan dengan bantuan konsultan agar hasil study dapat di pertanggungjawabkan dan dapat di pergunakan sesuai dengan kebutuhan RSUD
- Perbaiki sarana dan prasarana yang ada di RSUD

2. Bidang Pelayanan Medis dan Keperawatan

Laporan Tahunan ini dibuat untuk dapat memberikan gambaran terkait pencapaian Kinerja, hambatan, Analisa masalah serta usulan tindak lanjut pemecahan masalah dari Bidang pelayanan Medik dan Keperawatan sesuai dengan tugas Pokok dan fungsi dari Bidang pelayanan Medik dan Keperawatan yang terdapat pada pasal 38 dan pasal 39 Peraturan Gubernur Daerah Khusus Ibukota Jakarta Nomor 114 Tahun 2021 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah:

1. Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan RSUD Pesanggrahan terdiri atas 1 kepala Bidang, 3 Kepala Instalasi (Instalasi IGD dan Rawat Jalan, Instalasi Rawat Inap, Instalasi R. Khusus dan Kamar Bedah), Manajer Keperawatan, Manajer Pelayanan Pasien, 3 Kepala Ruangan serta dokter, dokter gigi, bidan, perawat dan perawat gigi pelaksana;
2. Spesialis yang tersedia dalam Pelayanan Kesehatan di RSUD. Pesanggrahan ada 12 Jenis Spesialisasi dengan 23 dokter Spesialis;
3. Sarana dan Prasarana masih terdapat kekurangan sehingga usulan bertahap dilakukan dalam Rencana Kebutuhan Barang Unit (RKBU);
4. Total Kunjungan Pasien IGD tahun 2023 sebanyak 14.122 pasien terbanyak di bulan September 2023 sebanyak 1.381 pasien. Pasien berkunjung ke IGD terbanyak menggunakan metode pembayaran Umum 62,14%. Masih ada 0,15 % pasien menggunakan Jaminan Covid-19 di bulan Januari, April, Mei dan Juni. Triase Hijau (FALSE EMERGENCY) masih mendominasi kunjungan pasien IGD sebesar 66%. Pasien DOA datang dengan diagnosa Cardiac Arrest sedangkan pasien DOE dengan diagnose ARDS, Dyspnoe dan Syok Cardiogenik. Diagnosa terbanyak di IGD RSUD. Pesanggrahan adalah Febris sebanyak 1952 pasien (13,82%), 2 Diagnosa rujukan keluar terbanyak adalah STEMI dan UAP dd NSTEMI dengan Rumah sakit penerima Rujukan Terbanyak pada Tahun 2023 adalah RS. Jantung Harapan Kita. Sementara pasien IGD PONEK Sebagian besar adalah termasuk Triase Kuning (62,30 %). Dengan kasus terbanyak adalah datang dengan Inpartu Kala 2

dan Abortus Inkomplit dengan Tindakan Emergency terbanyak di IGD PONEK adalah Partus Spontan (31%) dan Kuret CITO (21%);

