

KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah kami panjatkan kehadiran Allah SWT, karena atas rahmat dan karunia-Nya penyusunan Laporan Tahunan 2022 RSUD Pandega Pangandaran dapat kami selesaikan dengan baik.

Laporan tahunan ini disusun sebagai pertanggungjawaban kinerja maupun anggaran dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsi sebagai fungsi RSUD Pandega Pangandaran.

Laporan tahunan 2022 berisikan laporan mengenai kondisi sumber daya (sumber daya manusia, sarana prasarana dan dana), pencapaian kinerja, kegiatan pelayanan dan realisasi anggaran.

Terima kasih dan penghargaan yang tulus kami sampaikan kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan laporan Tahunan 2022, harapan kami semoga RSUD Pandega Pangandaran dapat berkembang dan meningkat dalam pencapaian kinerja selanjutnya. Adapun kritik dan saran guna adanya perbaikan dalam Laporan Tahunan yang akan datang sangat kami harapkan semoga laporan ini dapat berguna bagi semua pihak.

Pangandaran, Januari 2023

**DIREKTUR
RSUD PANDEGA PANGANDARAN**

Dr. dr. Hj. TITI SUTIAMAH, M.M
Pembina IV/a
NIP. 19790529 201101 2 001

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR TABEL	iv
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 LATAR BELAKANG.....	1
1.2 MAKSUD DAN TUJUAN	2
1.2.1. Maksud	2
1.2.2. Tujuan.....	2
1.3. RUANG LINGKUP LAPORAN.....	3
BAB II GAMBARAN UMUM.....	4
2.1. PROFIL RSUD PANDEGA PANGANDARAN	4
2.1.1. Ketersediaan Tempat Tidur	5
2.1.2. Jenis Pelayanan	7
2.1.3. Sumber Daya	9
2.1.4. Kelembagaan.....	16
BAB III TUJUAN DAN SASARAN KERJA.....	24
3.1. DASAR HUKUM	24
3.2. TUJUAN SASARAN DAN INDIKATOR	25
3.2.1. Visi dan Misi dan Tata Nilai	25
3.2.2. Indikator.....	28
BAB IV EVALUASI KEGIATAN RUMAH SAKIT.....	47
4.1. BAGIAN TATA USAHA	47
4.2. BIDANG PELAYANAN MEDIS.....	49
4.3. BIDANG KEPERAWATAN.....	55
4.4. BIDANG PENUNJANG PELAYANAN	58
BAB V HASIL KERJA.....	63
5.1. PENCAPAIAN HASIL KINERJA.....	63
5.1.1. Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit	63
5.1.2. Indikator Pelayanan Rumah Sakit.....	64
5.1.3. Kelengkapan Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan	65
5.1.4. Pendapatan RSUD Pandega Pangandaran	66
5.1.5. Kunjungan dan Kepesertaan Pasien RSUD Pandega Pangandaran	69

5.1.6. Realisasi Anggaran RSUD Pandega Pangandaran.....	75
5.1.7 INDEKS KEPUASAN MASYARAKAT	75
BAB VII PENUTUP.....	82
6.1. KESIMPULAN	82
6.2. SARAN.....	83

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Profil Singkat RSUD Pandega Pangandaran Tahun 2022	4
Tabel 2.2 Ketersediaan Tempat Tidur di RSUD Pandega Tahun 2022	5
Tabel 2.3 Sumber Daya Manusia (SDM) di RSUD Pandega Pangandaran Per 23 November 2022	10
Tabel 2.4 Rekapitulasi Jenis Tenaga di RSUD pandega Pangandaran Per 23 November 2022	10
Tabel 2.5 Data Pegawai Berdasarkan Strata Pendidikan	12
Tabel 2.6. Data Ketersediaan Aset RSUD Pandega Pangandaran	12
Tabel 2.6 Struktur Organisasi RSUD Pandega Pangandaran Tahun 2022	18
Tabel 3.1 Target SPM Pelayanan Gawat Darurat	28
Tabel 3.2 Target SPM Pelayanan Rawat Jalan	28
Tabel 3.3 Target SPM Pelayanan Rawat Inap	29
Tabel 3.4 Target SPM Pelayanan Bedah Sentral	30
Tabel 3.5 Target SPM Pelayanan Persalinan Dan Perinatologi	30
Tabel 3.6 Target SPM Pelayanan Intensif	32
Tabel 3.7 Target SPM Pelayanan Radiologi	32
Tabel 3.8 Target SPM Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik	32
Tabel 3.9 Target SPM Pelayanan Fisioterapi	32
Tabel 3.10 Target SPM Pelayanan Farmasi	33
Tabel 3.11 Target SPM Pelayanan Gizi	33
Tabel 3.12 Target SPM Pelayanan Transfusi Darah	33
Tabel 3.13 Target SPM Pelayanan Keluarga Miskin	34
Tabel 3.14 Target SPM Pelayanan Rekam Medik	34
Tabel 3.15 Target SPM Pengolahan Limbah	34
Tabel 3.16 Target SPM Pelayanan Administrasi Dan Manajemen	34
Tabel 3.17 Target SPM Pelayanan Ambulans/Kereta Jenazah	35
Tabel 3.18 Target SPM Pelayanan Pemulasaraan Jenazah	35
Tabel 3.19 Target SPM Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	35
Tabel 3.20 Target SPM Pelayanan Laundry	36
Tabel 3.21 Target SPM Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi	36
Tabel 3.22. Standar Indiktor Pelayanan Rumah Sakit	36

Tabel 3.23. Standar Indikator Sarana, Pasarana, dan Alat Kesehatan	37
Tabel 3.24. Realisasi SPM Gawat Darurat	37
Tabel 3.25. Realisasi SPM Rawat Jalan	37
Tabel 3.26. Realisasi SPM Rawat Inap	38
Tabel 3.27. Realisasi SPM Bedah Sentral	40
Tabel 3.28. Realisasi SPM Persalinan Perinatologi	40
Tabel 3.29 Realisasi SPM Intensif	41
Tabel 3.30 Realisasi SPM Radiologi	42
Tabel 3.31 Realisasi Lab Patologi Klinik	42
Tabel 3.32. Realisasi SPM Rehabilitasi Medik	42
Tabel 3.33 Realisasi SPM Farmasi	43
Tabel 3.34 Realisasi SPM Gizi	43
Tabel 3.35 Realisasi SPM Transfusi Darah	43
Tabel 3.36 Realisasi SPM Penyakit Gakin	43
Tabel 3.37 Realisasi SPM Rekam Medis	44
Tabel 3.38 Realisasi SPM Pengelolaan Limbah	44
Tabel 3. 39 Realisasi SPM Administrasi dan Manajemen	44
Tabel 3.40 Realisasi SPM Ambulance/Kereta Jenazah	45
Tabel 3.41 Realisasi SPM Pemulasaran Jenazah	45
Tabel 3.42 Realisasi SPM Pelayanan Pemeliharaan Rumah Sakit	45
Tabel 3.43 Realisasi SPM Pelayanan Laundry	46
Tabel 3.44 Realisasi SPM Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	46
Tabel 5.1 Indikator Pelayanan RSUD Pandega Pangandaran Per Bulan	64
Tabel 5.2 Indikator Pelayanan RSUD Pandega Pangandaran Tahun 2022	64
Tabel 5.3 Kelengkapan Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan RSUD Pandega Pangandaran Tahun 2022	65
Tabel 5.4 Kelengkapan Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan Essensial RSUD Pandega Pangandaran Tahun 2022	66
Tabel 5.5 Presentasi Kebutuhan Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan RSUD Pandega Pangandaran Tahun 2022	66
Tabel 5.6 Tingkat Kelengkapan data Kalibrasi untuk Alat wajib Kalbrasi RSUD Pandega Pangandaran Tahun 2021 per tanggal 12-01-2022	66

Tabel 5.7 Presentasi Pendapatan Pelayanan RSUD Pandega Pangandaran Tahun 2022	67
Tabel 5.8 Data Kunjungan Pasien RSUD Pandega Pangandaran Tahun 2022	69
Tabel 5.9 Kumulatif Kunjungan Poliklinik Tahun 2022	71
Tabel 5.10. Data Kepesertaan Pasien RSUD Pandega Pangandaran Tahun 2022 ..	72
Tabel 5.11 Realisasi Anggaran RSUD Pandega Pangandaran Tahun 2022.....	75
Tabel 5.12 Indeks Kepuasan Masyarakat Terhadap RSUD Pandega Pangandaran Tahun 2022 Semester 1	76
Tabel 5.13 Indeks Kepuasan Masyarakat Terhadap RSUD Pandega Pangandaran Tahun 2022 Semester 2	79

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Good Governance merupakan konsep penyelenggaraan pemerintahan yang mengembangkan dan menerapkan prinsip-prinsip profesionalitas, akuntabilitas, transparansi, pelayanan prima, demokrasi, efisiensi, efektivitas, supremasi hukum, dan dapat diterima oleh seluruh masyarakat. Instansi pemerintah sebagai penyelenggara pelayanan publik dituntut untuk menyuguhkan mutu pelayanan yang terbaik serta berdaya saing sebagai bentuk pencapaian kinerja pemerintahan sesuai dengan prinsip-prinsip penyelenggaraan pemerintahan yang baik.

Pelayanan kesehatan merupakan suatu bentuk upaya mewujudkan keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Dewasa ini dengan kemajuan teknologi informasi yang sangat pesat memungkinkan masyarakat lebih kritis dalam mencermati pelayanan yang diterima. Pelayanan kesehatan di Rumah Sakit akan senantiasa menjadi sorotan publik sehingga perlu dijadikan motivasi peningkatan mutu pelayanan sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Demikian juga persaingan antar Rumah Sakit dapat dijadikan bahan untuk memacu pengembangan inovasi pelayanan.