5. Terdapat 15 Poli Rawat Jalan di RSUD. Pesanggrahan dengan jumlah pasien paling banyak sepanjang tahun 2023 adalah Poli Penyakit Dalam sebanyak 18.014 pasien dari 55.266 total pasien. Dengan diagnosa terbanyak di Poli Rawat Jalan adalah Hipertensi Heart Disease sebanyak 9.266 Pasien dan Necrosis Of Pulp sebanyak 4.502 pasien. Dan dr. Jerry Sp. PD di Poli Penyakit Dalam dengan jumlah pasien 10.463 pasien setahun menjadi Dokter Spesialis dengan jumlah Pasien terbanyak sepanjang tahun 2023;
6. Pasien Poli Medical Check Up (MCU) meningkat 25,2% dari tahun 2022 dengan Kunjungan Pasien terbanyak dibulan Desember 2023 sebanyak 766 pasien. Pada Poli umum kunjungan Pasien terbanyak dibulan Oktober 2023 sebanyak 116 pasien. Pasien Poli Amani meningkat sebanyak 81,7% dari tahun 2022 dengan Kunjungan Pasien terbanyak dibulan Agustus 2023 sebanyak 16 pasien. Demikian Pula Pasien Poli TB-DOTS meningkat 125 % dari tahun 2022 dengan kunjungan pasien terbanyak dibulan Oktober 2023 sebanyak 28 pasien. Untuk kunjungan rawat jalan ke Poli Vaksin dan mendapatkan Vaksin Flubio, Vaksin Meningitis dan Vaksin Meningitis + Flubio sepanjang tahun 2023 sebanyak 249 Orang;
7. Total Pasien Masuk Rawat Inap yang terdata sepanjang tahun 2023 adalah 4.073 Pasien dengan terbanyak kunjungan dibulan Oktober 2023 sebanyak 383 pasien. Untuk Kunjungan pasien berdasarkan pembiayaan terbanyak adalah jaminan pembiayaan BPJS (96%). Masih terdapat selisih 528 pasien dalam tahun 2023 antara total jumlah pasien terdata dengan total jumlah pasien berdasarkan jenis jaminan pembiayaan dimana selisih ini harus ditindaklanjuti oleh unit terkait terkait awal pasien , pasien masuk rawat inap, pasien pindahan;
8. Realisasi capaian Kinerja Rawat Inap tahun 2023, Jumlah Hari rawat adalah 11.745 hari. Dengan Rata-Rata BOR tahun 2023 adalah 32,18 % tertinggi dibulan September 2023 sebesar 37 %

dimana ruangan Adenium memiliki BOR tertinggi yaitu sebesar 65,68 % dengan Rata-rata ALOS Rawat Inap adalah 2.TOI selama 5 hari, BTO sebanyak 47 kali, NDR 10 dan GDR sebesar 18 per 1000 pasien keluar. Untuk Spesialisasi terbanyak menangani Rawat Inap adalah Spesialis Penyakit Dalam sebanyak 1543 pasien. 3 Diagnosa terbanyak Rawat inap adalah Pneumonia, DBD dan Diare GE. Terdapat 3.703 pasien dipulangkan namun masih ada 111 pasien Atas Permintaan Sendiri keluar dari Rawat Inap Rumah Sakit dan 246 pasien dirujuk. Untuk RS tujuan rujukan yang paling banyak dari Rawat Inap RSUD. Pesanggrahan adalah ke RSUD. Pengampu yaitu RSUD Pasar Minggu (24,20%) dan RSUD. Tarakan (22%);

9. Ruangan Bayi Sakit atau Perina dengan jumlah kunjungan pasien sebanyak 900 Bayi, rata-rata BOR adalah 26,12 % dengan rata-rata ALOS 2 hari. Diagnosa terbanyak adalah NCB SMK sebanyak 534 bayi dan Hiperbilirubin 122 bayi. RS penerima rujukan terbanyak adalah RS Budi Asih dan RS Budi Kemulyaan;
10. Ruangan Intensive RSUD. Pesanggrahan terdiri atas ICU Isolasi (2 bed), ICU Non Isolasi (2bed), HCU (1bed), PICU (1bed) dan NICU (2 bed). Baru 8 Bed dari persyaratan 10 Bed Ruang Intensive yang harus disediakan oleh RSUD. Tipe C dengan 100 bed;
11. Selama tahun 2023, BOR Unit ICU non Isolasi tertinggi di Bulan Januari 2023 (85,48%) dengan LOS rata-rata tertinggi dibulan Juli 2023 (3hari), BOR ICU Isolasi tertinggi pada bulan Maret 2023 (83,87%) dengan LOS rata-rata tertinggi dibulan Oktober 2023 (6 hari), BOR HCU Tertinggi pada bulan Juni 2023 (63,30%) dengan LOS tertinggi pada bulan November 2023 (4hari) dan BOR Unit PICU rata-rata adalah 33,67 % dengan LOS rata-rata 3 hari dimana Unit PICU mulai beroperasi di bulan Oktober 2023. Sementara NICU belum ada pasien ditahun 2023;
12. Diagnosa terbanyak pada ICU (Non Isolasi dan Isolasi) dan HCU adalah TB Paru (16%) , DHF (12%) dan Pneumonia (12%). Dan RS rujukan terbanyak ke RSUD. Pasar Minggu. Unit PICU