RSUD Pandega Pangandaran adalah Rumah Sakit Kelas C milik Pemerintah Daerah Kabupaten Pangandaran yang merupakan Rumah Sakit rujukan regional yang memberikan pelayanan kesehatan dengan upaya penyembuhan, pemulihan, pencegahan, peningkatan, pelayanan rujukan dan pengabdian kepada masyarakat. RSUD Pandega Pangandaran dituntut untuk melaksanakan pelayanan yang CEPAT (*Ceria, Empati, Profesional, Aman, dan Tanggung Jawab*) sebagai bentuk pelayanan terbaik kepada masyarakat. RSUD Pandega Pangandaran yang memulai operasionalnya pada tahun 2020 dengan berbagai kondisi awal serta dalam masa pandemi Covid-19, fokus kebijakan manajemen Rumah Sakit yaitu pada pemenuhan Sumber Daya Manusia (SDM), sarana, prasarana, dan alat kesehatan sesuai standar serta sejalan dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

Berbagai upaya dalam pencapaian visi, RSUD Pandega Pangandaran berupaya untuk dapat mandiri, modern, dan profesional dengan berbagai kegiatan pemenuhan SDM, sarana dan prasarana, alat kesehatan, perencanaan akreditasi dan perencanaan perubahan pengelolaan keuangan menjadi Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) pada Tahun 2022.

Sebagai bentuk pelaksanaan prinsip akuntabilitas dan transparansi informasi berbagai kegiatan RSUD Pandega Pangandaran selama tahun 2022 diharuskan membuat Laporan Tahunan RSUD Pandega Pangandaran Tahun 2022. Laporan Tahunan ini sebagai evaluasi kegiatan pelayanan yang telah dilaksanakan RSUD Pandega Pangandaran sebagai dasar kebijakan untuk peningkatan dan pengembangan Rumah Sakit.

1.2 MAKSUD DAN TUJUAN

1.2.1. Maksud

Maksud penyusunan laporan tahunan ini adalah dalam rangka mendukung sistem akuntabilitas administrasi negara, agar mampu mendorong kelancaran dan keterpaduan pelaksanaan tugas pokok dan fungsi sehingga lebih profesional, efektif dan efisien dalam penyampaian hasil yang dicapai oleh RSUD Pandega Pangandaran.

1.2.2. Tujuan

a. Tujuan Umum

Laporan Tahunan bertujuan untuk memberikan gambaran secara menyeluruh tentang program kerja yang telah dilaksanakan oleh RSUD Pandega Pangandaran pada tahun 2022, sehingga dengan adanya laporan tertulis dapat memberikan gambaran sebagai evaluasi terhadap pelaksanaan kegiatan yang sudah berjalan.

b. Tujuan Khusus

- 1) Untuk mengetahui evaluasi, realisasi kegiatan dan kinerja di RSUD Pandega Pangandaran.
- 2) Untuk melakukan monitoring terhadap kegiatan Rumah Sakit.
- 3) Sebagai bahan perencanaan dan rekomendasi kepada Manajemen dalam menyusun strategi yang berkaitan dengan program dan pengembangan rumah sakit dalam rangka mewujudkan visi misi rumah sakit.

1.3. RUANG LINGKUP LAPORAN

Laporan Tahunan RSUD Pandega Pangandaran ini menjelaskan tentang program kegiatan dan pencapaian kinerja pelayanan medis, pelayanan penunjang, keuangan, serta kegiatan manajerial rumah sakit. Analisis atas capaian kinerja terhadap rencana kinerja sebagai perbaikan terhadap kinerja dimasa yang akan datang. Adapun sistematika penyajian Laporan Tahunan Rumah Sakit Rumah Sakit Umum Daerah Pandega Pangandaran, disusun sebagai berikut :

- BAB I.** Pendahuluan, menjelaskan secara ringkas latar belakang, maksud dan tujuan penulisan laporan, dan ruang lingkup laporan.
- BAB II.** Gambaran Umum Rumah Sakit, menjelaskan tentang keadaan rumah sakit meliputi jenis pelayanan, ketenagaan, anggaran, dan kelembagaan rumah sakit.
- BAB III.** Tujuan dan sasaran kerja menjelaskan visi dan misi rumah sakit serta indikator yang perlu di capai.
- BAB IV.** Menjelaskan evaluasi kegiatan Rumah Sakit serta strategi perbaikan yang akan di laksanakan pada tahun 2023
- BAB V.** Menjelaskan hasil kerja RSUD Pandega selama tahun 2022
- BAB VI.** Penutup

BAB II GAMBARAN UMUM

2.1. PROFIL RSUD PANDEGA PANGANDARAN

Rumah Sakit Umum Daerah Pandega Pangandaran merupakan rumah sakit milik Pemerintah Daerah Kabupaten Pangandaran. Tahun pendirian rumah sakit yaitu dari mulai tahun 2016 – 2019. Operasional RSUD Pandega Pangandaran dimulai pada 04 April Tahun 2020. Berdasarkan Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, bahwa berdasarkan jenis pelayanan dan pengelolaannya, dikategorikan rumah sakit umum. Rumah Sakit umum yaitu rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan semua bidang dan jenis penyakit. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, RSUD Pandega Pangandaran di klasifikasikan sebagai Rumah Sakit Kelas C. Ketersediaan tempat tidur pada Rumah Sakit kelas C paling sedikit 100 buah.

Tabel 2.1. Profil Singkat RSUD Pandega Pangandaran Tahun 2022

Nama Rumah Sakit	:	RSUD Pandega Pangandaran
Direktur	:	Dr. dr. TITI SUTIAMAH, MM
Alamat	:	Jl. Raya Merdeka Dusun Karangsari Desa Pananjung Kecamatan Pangandaran Kabupaten Pangandaran Prov. Jawa Barat (Kode Pos 46396)
Telepon	:	(0265) 7503044
Fax	:	(0265) 7503050
E-mail	:	rsud.pangandaran@yahoo.com
Status Kepemilikan	:	Pemerintah Daerah Kabupaten Pangandaran
Kelas RS	:	Kelas C
Nomor Registrasi RS	:	3218001
Izin Operasional	:	503/007/IOK/DPMPTSP/2020
Luas Tanah	:	50000 m ²
Luas bangunan	:	8895,23 m ²

Status Akreditasi	:	Terakreditasi Paripurna
-------------------	---	-------------------------

2.1.1. Ketersediaan Tempat Tidur

Ketersediaan tempat tidur di RSUD Pandega Pangandaran Tahun 2022 sesuai dengan data pada tabel berikut:

Tabel 2.2 Ketersedian Tempat Tidur di RSUD Pandega Tahun 2022

No	Lokasi	Jenis Kelas	Jenis Ruangan	Nama Kamar	Jumlah Tempat Tidur		Peruntukan Ruang Perawatan
1	Gedung D Lantai 4 (KAKAP)	Utama	Rawat Inap Dewasa	Kakap 1	1	30	• Orthopedi • Bedah
2		Kelas 1		Kakap 2	2		
3		Kelas 2		Kakap 6,7	6		
4		Kelas 3		Kakap 3,4,5,10,11	19		
5		Infeksi		Kakap 8,9	2		
6	Gedung D Lantai 3 (JEREBUNG)	Utama	Rawat Inap Dewasa	Jerebung 1	1	14	• Saraf/Neuro • Kulit dan Kelamin • Mata
7		Kelas 1		Jerebung 2	2		
8		Kelas 2		Jerebung 3	3		
9		Kelas 3		Jerebung 4, 5	6		
10		Infeksi		Jerebung 6, 7	2		
11	Gedung D Lantai 2 (RAJUNGAN)	Utama	Rawat Inap Dewasa	Rajungan 12,13,14	3	31	Interna
12		Kelas 1		Rajungan 8,9,10,11	8		
13		Kelas 2		Rajungan 15,16	6		
14		Infeksi		Rajungan 4,5,6,7	6		
15		Transit		Rajungan	6		

				1,2,3			
16	Ruang Rawat Khusus	Isolasi Terkonfirmasi TB		RRK 1	3	7	
17				RRK 2	4		
18	Gedung D Lantai 1 (BARONANG)	Kelas 3		Baronang 1,2,3,4	24	36	
19		Infeksi		Baronang 5,6	12		
20	Gedung B Lantai 3	Utama	Rawat Inap Anak	Lobster 1,2	2	24	
21		Kelas 1		Tenggiri 1	2		
22		Kelas 2		Cakalang 1,2	6		
23		Kelas 3		Bawal 1	12		
24		Infeksi		Infeksi			
25	Gedung B Lantai 3	Utama	Rawat Inap Nifas	Kerapu 1, 2	2	25	Nifas
26		Kelas 1		Tongkol 1,2	4		
27		Kelas 2		Salmon 1,2	6		
28		Kelas 3		Pari 1,2	12		
29		Infeksi		Infeksi	1		
30	Gedung B	Non Kelas	Perinatologi	Level I	10	26	Perinatologi
31	Lantai 2	Non Kelas		Level II	16		
32	Gedung B Lantai 2	Intensif	Rawat Inap Intensif	NICU	4	4	Intensif
33	Gedung B	Intensif		HCU	1	17	
34	Lantai 2	Intensif		ICU	6		
35	Gedung D Lantai 1	Intensif		HCU Infeksi	6		
36		Intensif		ICU Infeksi	4		
	Total Tempat Tidur				214		

Sumber: Bidang Pelayanan Medis

2.1.2. Jenis Pelayanan

Jenis pelayanan yang disediakan di RSUD Pandega Pangandaran menyediakan pelayanan yang paripurna yaitu meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

a. Pelayanan Gawat Darurat

- 1) Pelayanan Kegawatdaruratan Medis;
- 2) Pelayanan Traumatologi dan Kegawatdaruratan Bedah;
- 3) Pelayanan Kegawatdaruratan Obstetri dan Ginekologi.

b. Pelayanan Poliklinik atau Rawat Jalan

- 1) Poliklinik Spesialis
 - a) Klinik Kandungan dan Kebidanan.
 - b) Klinik Anak.
 - c) Klinik Saraf.
 - d) Klinik Penyakit Dalam.
 - e) Klinik Orthopaedi dan Traumatologi.
 - f) Klinik Kulit dan Kelamin.
 - g) Klinik Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi Medik.
 - h) Klinik Mata.
 - i) Klinik Bedah.
 - j) Klinik Gigi
 - k) Klinik Gigi Anak
 - l) Klinik Penyakit Mulut
 - m) Klinik TB
 - n) Klinik Melati (HIV)
 - o) Klinik Geriatri
 - p) Klinik PKBRS
- 2) Poliklinik Non Spesialis
 - a) Poliklinik Medical Check Up (MCU).
 - b) Konseling Gizi.

c. Pelayanan Rawat Inap

- 1) Ruang Rawat Inap Dewasa
 - a) Ruang Utama
 - b) Ruang Kelas I
 - c) Ruang Kelas II;
 - d) Ruang Kelas III
- 2) Ruang Rawat Inap Anak
 - a) Ruang Kelas Utama
 - b) Ruang Kelas I
 - c) Ruang Kelas II
 - d) Ruang Kelas III
 - e) Ruang Isolasi/Infeksi

d. Pelayanan Bedah Sentral (OK) / (Tindakan Medis Operatif)

- 1) Tindakan medis operatif terencana atau elektif.
- 2) Tindakan medis operatif gawat darurat (emergensi)

e. Pelayanan Persalinan, Perinatal, Nifas dan Ginekologi

- 1) Pelayanan Persalinan, meliputi;
 - a) Pelayanan persalinan normal;
 - b) Pelayanan persalinan patologis pervaginam;
 - c) Pelayanan persalinan patologis dengan tindakan medis operatif.
- 2) Pelayanan Perinatal, yaitu pelayanan neonatal komprehensif.
- 3) Pelayanan Pasca Persalinan (nifas) dan ginekologi, meliputi;
 - a) Pelayanan rawat gabung;
 - b) Pelayanan pasca persalinan;
 - c) Pelayanan ginekologi.

f. Pelayanan Rawat Intensif

- 1) Pelayanan ICU (Intensive Care Unit);
- 2) Pelayanan HCU (High Care Unit);
- 3) Pelayanan NICU (Neonatal Intensive Care Unit);
- 4) Pelayanan Perinatologi Level 1;
- 5) Pelayanan Perinatologi Level 2;
- 6) Pelayanan Ruang Rawat Khusus.

g. Pelayanan Penunjang

- 1) Pelayanan Rekam Medis;
- 2) Pelayanan Fisioterapi (Rehabilitasi Medik);
- 3) Pelayanan Laboratorium;
- 4) Pelayanan Radiologi;
- 5) Pelayanan Farmasi;
- 6) Pelayanan Gizi;
- 7) Pelayanan CSSD (Central Sterile Supply Departement);
- 8) Pelayanan Laundry;
- 9) Pelayanan IPJ (Intalasi Pemulasaran Jenazah);
- 10) Pelayanan Ambulance;
- 11) Pelayanan IPSRS (Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit);
- 12) Pelayanan ISRS (Instalasi Sanitasi Rumah Sakit).

h. Pelayanan Lainnya

- 1) Pelayanan IPKHP (Instalasi Promosi Kesehatan, Hubungan Masyarakat dan Pemasaran)
- 2) Pelayanan SIMRS (Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit)

2.1.3. Sumber Daya

Untuk melaksanakan tugas pokok dan fungsi serta kegiatan RSUD Pandega Pangandaran ditunjang dengan Sumber Daya Manusia (SDM), Sarana dan Prasarana serta sumber daya anggaran.

a. Sumber Daya Manusia (SDM)

Pengelolaan sumber daya manusia diharapkan mampu memenuhi seluruh kebutuhan pelayanan sesuai standar. Sumber Daya Manusia (SDM) per 23 november 2022 sebanyak 696 orang, dengan jumlah tenaga kesehatan sebanyak 408 orang, asisten tenaga kesehatan sebanyak 2 orang dan tenaga penunjang sebanyak 286 orang.

Tabel 2.3 Sumber Daya Manusia (SDM) di RSUD Pandega Pangandaran
Per 23 November 2022

NO	JENIS PEGAWAI	LAKI-LAKI	PEREMPUAN	JUMLAH
1	TENAGA KESEHATAN			
	- MEDIS	27	12	39
	- KEBIDANAN	0	52	52
	- KESEHATAN MASYARAKAT	3	4	7
	- GIZI	1	12	13
	- KETEKNISIAN MEDIS	9	16	25
	- KEFARMASIAN	10	13	23
	- KESEHATAN LINGKUNGAN	7	3	10
	- KETERAPIAN FISIK	6	4	10
	- TEKNIK BIOMEDIKA	16	12	28
	- KEPERAWATAN	94	107	201
2	ASISTEN TENAGA KESEHATAN			
	- KEFARMASIAN	1	1	2
3	TENAGA PENUNJANG			
	- DUKUNGAN MANAJEMEN	186	87	273
	- STRUKTURAL	7	6	13
	TOTAL	193	93	286
	TOTAL SDM			696

Sumber: Sub Bagian Umum dan Kepegawaian

Tabel 2.4 Rekapitulasi Jenis Tenaga di RSUD pandega Pangandaran
Per 23 November 2022

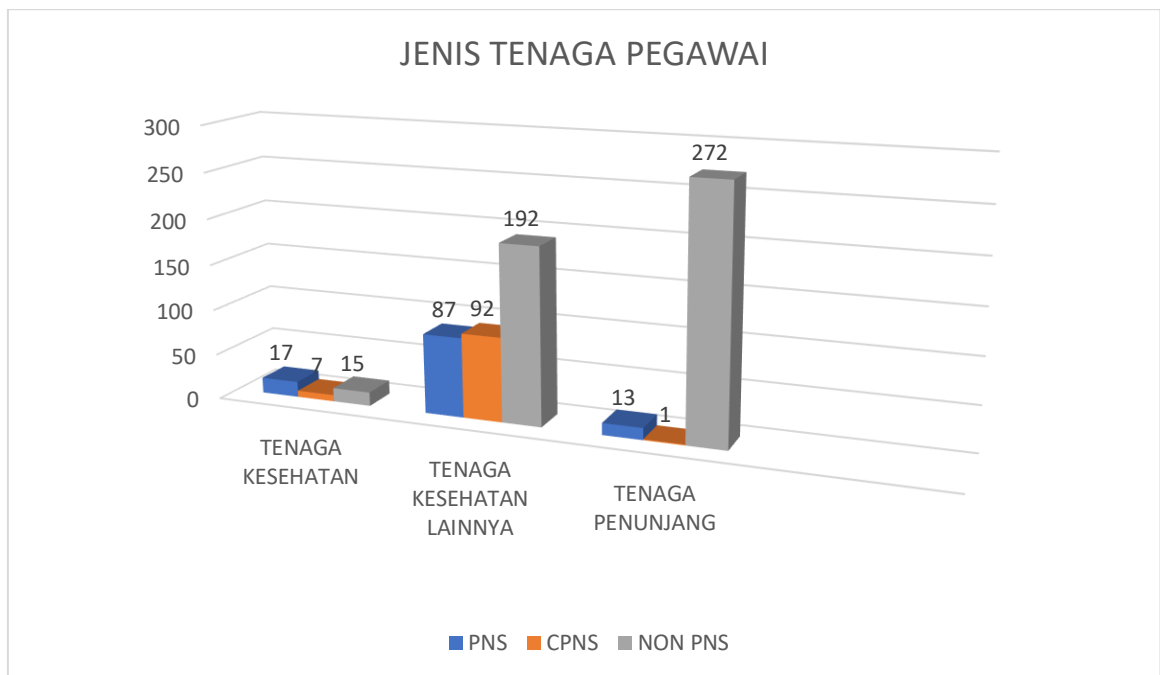
NO	JENIS TENAGA	PNS	CPNS	NON PNS	TOTAL
1	TENAGA MEDIS				
	DOKTER UMUM	14	3	0	17
	DOKTER GIGI	1	2	0	3
	DOKTER SPESIALIS	2	2	15	19
	TOTAL	17	7	15	39
2	TENAGA KESEHATAN LAINNYA				
	KEPERAWATAN	40	40	121	201
	KEBIDANAN	15	12	25	52
	KESEHATAN MASYARAKAT	1	3	3	7
	GIZI	6	7	0	13
	KETEKNISIAN MEDIS	7	5	13	25
	KEFARMASIAN	8	7	10	25
	KETERAPIAN FISIK	1	6	3	10
	KESEHATAN LINGKUNGAN	0	5	5	10
	TEKNIK BIOMEDIKA	9	7	12	28
	TOTAL	87	92	192	371
3	TENAGA PENUNJANG				

	DUKUNGAN MANAJEMEN	0	1	272	273
	STRUKTURAL	13	0	0	13
		13	1	272	286
	TOTAL KESELURUHAN	117	100	479	696

Sumber: Sub Bagian Umum dan Kepegawaian

Grafik

2.1. Rekapitulasi Jenis Tenaga RSUD Pandega Pangandaran Per 31 Desember 2022



Kondisi SDM di RSUD Pandega Pangandaran paling banyak diisi oleh tenaga Kesehatan Lainnya sebanyak 371 orang. 87 orang merupakan PNS, 92 orang CPNS dan 192 orang diisi oleh Non PNS.

Tabel 2.5 Data Pegawai Berdasarkan Strata Pendidikan

Rumpun SDM	Jenjang											Jumlah
	D3	S1	prof	Sp1	S2	D4	SMA	SD	S3	D1	SMP	
Tenaga Kesehatan												
Kefarmasian	12	4	6									22
Kesehatan Lingkungan	6	3			1							10
Kebidanan	44		1		1	6						52
Teknik Biomedika	28	1										29
Keperawatan	97	4	100									201
Keterampilan Fisik	8	1				1						10
Medis		6	11	21	1							39
Gizi	12	1										13
Kesehatan Masyarakat		7										7
Keteknisian Medis	23					2						25
Asisten Tenaga Kesehatan												
Kefarmasian		1					1					2
Tenaga Penunjang												
Struktural		4	6		3							13
Dukungan Manajemen	17	77	4		1	6	145	5	2	1	15	273
Total												696

Sumber : Sub Bagian Umum dan Kepegawaian

Tabel 2.6. Data Ketersediaan Aset RSUD Pandega Pangandaran

NO	JENIS ASET	SALDO AWAL	MUTASI		SALDO AKHIR
			TAMBAH	KURANG	
ASET TETAP					
1	Tanah	2.850.000.000,00	-	-	2.850.000.000,00
2	Peralatan dan Mesin	197.175.075.203,30	2.853.770.714,00	1.930.398.094,88	199.906.153.267,30
3	Gedung dan Bangunan	276.749.418.450,00	324.575.250,00	-	277.073.993.700,00
4	Jalan, Irigasi dan Jaringan	1.117.350.000,00	-	-	1.117.350.000,00
5	Aset Tetap Lainnya	98.890.000,00	-	98.890.000,00	-