diagnosa terbanyak adalah suspek Meningitis (25%) , Asma (17%) dan Epilepsi (17%);

13. Tindakan Operasi di tahun 2023 sebanyak 1271 Tindakan. Dokter M. Ikhsan Sp. OG dari Poli Obgyn melakukan Tindakan paling banyak ditahun 2023 sebanyak 520 tindakan dan dr. Karlina, Sp. An melakukan Tindakan Anestesi terbanyak (521 Tindakan). Tindakan di kamar Operasi yang paling banyak adalah Tindakan Sectio Secaria (497 tindakan). Dengan penjamin pembayaran Tindakan operasi terbanyak adalah BPJS (93%);
14. Rata – rata Pencapaian Indikator Mutu Nasional yang belum tercapai yaitu kepatuhan penggunaan APD dengan target 100%, Waktu tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi dengan target ≥ 80 %, Waktu Tunggu Rawat Jalan < 60 Menit dengan target ≥ 80 % dan Kepatuhan terhadap clinical pathway dengan target ≥ 80 % . Untuk Target Indikator Mutu Prioritas Target dalam Indikator Mutu Prioritas yang belum tercapai untuk Tahun 2023 yaitu dari Unit Pelayanan Poli Mata dengan Indikator Waktu tunggu pelayanan Poli Mata ≤ 60 menit dengan target $> 80\%$ dengan rata-rata realisasi capaian sebesar 67,3% . Sedangkan untuk Indikator Mutu unit masih ada yang belum tercapai dengan alasan berbagai sebab yang akan di tingkatkan tahun-tahun berikutnya;
15. Layanan Unggulan untuk RSUD Pesanggrahan sesuai dengan Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta Nomor 602 tahun 2021 tentang Pengembangan Pelayanan Unggulan dan Jejaring Layanan Rujukan RSUD dan RSKD Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta Layanan Rujukan Kesehatan Mata Level II Sekunder Kesehatan Mata (dengan pemenuhan kekurangan), Layanan Rujukan Tumbuh Kembang Anak Level I Primer (dengan waktu pemenuhan kekurangan menjadi Level II Sekunder), Layanan Rujukan Luka Bakar Level III Burn Facilities (dengan waktu pemenuhan kekurangan menjadi Level II Burn Unit);
16. Hambatan Ketenagaan berkaitan dengan Jumlah Bed dan BOR dalam Pelayanan Kesehatan juga tidak lepas dari struktur fisik Rumah sakit yang sebelumnya adalah peruntukan bangunan