6	Konstruksi dalam Pekerjaan		-	-	-
JUMLAH		477.990.733.653,30	3.178.345.964,00	2.029.288.094,88	479.139.791.522,43
ASET LAINNYA		SALDO AWAL	MUTASI		SALDO AKHIR
			TAMBAH	KURANG	
1	Aset Lainnya RB	-	1.807.705.444,88	-	-
2	Dimanfaatkan Pihak Ketiga	-	-	-	-
3	Aset Tak Berwujud	871.503.050,00	295.443.500,00	-	1.166.946.550,00
JUMLAH		871.503.050,00	2.103.148.944,88	-	1.166.946.550,00
JUMLAH TOTAL		-	5.281.494.908,88	2.029.288.094,88	482.114.443.517,30
2. Rekap Barang Ekstrakompatible					
NO	JENIS ASET	SALDO AWAL	MUTASI		SALDO AKHIR
			TAMBAH	KURANG	
1	Ekstrakompatible	2.471.471.255,06	56.969.850,00	6.167.700,00	2.522.273.405,06
JUMLAH		2.471.471.255,06	56.969.850,00	6.167.700,00	2.522.273.405,06

Sumber: Sub Bagian Keuangan dan Aset

b. Sumber Daya Anggaran

Sumber Daya Anggaran RSUD Pandega Pangandaran Tahun 2022 berasal dari APBD Kabupaten, APBD Provinsi dan APBN. Pagu anggaran RSUD Pandega Pangandaran Tahun 2022 adalah sebagai berikut:

KODE KEGIATAN	NAMA KEGIATAN	ANGGARAN (Rp.)
1.02	Urusan Pemerintah Bidang Kesehatan	12.449.669.750,00
1.02.02	Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota	5.408.278.766
1.02.01.2.01	Perencanaan, Penganggaran dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah	836.400.000
1.02.01.2.01.01	Penyusunan Dokumen Perencanaan Perangkat Daerah	836.400.000
	Kajian Analisis Beban Kerja BLUD	104.550.000
	Kajian Pedoman Manajemen Kesehatan Lingkungan RS	104.550.000
	Kajian Proses Bisnis terhadap Belanja Operasional BLUD	104.550.000
	Kajian Penyusunan Kebijakan Kegiatan Pelayanan	104.550.000
	Kajian Penyusunan Pedoman pelayanan Instalasi Laundry	104.550.000
	Kajian Penyusunan Pedoman Key Performance Individu (KPI)	104.550.000
	Kajian penyusunan Manajemen Arsip	104.550.000
	Kajian Penyusunan Pedoman Promosi Kesehatan RS	104.550.000
1.02.01.2.05	Administrasi Kepegawaian Perangkat Daerah	1.716.780.000
1.02.01.2.05.05	Monitoring, Evaluasi dan Penilaian Kinerja Pegawai	204.950.000
	Audit Neraca Awal keuangan BLUD RSUD Pandega	204.950.000
1.02.01.2.02.11	Bimbingan Teknis Implementasi Peraturan Perundang-Undangan	1.511.830.000
	Workshop Penyusunan Remunerasi	0

	Workshop Penyusunan Unit Cost	206.850.000
	Workshop Penyusunan Rba	0
	Workshop Utang Piutang	0
	Workshop Penyusunan Laporan Keuangan	206.600.000
	Pelatihan Dan Bimtek	0
	Pelatihan Basic Communication Skill	
	Pelatihan Ethic And Integrity At Works	
	Pelatihan Problem Solving & Decision Making	
	Belanja Jasa Event Organizer (EO)	48.000.000
	Pelatihan BHD	207.790.000
	Pelatihan BHL	207.830.000
	Pelatihan MKE	207.830.000
	Pelatihan Management	207.830.000
	Belanja Jasa Event Organizer (EO)	12.000.000
	Pelatihan Peningkatan Kapasitas UOBK Dan BLUD RSUD Pandega	207.100.000
1.02.01.2.07	Pengadaan Barang Milik Daerah Penunjang Urusan Pemerintah Daerah	1.692.748.766
1.02.01.2.07.09	Pengadaan Gedung Kantor atau Bangunan Lainnya	239.050.000
	Pembangunan Toilet IGD Gd. B Lt.1	205.550.000
	Perencanaan Pembangunan Toilet IGD Gd. B Lt.1	19.750.000
	Pengawasan Pembangunan Toilet IGD Gd. B Lt. 1	13.750.000
1.02.01.2.07.10	Pengadaan Sarana dan Prasarana Gedung Kantor atau Bangunan Lainnya	1.248.148.766
	Pengadaan Signage	205.550.000
	Pengadaan Finger Print	4.000.000
	Belanja Modal Peralatan Personal Computer	205.040.800
	Belanja Modal Personal Computer	565.901.966
	Belanja Modal Mebel	204.780.000
	Belanja Modal Alat Studio Lainnya	62.876.000
1.02.01.2.07.11	Pengadaan Saranan dan Prasarana Pendukung Gedung Kantor atau Bangunan Lainnya	205.550.000
	Pengadaan Perlengkapan Prasarana Pendukung Kantor	205.550.000
1.02.01.2.08	Penyediaan Jasa Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah	1.162.350.000
1.02.01.2.08.02	Penyediaan Jasa Komunikasi, Sumber Daya Air dan Listrik	1.162.350.000
	Belanja Internet RSUD	1.162.350.000
1.02.01.02.10	Peningkatan Pelayanan RSUD	1.162.350.000
1.02.01.02.10.01	Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	
1.02.02.	Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan Dan Upaya Kesehatan	7.041.390.984
1.02.02.2.01	Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Untuk UKM Dan UKP Kewenangan Daerah	6.479.520.000
1.02.02.2.01.01	Pembangunan Rumah Sakit Beserta Sarana Dan Prasarana	
1.02.02.2.01.05	Pengembangan Rumah Sakit	
1.02.02.2.01.12	Pengadaan Sarana Fasilitas Pelayanan Kesehatan	
1.02.02.2.01.13	Pengadaan Prasarana dan Pendukung Fasilitas Pelayanan Kesehatan	
1.02.02.2.01.14	Pengadaan Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Pelayanan Kesehatan	
1.02.02.2.01.16	Pengadaan Obat, Vaksin	2.770.000.000
1.02.02.2.01.17	Pengadaan Bahan Habis Pakai	3.779.520.000
1.02.02.2.02	Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Rujukan Tingkat Daerah Kabupaten/Kota	561.870.984
1.02.02.2.01.26	Pengelolaan Jaminan Kesehatan Masyarakat	
1.02.02.2.02.32	Operasional Pelayanan Rumah Sakit	561.870.984
	Jasa Pengolahan Limbah Medis	561.870.984
1.02.02.2.02.34	Operasional Pelayanan Fasilitas Kesehatan Lainnya	

1.02.02.2.04	Penerbitan Izin Rumah Sakit Kelas C dan D dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Daerah Kabupaten/Kota	
1.02.02.2.04.01	Pengendalian dan Pengawasan serta Tindak Lanjut Pengawasan Perizinan Rumah Sakit Kelas C, D dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lainnya	
1.02.03.	Program peningkatan kapasitas sumber daya manusia Kesehatan	
1.02.03.02.03	Perencanaan Kebutuhan dan Pendayagunaan Sumber Daya Manusia Kesehatan untuk UKP dan UKM di Wilayah Kabupaten/Kota	
1.02.03.2.03.02	Pemenuhan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan Sesuai Standar	

Sumber: Sub Bagian Perencanaan, Evaluasi dan Pelaporan

2.1.4. Kelembagaan

1. Tugas Pokok RSUD Pandega Pangandaran

RSUD Pandega Pangandaran mempunyai tugas pokok memberikan pelayanan kesehatan perorangan sekunder secara paripurna yang meliputi upaya preventif, kuratif, rehabilitative dan promotif.

2. Fungsi RSUD Pandega Pangandaran

RSUD Pandega Pangandaran dalam menjalankan tugas pokok menyelenggarakan fungsi:

- a. Penyelenggaraan pelayanan medis, penunjang medis, keperawatan dan pelayanan administrasi sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- b. Perawatan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan, dan
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

3. Susunan Organisasi

Susunan organisasi berdasarkan Peraturan Bupati Pangandaran Nomor 8 Tahun 2022 tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi, Serta Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Pandega Pangandaran terdiri dari:

- a. Direktur
- b. Bagian Tata Usaha, terdiri atas :
 - 1) Sub Bagian Umum dan Kepegawaian
 - 2) Sub Bagian Program, Perencanaan dan Pelaporan
 - 3) Sub Bagian Keuangan dan Aset
- c. Bidang Pelayanan Medis, terdiri atas :
 - 1) Seksi Pelayanan Medis
 - 2) Seksi Mutu Pelayanan Medis
- d. Bidang Keperawatan, terdiri atas :

- 1) Seksi Asuhan Keperawatan
- 2) Seksi Mutu Keperawatan
- e. Bidang Pelayanan Penunjang, terdiri atas :
 - 1) Seksi Pelayanan Penunjang Medis
 - 2) Seksi Pelayanan Penunjang Non Medis
- f. Komite Medis
- g. Instalasi
- h. Satuan Pemeriksa Internal
- i. Kelompok Jabatan Fungsional.

Tabel 2.6 Struktur Organisasi RSUD Pandega Pangandaran Tahun 2022

NO	JABATAN	NAMA
1	Direktur	Dr. dr. Hj. Titi Sutiamah M.M
2	Plt. Kepala Bagian Tata usaha	H. Agus Maliana, S.Kep.,Ners.,M.M
3	Kasubbag Umum dan Kepegawaian	Yopi Maulana Abdilah, S.STP.,M.M
4	Kasubbag Program Perencanaan dan Pelaporan	Ganjar Iskandar, S.KM
5	Kasubbag Keuangan dan Aset	Taupik Hermanto, S.KM
6	Kepala Bidang Pelayanan Medis	dr. Liza Octa Ferostina
7	Kepala Seksi Mutu Pelayanan Medis	Rika S,Kep.Ners
8	Kepala Seksi Pelayanan Medis	dr. Mayasari
9	Kepala Bidang Pelayanan Penunjang	Elis Rosita, S.KM., MM
10	Kepala Seksi Penunjang Pelayanan Medis	Hengki Paice Hermansyah, S.Sos.,MM
11	Kepala Seksi Penunjang Pelayanan Non Medis	Yeti Kusmiati, S.Kep.,Ners
12	Kepala Bidang Keperawatan	H. Agus Maliana, S.Kep.,Ners.,M.M
13	Kepala Seksi Peningkatan Mutu Keperawatan	Sonny Firmansyah, S.Kep
14	Kepala Seksi Asuhan Keperawatan	Herdis Heryanto, S.Kep.,Ners

4. Bagian Tata Usaha

Bagian Tata Usaha dipimpin oleh seorang Kepala Bagian Tata Usaha. Bagian Tata Usaha membawahi tiga sub bagian yaitu:

- a. Sub Bagian Kepegawaian dan Umum
- b. Sub Bagian Perencanaan, Evaluasi dan Pelaporan
- c. Sub Bagian Keuangan dan Aset

Kepala Bagian Tata Usaha memiliki tugas pokok membantu dan menyelenggarakan sebagian tugas direktur dalam pengelolaan administrasi umum, kepegawaian dan diklat, kehumasan, pengelolaan keuangan dan barang milik daerah serta mengkoordinasikan penyusunan laporan pengelolaan program, perencanaan dan pelaporan.

a. Sub Bagian Umum dan Kepegawaian

Sub Bagian Umum dan Kepegawaian dipimpin oleh seorang Kepala Sub Bagian Umum dan Kepegawaian. Kepala Sub Bagian Kepegawaian dan Umum melaksanakan pengendalian kegiatan pada Sub Bagian Umum dan Kepegawaian, melaksanakan koordinasi dalam penyusunan kebijakan teknis pelayanan administrasi umum, kehumasan dan kepegawaian, serta melaksanakan kegiatan pengembangan pegawai melalui analisa kebutuhan dan peningkatan kapasitas pegawai.

b. Sub Bagian Perencanaan, Evaluasi dan Pelaporan

Sub bagian Perencanaan, Evaluasi dan Pelaporan dipimpin oleh seorang Kepala Sub Bagian Perencanaan, Evaluasi dan Pelaporan. Kepala Sub Bagian Perencanaan, Evaluasi dan Pelaporan memiliki tugas pokok melaksanakan pengendalian kegiatan pada sub bagian program, perencanaan dan pelaporan, melaksanakan koordinasi dalam penyusunan program, perencanaan dan pelaporan penyelenggaraan rumah sakit.

c. Sub Bagian Keuangan dan Aset

Sub Bagian Keuangan dan Aset dipimpin oleh seorang Kepala Sub Bagian Keuangan dan Aset yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Bagian Tata Usaha. mempunyai tugas pokok menyelenggarakan koordinasi dalam penyusunan bahan kebijakan teknis pelayanan administrasi penganggaran, penatausahaan, pengelolaan sistem akuntansi dan pelaporan keuangan serta pencatatan dan pengelolaan aset RSUD Pandega Pangandaran.

5. Bidang Pelayanan Medis

Bidang Pelayanan Medis dipimpin oleh seorang Kepala Bidang yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur, memiliki tugas pokok membantu dan menyelenggarakan sebagian tugas Direktur dalam perencanaan, pembinaan, pengendalian dan pelaksanaan pelayanan medis serta mutu pelayanan medis.

a. Seksi Pelayanan Medis

Seksi Pelayanan Medis dipimpin oleh seorang Kepala Seksi yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Bidang Pelayanan Medis,

memiliki tugas pokok membantu Kepala Bidang Pelayanan Medis dalam merencanakan, membina, mengevaluasi dan melaporkan pelaksanaan pelayanan medis.

b. Seksi Mutu Pelayanan Medis

Seksi Pelayanan Penunjang Medis dipimpin oleh seorang Kepala Seksi yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Bidang Pelayanan Medis, memiliki tugas pokok membantu Kepala Bidang Pelayanan Medis dalam melaksanakan perencanaan, pengendalian dan evaluasi kegiatan peningkatan mutu pelayanan medis.

6. Bidang Keperawatan

Bidang Keperawatan dipimpin oleh seorang Kepala Bidang yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur, memiliki tugas pokok membantu dan menyelenggarakan Sebagian tugas Direktur dalam perencanaan, pengendalian, pembinaan dan peningkatan mutu keperawatan dan kebidanan serta pelaksanaan kegiatan Bidang Keperawatan.

a. Seksi Asuhan Keperawatan

Seksi Asuhan Keperawatan dipimpin oleh seorang Kepala Seksi yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Bidang Keperawatan, memiliki tugas pokok membantu Kepala Bidang Keperawatan dalam merencanakan, melaksanakan, mengevaluasi dan melaporkan pelaksanaan asuhan keperawatan dan kebidanan.

b. Seksi Mutu Keperawatan

Seksi Peningkatan Mutu Keperawatan dipimpin oleh seorang Kepala Seksi yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Bidang Keperawatan, memiliki tugas pokok.

7. Bidang Pelayanan Penunjang

Bidang Pelayanan Penunjang dipimpin oleh seorang Kepala Bidang yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur, memiliki tugas pokok membantu dan menyelenggarakan sebagian tugas Direktur dalam mengkoordinasikan perencanaan kebutuhan serta melaksanakan pengelolaan penyelenggaraan pelayanan penunjang medis dan pelayanan penunjang non medis.

a. Seksi Pelayanan Penunjang Medis

Seksi Pelayanan Penunjang Medis dipimpin oleh seorang Kepala Seksi yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Bidang Pelayanan Penunjang, memiliki tugas pokok membantu Kepala Bidang Pelayanan Penunjang dalam mengkoordinasikan perencanaan kebutuhan serta melaksanakan penyelenggaraan pelayanan penunjang medis.

b. Seksi Pelayanan Penunjang Non Medis

Seksi pelayanan Pelayanan Penunjang Non Medis dipimpin oleh seorang Kepala Seksi yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Bidang Pelayanan Penunjang, memiliki tugas pokok membantu Kepala Bidang Pelayanan Penunjang dalam mengkoordinasikan perencanaan kebutuhan serta melaksanakan pengelolaan penyelenggaraan pelayanan penunjang non medis.

8. Komite Medis

Komite medis dipimpin oleh seorang Ketua merangkap anggota dibantu seorang Sekretaris merangkap anggota dibantu seorang Sekretaris merangkap anggota serta Ketua Sub Komite merangkap anggota. Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medis dapat dibantu oleh panitia *ad hoc* yang diangkat oleh Direktur berdasarkan usulan Ketua Komite Medis.

9. Instalasi

Instalasi merupakan fasilitas penyelenggaraan medis dan perawatan, pelayanan penunjang medis, kegiatan penelitian, pengembangan, pendidikan, pelatihan dan pemeliharaan sarana RSUD Pandega Pangandaran. Instalasi dipimpin oleh seorang Kepala Instalasi dalam jabatan non structural yang bertanggungjawab kepada Direktur Instalasi mempunyai tugas pokok meliputi rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, bedah sentral, perawatan intensif, radiologi, farmasi, gizi, patologi, laboratorium dan pemeliharaan sarana RSUD Pandega Pangandaran..

10. Satuan Pemeriksaan Internal

Satuan Pemeriksaan Internal merupakan unsur organisasi yang bertugas melaksanakan pemeriksaan dan audit kinerja internal RSUD Pandega Pangandaran. Satuan Pemeriksaan Internal berada di bawah dan

bertanggung jawab kepada Direktur. Satuan Pemeriksaan Internal bertugas melakukan pemeriksaan dan audit kinerja internal untuk dilaporkan kepada Direktur.

11. Kelompok Jabatan Fungsional

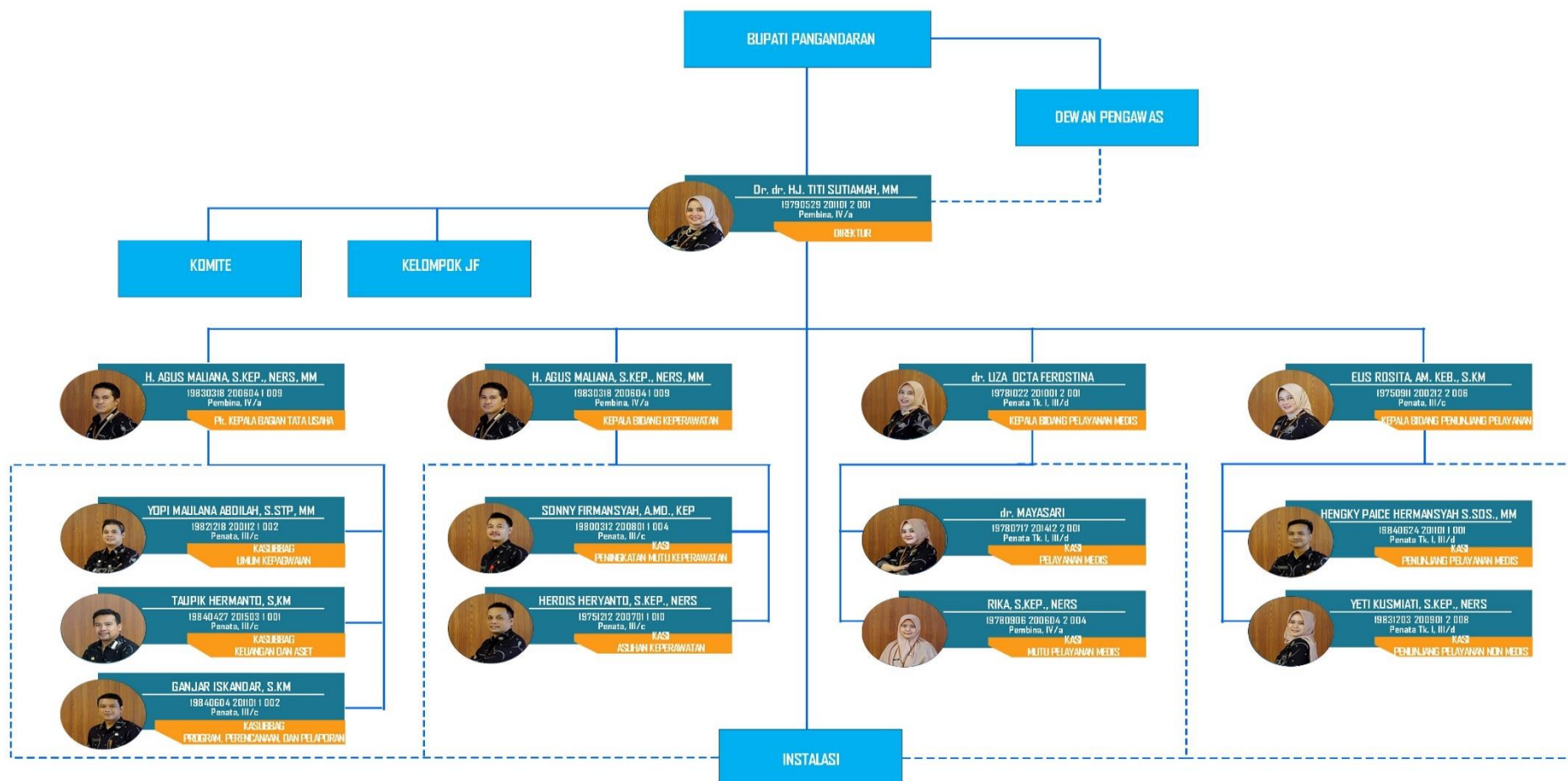
Kelompok Jabatan Fungsional mempunyai tugas melaksanakan sebagian tugas Pemerintah Daerah sesuai dengan keahlian dan kebutuhan. Kelompok Jabatan Fungsional terdiri dari sejumlah tenaga fungsional yang diatur dan ditetapkan berdasarkan Peraturan Perundang-undangan. Setiap kelompok dipimpin oleh seorang tenaga fungsional senior yang ditunjuk. Jenis dan jenjang jabatan fungsional diatur berdasarkan Peraturan Perundang-undangan. Jumlah Tenaga Fungsional ditentukan berdasarkan beban kerja.