Puskesmas. Sehingga beberapa ruangan Pelayanan Kesehatan seperti Ruang Rawat Inap , Ruang Intensive, Ruang Rawat Jalan berbeda lantai dan terpisah-pisah menyebabkan kebutuhan tenaga perawat yang meningkat. Ruangan Rawat Inap terdapat di 4 lantai dengan 5 lokasi berbeda. Rawat Inap Isolasi yang memiliki jumlah bed paling banyak untuk ruangan Rawat inap di RSUD. Pesanggrahan (20 Bed) dengan jumlah tenaga 8 Perawat, tidak selalu penuh terisi pasien-pasien Isolasi sesuai Indikasi (BOR 17,53). Ruangan Anthurium 1, Anthurium 2.1, Anthurium 2.2 dan Anthurium 2.3 sejumlah 16 Bed yang terpisah di Lantai 1 tidak terisi ditahun 2023 (BOR 0) hanya diperuntukan sebagai ruangan backup karena dibutuhkan tenaga perawat untuk penempatan terpisah diruangan tersebut. Ruang Rawat Intensive ICU terdapat di 2 lantai (lantai 2 ICU Isolasi dan lantai 3 ICU Non Isolasi) membutuhkan banyak tenaga per shiftnya terutama untuk pasien dengan kebutuhan Ventilator memiliki syarat tersendiri. Kebutuhan Penambahan Jenis Unit Rawat Jalan untuk meningkatkan pendapatan menjadi terhambat dikarenakan jumlah ketenagaan yang dibutuhkan banyak untuk menjalankan layanan bagi 4 lokasi poli yang menyebar.

17. Hambatan lainnya dalam Pelayanan Kesehatan meliputi kebutuhan pelatihan seperti pelatihan PONEK, Pelatihan ICU, NICU dan PICU, pemahiran Tindakan mata, Kebutuhan SDM, disiplin dokter Spesialis terkait mulai jam praktik dan standby saat penanganan bayi, Paket MCU dan pengenalan layanan kepada jejaring, Alur proses pelayanan, pelaporan, sarana dan prasarana seperti kebutuhan alat di PONEK, OK, Perina PICU dan NICU, kebutuhan pemenuhan Linen, BMHP, Table Flowchart dan yang paling penting adalah Sistem IT untuk E RM, Sinkronisasi dan Improvement system IT termasuk kebutuhan digitalisasi Rekam Medis di Rawat Inap.

3. Bidang Pelayanan Penunjang

a. Instalasi Farmasi

1. Terjadi peningkatan jumlah kunjungan resep pada periode pelayanan Farmasi Tahun 2023, hal ini seiring dengan adanya penambahan layanan dan jadwal spesialis di RSUD

Pesanggrahan. Perlu dilakukan perencanaan ketersediaan obat dan Alkes BMHP berdasarkan nominal realisasi belanja pola konsumsi pada periode tahun sebelumnya serta mengantisipasi adanya peningkatan pasien di tahun berikutnya.

2. Obat kronis masuk dalam kategori Fast Moving, obat life Saving dan Non Fornas masuk dalam kategori slow moving, obat death stock merupakan obat covid yang sudah tidak lagi digunakan dokter spesialis untuk tata laksana terapi. Data tersebut dapat dijadikan acuan sebagai dasar pola konsumsi jumlah yang perlu disediakan pada tahun berikutnya terutama obat life saving dan obat kronis.
3. Pelayanan Farmasi klinis sesuai standar rumah sakit yaitu konseling, PIO dan Pengkajian resep telah mencapai target, namun perlu dilakukan upaya peningkatan mutu layanan agar lebih optimal dengan pelaksanaan farmasi klinis secara rutin. Diperlukan sistem yang menunjang untuk dapat mempermudah pelaksanaan farmasi klinis sehingga tidak memerlukan formulir tetapi sudah ada masuk dalam sistem KHANZA.
4. Klaim obat kronis mengalami peningkatan dalam segi kunjungan dan nominal pendapatan akan tetapi juga terdapat kendala dalam pelaksanaan pengajuan sesuai bulan berjalan hal ini dikarenakan adanya kendala internal dan eksternal. Upaya klaim telah dilakukan sesuai timeline dan sesuai instruksi verifikator dari pihak BPJS dengan adanya jangka waktu pengajuan yang dapat dilakukan (tidak dapat dilakukan dalam satu waktu bersamaan). Akan tetapi, tetap dapat dipastikan nominal klaim aman dan masih dapat ditagihkan sesuai nominal yang telah terinput dalam sistem BPJS yang tetap dilaksanakan sesuai hari berjalan.
5. Percepatan tagihan BPJS agar sesuai target perlu dukungan dari pimpinan, baik masalah sarana prasarana maupun sumber daya manusia
6. Berdasarkan data yang disampaikan sasaran indikator mutu unit layanan Instalasi Farmasi telah sesuai tercapai, kecuali Pelayanan Peracikan Obat High Alert Elektrolit Pekat Di Instalasi Farmasi. Perlu dilakukan peningkatan upaya konsistensi petugas farmasi dalam melakukan pencatatan /