12. Dewan Pengawas BLUD

Dewan Pengawas merupakan unit non structural bersifat independent, yang berfungsi sebagai *governing body* RSUD Pandega Pangandaran dalam melakukan pembinaan dan pengawasan non teknis perumah sakit an secara internal di RSUD Pandega Pangandaran. Yang bertugas memantau kegiatan rumah sakit, menilai kinerja keuangan maupun kinerja non keuangan BLUD dan memberikan rekomendasi atas hasil penilaian untuk ditindaklanjuti oleh

Pejabat	Pengelola	BLUD.
---------	-----------	-------

Gambar 2.1. Struktur Organisasi dan Tata Kerja RSUD Pandega Pangandaran
SOTK RSUD Pandega Pangandaran sesuai dengan Peraturan Bupati Pangandaran Nomor 8 Tahun 2022.



BAB III TUJUAN DAN SASARAN KERJA

3.1. DASAR HUKUM

Dalam melaksanakan kegiatan pelayanan di RSUD Pandega Pangandaran selalu berlandaskan ketentuan/peraturan yang berlaku yang meliputi:

1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah.
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit.
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit.
6. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 86 Tahun 2017 Tentang Tata Cara Perencanaan, Pengendalian Dan Evaluasi Pembangunan Daerah, Tata Cara Evaluasi Rancangan Peraturan Daerah Tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah Dan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah, Serta Tata Cara Perubahan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah, Dan Rencana Kerja Pemerintah Daerah.
7. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 79 Tahun 2018 Tentang Badan Layanan Umum Daerah.
8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 90 Tahun 2019 Tentang Klasifikasi, Kodefikasi, Dan Nomenklatur Perencanaan Pembangunan Dan Keuangan Daerah.
9. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
10. Peraturan Daerah Kabupaten Pangandaran Nomor 31 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Pangandaran.
11. Peraturan Daerah Kabupaten Pangandaran Nomor 29 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Kesehatan.
12. Peraturan Bupati Pangandaran Nomor 44 Tahun 2016 tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Susunan Organisasi serta Tata Kerja Perangkat Daerah di Lingkungan Kabupaten Pangandaran sebagaimana telah diubah dengan

Peraturan Bupati Pangandaran Nomor 58 Tahun 2018 tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Susunan Organisasi Serta Tata Kerja Perangkat Daerah di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Pangandaran.

13. Peraturan Bupati Pangandaran Nomor 8 Tahun 2022 tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi, Serta tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Pandega Pangandaran.
14. Peraturan Bupati Pangandaran Nomor 16 Tahun 2020 tentang Peraturan Internal UPTD Rumah Sakit Umum Daerah Pandega Kabupaten Pangandaran.

3.2. TUJUAN SASARAN DAN INDIKATOR

3.2.1. Visi dan Misi dan Tata Nilai

a. Visi

**“Menjadi Rumah Sakit Pariwisata Yang Mandiri, Modern
Dan Profesional ”.**

b. Misi

1. Mengembangkan Sistem Manajemen Serta Memberikan Pelayanan Kesehatan Yang Aman dan Bermutu.
2. Menyediakan Alat Kesehatan dan Sarana Prasarana Sesuai Dengan Ilmu Perkembangan Ilmu Pengetahuan Dan Teknologi.
3. Meningkatkan Ilmu Pengetahuan dan Keterampilan Sumber Daya Manusia yang Berkarakter
4. Mengembangkan Konsep Rumah Sakit Pariwisata (*Tourism Hospital*) di Kabupaten Pangandaran

c. Motto

Selain menetapkan Visi dan Misi RSUD Pandega Pangandaran dalam pemberian Pelayanan kesehatan kepada masyarakat juga memiliki motto sebagai berikut :

MELAYANI DENGAN CEPAT

(Ceria, Empati, Profesional, Aman, Tanggung Jawab)

Dalam motto pelayanan tersebut terkandung makna bahwa kualitas pemberian pelayanan kesehatan kepada masyarakat menjadin prioritas utama dengan mengadopsi konsep pemberian pelayanan prima atau *excellent service* :

1. Ceria

Sebagai perwujudan dari konsep sikap (*attitude*) dan penampilan (*appearance*) dari Pelayanan Prima sikap yang harus dimiliki oleh pegawai RSUD Pandega Pangandaran diantaranya adalah sikap yang ramah, penuh perhatian dan memiliki rasa bangga terhadap lembaga. Dan yang harus diperhatikan juga pegawai harus berpenampilan menarik dan sopan sesuai peraturan yang berlaku.

2. Empati

Sebagai perwujudan dari konsep Perhatian (*attention*) dan Simpati (*sympathy*) dari Pelayanan Prima. Sikap yang harus dimiliki oleh pegawai RSUD Pandega Pangandaran diantaranya adalah saat melakukan pelayanan kepada pasien maka perlu memperhatikan dan mencermati keinginan pasiennya. Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam konsep ini seperti mengucapkan salam saat memulai pembicaraan, bertanya apa saja yang diinginkan pasien dan keluarga pasien, memahami keinginan pasien dan keluarga pasien, melakukan pelayan dengan ramah, tepat dan cepat serta harus menempatkan kepentingan pasien dan keluarga pasien menjadi yang paling utama.

3. Professional

Sebagai Perwujudan dari konsep Kemampuan (*Ability*), Afirmatif (*Affirmation*) dan Tindakan (*Action*). Sikap yang harus dimiliki oleh pegawai RSUD Pandega Pangandaran adalah pelayan yang berikap positif kepada pasien dan keluarga pasien dan harus memiliki kemampuan untuk melayani pasien misalnya komunikasi, kemampuan mempromosikan jenis pelayanan kesehatan, kemampuan memecahkan masalah dengan cepat, manajemen kecemasan, hingga hal-hal yang lebih praktis misalnya penggunaan teknologi di bagian pelayanan. Selain itu Pegawai RSUD Pandega Pangandaran harus melakukan tindakan nyata yang harus dilakukan dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Misalnya saja mencatat keinginan pasien, melakukan pelayanan dengan rapi dan tepat waktu, menyediakan pelayanan

terbaik yang dimiliki, dan juga jangan lupa untuk berterima kasih kepada pasien dan keluarga pasien.

4. Aman

Berkaitan dengan konsep profesional Kemampuan (*Ability*), Afirmatif (*Affirmation*) dan Tindakan (*Action*) dalam hal ini pegawai RSUD Pandega harus mengutamakan kepentingan dan keselamatan pasien dan keluarga pasien yang dilaksanakan sesuai ketentuan etika profesi, standar pelayanan minimal dan standar operasional prosedur didukung dengan Perhatian (*attention*) dan Simpati (*sympathy*) yaitu melakukan pelayanan dengan ramah, tepat dan cepat serta harus menempatkan kepentingan pasien dan keluarga pasien menjadi yang paling utama.

5. Tanggungjawab

Sebagai perwujudan dari konsep Akuntabilitas (*Accountability*). Sikap yang harus ditunjukkan oleh pegawai RSUD Pandega Pangandaran adalah mengetahui dan memahami bahwa seluruh penyelenggaraan pelayanan kesehatan di RSUD Pandega Pangandaran harus sesuai ketentuan prundang-undangan sehingga dapat dipertanggungjawabkan, dan juga pegawai RSUD Pandega Pangandaran harus memiliki Kinerja yang baik yang berkaitan terhadap pekerjaan pelayanan hal yang nantinya berdampak kepada keberhasilan/kegagalan Pelaksanaan misi RSUD Pandega Pangandaran dalam mencapai tujuan-tujuan dan sasaran-sasaran yang telah ditetapkan.

3.2.2. Indikator

1. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit (SPM RS)

Target capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) RSUD Pandega Pangandaran yaitu berdasarkan dokumen SPM RSUD Pandega Pangandaran yang telah disusun pada tahun 2022.

Tabel 3.1 Target SPM Pelayanan Gawat Darurat

NO	JENIS PELAYANAN	TARGET NASIONAL	TARGET				
			2020	2021	2022	2023	2024
1	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100%	70%	80%	90%	100%	100%
2	Jam buka pelayanan gawat darurat (kabupaten/kota)	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam
3	Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS	100%	70 %	80%	90%	100 %	100 %
4	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim
5	Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat	≤ 5 menit	7 menit	5 menit	5 menit	5 menit	5 menit
6	Kepuasan pelanggan pada gawat darurat	70 %	40 %	50 %	60 %	70 %	70 %
7	Kematian pasien < 24 jam di gawat darurat	≤ 0,2 %	6 ‰	5 ‰	4 ‰	3 ‰	2 ‰
8	Khusus untuk RS Jiwa pasien dapat ditenangkan dalam waktu <48 jam	100%	-	-	-	-	-
9	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Sumber : Bidang Pelayanan Medis

Tabel. 3.2 Target SPM Pelayanan Rawat Jalan

NO	INDIKATOR	TARGET NASIONAL	TARGET				
			2020	2021	2022	2023	2024
1	Dokter pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Ketersediaan pelayanan rawat jalan	- Klinik anak - Klinik Penyakit dalam - Klinik Kebidanan - Klinik Bedah	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
3	Jam buka pelayanan	08.00 S/D 13.00 Setiap hari kerja kecuali jumat: 08.00 – 11.00	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

4	Ketersediaan pelayanan di RS Jiwa	NAPZA Gangguan Psikotik Gangguan Neurotik Gangguan Organik	-	-	-	-	-
5	Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 60'	150 menit	120 menit	100 menit	80 menit	60 menit
6	Kepuasan pelanggan pada rawat jalan	≥90%	50 %	60 %	70 %	70 %	70 %
7	Pasien rawat jalan TBC yang ditangani dengan strategi DOTS	≥ 60%	60 %	60 %	60 %	60 %	60 %

Tabel. 3.3 Target SPM Pelayanan Rawat Inap

NO	INDIKATOR	TARGET NASIONAL	TARGET				
			2020	2021	2022	2023	2024
1	Pemberi pelayanan rawat inap	Dr.Spesialis Perawat Minimal D3	90 %	90 %	90 %	90 %	90 %
2	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3	Ketersediaan pelayanan rawat inap	Min penyakit dalam dan bedah, anak dan kebidanan	100%	100%	100%	100%	100%
4	Jam visite dokter spesialis	08.00 – 14.00 Setiap hari kerja	08.00 – 14.00 Setiap hari kerja	08.00 – 14.00 Setiap hari kerja	08.00 – 14.00 Setiap hari kerja	08.00 – 14.00 Setiap hari kerja	08.00 – 14.00 Setiap hari kerja
5	Kejadian infeksi pasca operasi	≤1,5%	5 %	4 %	3 %	2 %	1,5 %
6	Angka kejadian infeksi nosokomial	≤1,5%	5 %	4 %	3 %	2 %	1,5 %
7	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat/kematian	100%	100%	100%	100%	100%	100%
8	Kematian pasien > 48 jam	≤ 0,24 %	3 %	2 %	1 %	0,42 %	0,42 %
9	Kejadian pulang paksa	≤ 5 %	10 %	8 %	5 %	5 %	5 %
10	Kepuasan pelanggan rawat inap	≥ 90 %	50 %	60 %	70 %	70 %	70 %
11	Pasien rawat inap TBC yang ditangani dengan strategi DOTS	≥60 %	60 %	60 %	60 %	60 %	60 %

Tabel. 3.4 Target SPM Pelayanan Bedah Sentral

NO	INDIKATOR	TARGET NASIONAL	TARGET				
			2020	2021	2022	2023	2024
1	Waktu tunggu operasi Elektif	≤2 hari	5 hari	4 hari	3 hari	2 hari	2 hari
2	Kejadian kematian di meja operasi	≤1%	3 %	2 %	1 %	1%	1 %
3	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
4	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
5	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
6	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
7	Komplikasi anestesi karena over dosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube	≤ 6%	6 %	6 %	6 %	6 %	6 %

Tabel. 3.5 Target SPM Pelayanan Persalinan Dan Perinatologi

NO	INDIKATOR	TARGET NASIONAL	TARGET				
			2020	2021	2022	2023	2024
1	Kejadian kematian ibu karena persalinan	a. Perdarahan ≤ 1 % b. Pre-eklampsia ≤ 30 % c. Sepsis ≤ 0,2 %	2 % 30 % 0,2 %	1 % 30 % 0,2 %	1 % 30 % 0,2 %	1 % 30 % 0,2 %	1 % 30 % 0,2 %
2	Pemberi pelayanan persalinan normal	Dokter SPOG, dokter umum, bidan	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
3	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tersedia Tim PONED yang terlatih	35 %	50 %	70 %	80 %	100 %

4	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	a. Dokter Sp.OG b. Dokter Sp.A c. Dokter Sp.An	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
5	Kemampuan menangani BBLR 1.500 gr - 2.500 gr	100%	77 %	77 %	77 %	77 %	77 %
6	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	≤ 20 %	25 %	23 %	22 %	20 %	20 %
7	Keluarga Berencana Mantap	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
8	Konseling KB Mantap	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
9	Kepuasan Pelanggan	≥ 80%	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %

Tabel. 3.6 Target SPM Pelayanan Intensif

NO	INDIKATOR	TARGET NASIONAL	TARGET				
			2020	2021	2022	2023	2024
1	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤3%	3 %	3 %	3 %	3 %	3 %
2	Pemberi pelayanan unit intensif	100%	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %

Tabel. 3.7 Target SPM Pelayanan Radiologi

NO	INDIKATOR	TARGET NASIONAL	TARGET				
			2020	2021	2022	2023	2024
1	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam	2 hari	1 hari	12 jam	6 jam	3 jam
2	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan	100%	80 %	90 %	100 %	100 %	100 %
3	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	Kerusakan foto ≤ 2 %	4 %	3 %	2 %	2 %	2 %
4	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	50 %	60 %	70 %	70 %	70 %

Tabel. 3.8 Target SPM Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik

NO	INDIKATOR	TARGET NASIONAL	TARGET				
			2020	2021	2022	2023	2024
1	Waktu tunggu hasil pelayanan Laboratorium	≤140 menit	4 Jam	3 Jam	2 Jam	2 Jam	2 Jam
2	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
3	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium	100%	90 %	90 %	90 %	90 %	90 %
4	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	70 %	70 %	70 %	70 %	70 %

Tabel. 3.9 Target SPM Pelayanan Fisioterapi

NO	INDIKATOR	TARGET NASIONAL	TARGET				
			2020	2021	2022	2023	2024
1	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan	≤ 50%	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %
2	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medis	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

3	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	70 %	70 %	70 %	70 %	70 %
---	--------------------	-------	------	------	------	------	------

Tabel. 3.10 Target SPM Pelayanan Farmasi

NO	INDIKATOR	TARGET NASIONAL	TARGET				
			2020	2021	2022	2023	2024
1	Waktu tunggu obat Jadi	≤ 30 menit	50 menit	40 menit	30 menit	30 menit	30 menit
2	Waktu tunggu obat Racikan	≤ 60 menit	90 menit	75 menit	60 menit	60 menit	60 menit
3	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
4	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	50 %	60 %	70 %	70 %	70 %
5	Penulisan resep sesuai formularium	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Tabel. 3.11 Target SPM Pelayanan Gizi

NO	INDIKATOR	TARGET NASIONAL	TARGET				
			2020	2021	2022	2023	2024
1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90%	60 %	70 %	80 %	90 %	90 %
2	Sisa makanan yang tidak termakan oleh Pasien	≤ 20%	50 %	40 %	40 %	20 %	20 %
3	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Tabel. 3.12 Target SPM Pelayanan Transfusi Darah

NO	INDIKATOR	TARGET NASIONAL	TARGET				
			2020	2021	2022	2023	2024
1	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan Transfusi	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
2	Kejadian reaksi Transfusi	≤ 0,01%	0,01 %	0,01 %	0,01 %	0,01 %	0,01 %

Tabel. 3.13 Target SPM Pelayanan Keluarga Miskin

NO	INDIKATOR	TARGET NASIONAL	TARGET				
			2020	2021	2022	2023	2024
1	Pelayanan terhadap pasien Gakin yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Tabel. 3.14 Target SPM Pelayanan Rekam Medik

NO	INDIKATOR	TARGET NASIONAL	TARGET				
			2020	2021	2022	2023	2024
1	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	40 %	50 %	60 %	70 %	70 %
2	Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	70 %	75 %	80 %	80 %	80 %
3	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit	30 menit	20 menit	10 menit	10 menit	10 menit
4	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit	30 menit	25 menit	20 menit	15 menit	15 menit

Tabel. 3.15 Target SPM Pengolahan Limbah

NO	INDIKATOR	TARGET NASIONAL	TARGET				
			2020	2021	2022	2023	2024
1	Baku mutu limbah Cair	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan Aturan	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tabel 3.16 Target SPM Pelayanan Administrasi Dan Manajemen

NO	INDIKATOR	TARGET NASIONAL	TARGET				
			2020	2021	2022	2023	2024
1	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi	100%	70 %	80 %	90 %	100 %	100 %

2	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	80 %	100 %	100 %	100 %	100 %
3	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	70 %	100 %	100 %	100 %	100 %
4	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
5	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun	≥ 60%	2 %	4 %	5 %	7 %	7 %
6	Cost recovery	≥ 40%	40 %	40 %	40 %	40 %	40 %
7	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	80 %	90 %	100 %	100 %	100 %
8	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam	2 jam	2 jam	1 jam	1 jam	30 menit
9	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Tabel 3.17 Target SPM Pelayanan Ambulans/Kereta Jenazah

NO	INDIKATOR	TARGET NASIONAL	TARGET				
			2020	2021	2022	2023	2024
1	Waktu pelayanan ambulans/kereta jenazah	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam
2	Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/kereta jenazah di rumah Sakit	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Tabel. 3.18 Target SPM Pelayanan Pemulasaraan Jenazah

NO	INDIKATOR	TARGET NASIONAL	TARGET				
			2020	2021	2022	2023	2024
1	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah	≤ 2 Jam	2 jam	2 jam	2 jam	2 jam	2 jam

Tabel. 3.19 Target SPM Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

NO	INDIKATOR	TARGET NASIONAL	TARGET				
			2020	2021	2022	2023	2024
1	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan	≥80%	70 %	80 %	90 %	100 %	100 %

	alat						
2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3	Peralatan laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan Kalibrasi	100%	60 %	80 %	90 %	100 %	100 %

Tabel. 3.20 Target SPM Pelayanan Laundry

NO	INDIKATOR	TARGET NASIONAL	TARGET				
			2020	2021	2022	2023	2024
1	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat Inap	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Tabel. 3.21 Target SPM Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi

NO	INDIKATOR	TARGET NASIONAL	TARGET				
			2020	2021	2022	2023	2024
1	Tersedianya anggota tim PPI yang terlatih	75%	75%	75%	75%	75%	75%
2	Koordinasi APD (Alat Pelindung Diri)	60%	60%	60%	60%	60%	60%
3	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di RS	75%	75%	75%	75%	75%	75%

3. Indikator Pelayanan Rumah sakit

Indikator pelayanan rumah sakit dapat di ukur melalui beberapa indikator yaitu sebagai berikut:

Tabel 3.22. Standar Indiaktor Pelayanan Rumah Sakit

No.	Indikator	Standar
1.	BOR	60 – 80 %
2.	ALOS	6 – 9 hari
3..	BTO	40 – 50 kali
4.	TOI	1 – 3 hari
5.	NDR	25 ‰

6.	GDR	45 ‰
----	-----	------

4. Indikator Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan

Penilaian yang diberlakukan terhadap kelengkapan sarana, prasarana, dan alat kesehatan menggunakan pembobotan:

Tabel 3.23. Standar Indikator Sarana, Pasarana, dan Alat Kesehatan

NO	PEMENUHAN JENIS	BOBOT (%)
1	Sarana	50
2	Prasarana	10
3	Alat Kesehatan	40

Nilai persentase pasca pembobotan dianggap sesuai jika memiliki nilai minimal 60%.