dokumentasi pelaksanaan kegiatan aseptik dispensing khusus obat HA. Pencatatan kegiatan farmasi banyak dilakukan di buku ekspedisi salah satunya pencatatan penyiapan obat HA, sehingga membuat banyak pencatatan yang harus dilakukan. Perlu dibuat sistem pencatatan secara elektronik untuk mempermudah petugas pelaksana mendokumentasikan kegiatan dispensing obat HA.

7. Hambatan awal tahun yang terkait dengan system informasi elektronik rumah sakit, belum banyak yang bisa dilakukan karena berhubungan dengan unit lain. Perlu dorongan dari pimpinan Rumah Sakit agar permasalahan ini dapat segera ditangani.

8. Untuk hambatan dalam penggunaan Antibiotik tertentu (seperti meropenem), perlu kebijakan pimpinan Rumah Sakit sehingga PPRA dapat berfungsi optimal.

b. Instalasi Penunjang Medik

Data-data yang ditampilkan dalam Laporan Tahunan ini telah dapat menggambarkan kinerja Instalasi Penunjang Medis Rumah Sakit Umum Daerah Pesanggrahan selama tahun 2023 dalam melaksanakan fungsinya sebagai bagian dari Bidang Pelayanan Penunjang yang ikut berperan dalam penyelenggaraan tugas pokok dan fungsi Rumah Sakit Umum Daerah Pesanggrahan sebagai Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Pemerintah Provinsi DKI Jakarta.

Terdapat berbagai hambatan baik internal maupun yang muncul selama pelaksanaan kegiatan pelayanan yang dilakukan oleh Instalasi Penunjang Medis, namun dengan dukungan dari pihak Manajemen dan Pimpinan telah diterapkan Sistem Informasi Rumah Sakit, Sistem dan Alur Pelayanan serta Standar Prosedur untuk mencegah, meminimalisir dan mengatasi masalah supaya memperlancar dan mempermudah para Staf dalam melayani pasien namun tetap perlu dilakukan evaluasi dan pengembangan sistem agar diperoleh hasil yang semaksimal mungkin.

Satu hal yang paling penting adalah komitmen dan semangat dari seluruh Staf untuk selalu berusaha menjalankan tugas dengan tertib sesuai prosedur, ketentuan dan peraturan perundangan disertai kebiasaan berkoordinasi antar Staf, Manajemen dan Pimpinan RSUD Pesanggrahan.

Disamping itu, perlu dibiasakan untuk melakukan kegiatan perencanaan yang baik, penetapan kebijakan, pelaksanaan monitoring serta evaluasi program secara rutin, terjadwal serta konsisten sehingga diharapkan dapat mencapai visi misi yang telah ditetapkan demi meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.

c. Instalasi Penunjang non Medik

1. Berdasarkan data yang disampaikan sasaran indikator mutu unit layanan yang ada di Instalasi Penunjang non Medik semua tercapai 100% telah sesuai.
2. Beberapa permasalahan awal tahun sudah dapat diselesaikan pada tahun 2023 ;
 - Autoclave Halmet sudah diperbaiki
 - Sanitarian kit sudah dibeli
 - Mesin setrika (roller) sudah diperbaiki
 - Persediaan linen (untuk stok dikalikan 3) mulai dipenuhi meski secara bertahap

Hambatan yang terkait dengan pembangunan/ pemeliharaan yang memerlukan dukungan anggaran besar perlu disiapkan dahulu seperti :

- Ruang workshop perbaikan alat Kesehatan
- Pagar pada daerah TPS
- Ruang dengan temperature $\leq 0^{\circ}\text{C}$ untuk penyimpanan limbah medis
- Anggaran pemeliharaan mesin hydrant
- Anggaran rutin pemeliharaan mesin setrika (roller)
- Ataupun yang butuh kebijakan pimpinan seperti jika terjadi kehilangan alat kesehatan yang ada di pelayanan.

B. REKOMENDASI

1. Memenuhi kebutuhan kebutuhan SDM sesuai dengan kebutuhannya.
2. Meningkatkan kompetensi SDM Rumah Sakit melalui perencanaan diklat yang matang dengan menggunakan anggaran operasional BLUD.
3. Meningkatkan mutu pelayanan sesuai dengan standar *Hospitality* dan transformasi layanan kesehatan
4. Berkoordinasi dengan kepegawaian untuk mengajukan

- perekrutan SDM (Khususnya perawat) untuk tahun 2023.
5. Berkoordinasi dengan pelayanan medis terkait penambahan SDM dokter spesialis mata.
 6. Berkoordinasi dengan unit IT untuk membuat sistem rumah Sakit di tahun 2023
 7. Pengajuan alat kerja atem alat kerja/ toolkit atem yaitu vital sign simulator
 8. Usulan pengajuan barang modal mesin cuci dan pengering laundry yang sudah tidak maksimal
 9. Usulan pengajuan pagar untuk pembatas di TPS yang minimal 2m ketinggiannya

1. Instalasi Farmasi

Agar penerapan penggunaan system e-medical record disemua unit dipercepat, hardware dan software nya di tingkatkan kualitasnya. Hal ini sangat diharapkan karena :

- Menghemat penggunaan atk (kertas dan tinta)
- Dengan bridging BPJS, proses klaim BPJS dapat secara langsung ,
- Tidak perlu lagi pengajuan klaim secara manual yang menghabiskan waktu dan tenaga
- Tenaga kesehatan yang ada dapat lebih banyak difokuskan pada pelayanan di penyiapan obat sehingga waktu tunggu pasien dapat lebih pendek
- Manajemen pencatatan dan pelaporan obat dan perbekalan farmasi dapat lebih baik karena semua system sudah terintegrasi penyimpanan dan pelaporan
- Stok obat yang ada di unit-unit dapat terpantau sehingga mengurangi *death stock* ataupun kadaluarsa
- Pembelian obat dan perbekalan farmasi dapat efisien

2. Instalasi Penunjang Medik

Untuk peningkatan pelayanan merekomendasikan :

- System informasi RS agar dapat digunakan disemua unit
- Proses bridging Khanza RS dengan system yang diminta oleh BPJS, Kemenkes maupun Dinas Kesehatan dapat segera

diterapkan sehingga dapat mempersingkat waktu tunggu pasien dan mempermudah pengelolaan data dan laporan

- Agar dapat disediakan pelayanan alat Rontgent yang lebih canggih, yang sesuai teknologi saat ini yang dapat bridging dengan system informasi RS.
- Agar disiapkan alat Rontgent mobile sehingga untuk pasien yang tidak bisa mobile, alat rontgentnyalah yang di datangkan

3. Instalasi Penunjang non Medik

a. Unit kesling :

- Revitalisasi tangki-tangki IPAL / WWTP
- Pembuatan Pertek IPAL dan Rintek TPS B3
- Pemasangan filter untuk Dapur

b. Unit K,3 :

- Pemasangan pagar/tralis lantai 5, mencegah hal tdk diinginkan pada saat pengurusan toren
- Pemeliharaan kontrak mesin hydrant dan sistem proteksi kebakaran
- Penambahan beberapa titik cctv sperti di lift dan di area ruko

c. Unit cssd :

- Pengadaan autoclave
- Pengadaan kompresor udara buat pengeringan alat
- Pengadaan mesin washer

d. Unit laundry :

- Pemeliharaan kontrak mesin cuci untuk servis besar
- Pengadaan rak / lemari linen bersih

C. SARAN

a. Bagian Administrasi Umum dan Keuangan

Untuk meningkatkan kinerja serta optimalisasi pelaksanaan di bagaian administrasi umum dan keuangan di RSUD Pesanggrahan, beberapa saran yang dapat kami derikan setiap tahunnya, antara lain :

1. Optimalisasi dalam perencanaan kegiatan. penyusunan anggaran kebutuhan belanja dan pelaksanaan pengelolaan anggaran dan keuangan secara tertib. sesuai aturan namun tetap mempermudah proses pemenuhan kebutuhan

operasional rumah sakit khususnya pelayanan medis.

2. Memenuhi kebutuhan sarana dan prasarana yang bersifat prioritas untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat melalui pengadaan anggaran subsidi dan operasional BLUD.
3. Meningkatkan kompetensi SDM Rumah Sakit melalui perencanaan diklat yang matang dengan menggunakan anggaran operasional BLUD.
4. Meningkatkan mutu pelayanan sesuai dengan standar *Hospitality* dan transformasi layanan kesehatan.
5. Melakukan pertemuan serta komunikasi berjenjang secara rutin berkala dan konsisten baik secara langsung maupun via media elektronik.
6. Melakukan pengembangan SIMRS secara menyeluruh dan terintegrasi dari semua unit yang ada di RSUD Pesanggrahan.
7. Melaksanakan monitoring dan evaluasi secara terintegrasi terhadap setiap kegiatan yang telah direncanakan sebelumnya.

b. Bagian Pelayanan Medis dan Keperawatan

Untuk meningkatkan kinerja serta optimalisasi pelaksanaan pelayanan Kesehatan di RSUD Pesanggrahan, beberapa saran dari Bidang pelayanan Medik dan Keperawatan yang umumnya hampir sama setiap tahunnya, antara lain :

1. Penataan dan Pemenuhan kekurangan Sistem Informasi IT demi menunjang Perkembangan Teknologi yang terus berkembang;
2. Meningkatkan Kompetensi Sumber Daya Manusia Kesehatan yang ada sesuai Kebutuhan untuk menunjang Kelancaran Pelayanan Kesehatan;
3. Penerapan *Hospitality* yang dijalankan dengan sukarela oleh semua pegawai RSUD. Pesanggrahan tanpa harus diingatkan dalam implementasinya;
4. Pemenuhan Kebutuhan Sumber Daya Sarana dan Prasarana yang teranalisa, terencana dengan baik demi menunjang pelayanan Kesehatan untuk Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien;
5. Meningkatkan Koordinasi, Integrasi, Sinkronisasi dan Sosialisasi dari Bagian dan Bidang untuk meningkatkan

kelancaran jalannya Pelayanan Kesehatan;

6. Melakukan Monitoring dan Evaluasi secara Kontinue dan berkesinambungan dengan tetap Mengedepankan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

c. Bagian Pelayanan Penunjang

1. Instalasi Farmasi

- a. Pelayanan Farmasi dalam bidang logistik berkaitan dengan persediaan dan aset, distribusi terkait penguncian pada sistem dan farmasi klinis dalam meminimalisir ketidaksesuaian resep perlu ditunjang dari segi sistem yang memadai sehingga perlu dijadikan prioritas dalam program timeline IT
- b. Sarana yang menunjang perlu dipertimbangkan dilengkapi dengan ketersediaan printer di gudang farmasi sehingga dapat dijadikan ruang kerja baik tugas administrasi gudang, klaim BPJS, dan administrasi laporan Instalasi Farmasi tanpa terhambat dengan aktivitas pelayanan. Selain itu perlu disediakan refrigerator yang dapat menyimpan persediaan obat dengan stabilitas 2-8°C dengan kapasitas yang lebih mencukupi di Instalasi Farmasi.

2. Instalasi Penunjang Medis

Perlu dilakukan beberapa upaya untuk meningkatkan kinerja serta optimalisasi pelaksanaan kegiatan di RSUD Pesanggrahan sehingga penerapan rencana strategis yang telah disusun dapat berhasil dengan baik serta pelayanan yang dilakukan pada Instalasi Penunjang Medik dapat berjalan secara optimal. Upaya tersebut meliputi beberapa hal, yaitu:

- a. Optimalisasi dalam perencanaan kegiatan, penyusunan anggaran kebutuhan belanja dan pelaksanaan pengelolaan anggaran dan keuangan secara tertib, sesuai aturan namun tetap mempermudah proses pemenuhan kebutuhan operasional rumah sakit khususnya pelayanan medis;
- b. Meningkatkan komitmen seluruh staf Rumah Sakit dalam hal kedisiplinan dan ketertiban dalam melakukan pelayanan yang

- sesuai prosedur dan peraturan perundangan terutama yang menyangkut keselamatan pasien dan staf itu sendiri;
- c. Menanamkan semangat integritas dan menyamakan persepsi atas Misi Rumah Sakit agar dapat mewujudkan Visi RSUD Pesanggrahan;
 - d. Memanfaatkan sumber daya yang tersedia semaksimal mungkin dan meningkatkan kualitas sumber daya manusia agar berkualitas unggul;
 - e. Melakukan evaluasi dan mengganti atau meningkatkan Indikator Mutu Pelayanan Prioritas Rumah Sakit dan Indikator Mutu di seluruh Unit Layanan yang dalam dua tahun terakhir selalu mencapai target.
 - f. Meningkatkan koordinasi antar seluruh staf, Manajemen dan Pimpinan dalam mengintegrasikan setiap kegiatan di Unit Layanan masing- masing agar dapat terwujud efisiensi dan efektifitas menggunakan media yang tidak terbatas;
 - g. Penerapan mekanisme 'Reward & Punishment' secara konsisten;
 - h. Melakukan pertemuan serta komunikasi berjenjang secara rutin berkala dan konsisten baik secara langsung maupun via media elektronik;
 - i. Melaksanakan monitoring dan evaluasi secara terintegrasi terhadap setiap kegiatan yang telah direncanakan sebelumnya.

3. Instalasi Penunjang non Medik

- a. Troli linen bersih sering terbuka saat jalan dikarenakan getaran;
- b. Akses linen kotor / lubang akses linen kotor pada lantai 3 tidak tertutup, mengakibatkan air masuk kedalam ruang pencucian saat hujan;
- c. Keramik lantai yang pecah harap segera dilakukan penambalan terutama pada pintu masuk area samping;
- d. Banyak lubang-lubang di sekitaran pagar pembatas / dinding, yang bersiko terjadinya akses penyebaran vector;
- e. Ruang pompa hydrant langit-langit rembes air;

- f. Langit-langit pada RAM sudah mengalami keretakan rambut, segera untuk dilakukan pelapisan;
- g. Penambahan titik-titik CCTV di area yang berisiko, serta mengganti CCTV yang memiliki ketajaman dengan resolusi rendah;
- h. Lakukan uji kesesuaian / uji kelayakan sistem utilitas penting diatas dan laporkan ke tim K3 untuk pelaporan MFK;
- i. Belum dilakukannya penggunaan sumber air bersih alternative apabila mengalami kondisi darurat air;
- j. Tidak adanya pagar untuk pembatas di TPS yang minimal 2m ketinggiannya;
- k. Melakukan pengawasan dry mist atau dekontaminasi ruangan secara berkala.
- l. Melakukan pengujian sampel ulang untuk area yang belum mencapai standar atau tidak memenuhi syarat sesuai aturan yang berlaku.