Tabel 3.24. Realisasi SPM Gawat Darurat

NO	INDIKATOR	STANDAR	REALISASI
1	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100%	84,08%
2	Jam buka pelayanan gawat darurat (kabupaten/kota)	24 jam	24 Jam
3	Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS	100%	99,33%
4	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 Tim	1 Tim
5	Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang	4,21
6	Kepuasan pelanggan pada gawat darurat	≥ 70 %	80%
7	Kematian pasien < 24 jam di gawat darurat	≤ 0,2 %	≤ 5 / seribu
8	Khusus untuk RS Jiwa pasien dapat ditenangkan dalam waktu < 48 jam		-
9	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	100%

Sumber : Bidang Pelayanan Medis

Tabel 3.25. Realisasi SPM Rawat Jalan

No	INDIKATOR	STANDAR	REALISASI
1.	Dokter pemberi layanan di poliklinik spesialis	100% dokter spesialis	83,33%

2.	Ketersediaan Pelayanan	a. Klinik Anak	100%
		b. Klinik Penyakit Dalam	100%
		c. Klinik Kebidanan	100%
		d. Klinik Bedah	100%
		e. Klinik Orthopedi	100%
		f. Klinik mata	100%
		g. Klinik saraf	100%
		h. Klinik Gigi dan Mulut	100%
		i. Klinik Kulit dan Kelamin	100%
		j. Klinik MCU	100%
3.	Ketersediaan Pelayanan di RS Jiwa	a. Anak remaja	-
		b. NAPZA	-
		c. Gangguan Psikotik	-
		d. Gangguan	-
		e. Neurotik	-
		f. Mental Retardasi	-
		g. Mental Organik	-
		h. Usia Lanjut	-
4.	Jam buka pelayanan	08.00 s/d 13.00 setiap hari kerja kecuali Jumat : 08.00 – 11.00	Pendaftaran 07.00 s/d 11.00 setiap hari kecuali Jumat : 08.00 – 11.00
			Pemeriksaan 07.30 – selesai
5.	Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 60 menit	120 menit
6.	Kepuasan pelanggan	≥ 90%	78,14%
7.	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB	≥ 60%	≥ 60%
8.	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB d RS	≤ 60%	≤ 60%

Sumber : Bidang Pelayanan Medis

Tabel 3.26. Realisasi SPM Rawat Inap

No	Indikator	Standar	Realisasi
1.	Pemberi pelayanan di rawat inap	Dr. Spesialis dan perawat minimal Pendidikan D3	100%
2.	Dokter penanggungjawab pasien rawat inap	100%	90%
3.	Ketersediaan pelayanan rawat inap	a. Anak	100%
		b. Penyakit Dalam	100%
		c. Kebidanan	100%
		d. Bedah	100%
		e. Mata	100%
		f. Saraf	100%
		g. Gigi dan Mulut	100%
		h. Rehabilitasi Medik	100%
		i. Isolasi	100%
		j. Intensif	100%
4.	Jam visit dokter spesialis	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	94,34%
5.	Kejadian infeksi pasca operasi	$\leq 1,5\%$	0%
6.	Kejadian infeksi nosomcomial	$\leq 1,5\%$	0,06%
7.	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%	100%
8.	Kematian pasien > 48 jam	$\leq 0,24\%$	3,38%
9.	Kejadian pulang paksa	$\leq 5\%$	1,21%
10.	Kepuasan pelanggan Rawat Inap TB	$\geq 90\%$	$\geq 60\%$
11.	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	$\geq 60\%$	$\geq 60\%$
12.	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	$\geq 60\%$	$\geq 60\%$
13.	Ketersediaan pelayanan rawat inap di Rumah Sakit yang memberikan pelayanan jiwa	NAPZA, gangguan psikotik, gangguan neorotik dan	-

		gangguan mental organik	
14.	Tidak adanya kejadian kematian pasien	100%	-
15.	Gangguan jiwa karena bunuh diri	100%	-
16.	Tidak adanya kejadian kematian pasien	100%	-

Sumber : Bidang Pelayanan Medis

Tabel 3.27.Realisasi SPM Bedah Sentral

No	Indikator	Standar	Realisasi
1.	Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	≤ 2 hari
2.	Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1%	0%
3.	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100%
4.	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%
5.	Tidak adanya kejadian salah Tindakan pada operasi	100%	100%
6.	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100%
7.	Komplikasi anastesi karena overdosis reaksi anastesi, da setelah penempatan anastesi endotracheal tube	≤ 6%	0%

Sumber : Bidang Pelayanan Medis

Tabel 3.28.Realisasi SPM Persalinan Perinatologi

No	Indikator	Standar	Realisasi
1.	Kejadian kematian ibu karena persalinan	a. Perdarahan ≤ 1%	0,04%
		b. Preeklamsia ≤ 30%	0,09%
		c.Sepsis ≤ 0,2%	0%
2.	Pemberi pelayanan persalinan normal	a. Dokter Sp.	100%

		OG 100%	
		b. Dokter umum terlatih (APN)	-
		c. Bidan	100%
3.	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK yang terlatih	1 tim
4.	Pemberi pelayanan persalinan dengan Tindakan operasi	a. Dokter Sp. OG	100%
		b. Dokter Sp.A	100%
		c. Dokter Sp. An	100%
5.	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr	100%	100%
6.	Pertolongan persalinan melalui seksio caesaria	≤ 20%	61,65%
7.	Keluarga berencana		
	a. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr.Sp.Og, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr. Umum terlatih	100%	100%
	b. Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih	100%	100%
8.	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	≥ 80%

Sumber : Bidang Pelayanan Medis

Tabel 3.29 Realisasi SPM Intensif

No	Indikator	Standar	Realisasi
1.	Rata-rata pasien yang Kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3%	0,53%
2.	Pemberi pelayanan Unit Intensif	a. Dokter Sp. Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan	54,91%

		kasus yang ditangani	
		b.100% Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU / setara (D4)	100%

Sumber : Bidang Pelayanan Medis

Tabel 3.30 Realisasi SPM Radiologi

No	Indikator	Standar	Realisasi
1.	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	$\leq 3\%$	1,42%
2.	Pelaksana ekspertisi	Dokter Sp. Rad	100%
3.	Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	Kerusakan foto $\leq 2\%$	0,38%
4.	Kepuasan Pelanggan	$\geq 80\%$	$\geq 80\%$

Sumber : Bidang Pelayanan Medis

Tabel 3.31 Realisasi Lab Patologi Klinik

No	Indikator	Standar	Realisasi
1.	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium kimia darah & darah rutin	≤ 140 menit	94,46%
2.	Pelaksana ekspertisi Dokter Sp.PK	Dokter Sp.PK	100%
3.	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100%
4.	Kepuasan pelanggan	$\geq 80\%$	$\geq 80\%$

Sumber : Bidang Pelayanan Medis

Tabel 3.32. Realisasi SPM Rehabilitasi Medik

No	Indikator	Standar	Realisasi
1.	Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan	$\leq 50\%$	0,00%
2.	Tidak adanya kejadian kesalahan	100%	100%

	Tindakan rehabilitasi medik		
3.	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	≥ 84%

Sumber : Bidang Pelayanan Medis

Tabel 3.33 Realisasi SPM Farmasi

No	Indikator	Standar	Realisasi
1.	Waktu tunggu pelayanan		
	a. Obat racik	≤ 30 menit	100%
	b. Racikan	≤ 60 menit	100%
2.	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%
3.	Kepuasan pelanggan	80%	80%
4.	Penulisan resep sesuai formularium	100%	100%

Sumber : Bidang Pelayanan Medis

Tabel 3.34 Realisasi SPM Gizi

No	Indikator	Standar	Realisasi
1.	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90%	100%
2.	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20%	26,08%
3.	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%	100%

Sumber : Bidang Pelayanan Medis

Tabel 3.35 Realisasi SPM Transfusi Darah

No	Indikator	Standar	Realisasi
1.	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100% terpenuhi	100% terpenuhi
2.	Kejadian Reaksi transfusi	≤ 0,01%	≤ 0,01%

Sumber : Bidang Pelayanan Medis

Tabel 3.36 Realisasi SPM Penyakit Gakin

No	Indikator	Standar	Realisasi
1.	Pelayanan terhadap pasien Gakin yang datang ke RS pada setiap unit	100% terlayani	100% terlayani

	pelayanan		
--	-----------	--	--

Sumber : Bidang Pelayanan Medis

Tabel 3.37 Realisasi SPM Rekam Medis

No	Indikator	Standar	Realisasi
1.	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	85,31%
2.	Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	100%
3.	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit	10,33 menit
4.	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit	15,17 menit

Sumber : Bidang Pelayanan Medis

Tabel 3.38 Realisasi SPM Pengelolaan Limbah

No	Indikator	Standar	Realisasi
1.	Baku mutu limbah cair	a.BOD < 30mg/l	22,83
		b.COD < 80mg/l	66,92
		c.TSS < 30mg/l	30,92
		d.PH 6-9	7,10
2.	Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100%	100%

Sumber : Bidang Pelayanan Medis

Tabel 3. 39 Realisasi SPM Administrasi dan Manajemen

No	Indikator	Standar	Realisasi
1.	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%	100%
2.	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100%
3.	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%
4.	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%	100%

5.	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	$\geq 60\%$	50%
6.	Cost recovery	$\geq 40\%$	40%
7.	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	90%
8.	Ketepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam	≤ 2 jam
9.	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	100%

Sumber : Bidang Pelayanan Medis

Tabel 3.40 Realisasi SPM Ambulance/Kereta Jenazah

No	Indikator	Standar	Realisasi
1.	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah	24 jam	24 jam
2.	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumah sakit	≤ 230 menit	19,86 menit
3.	Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	Sesuai ketentuan daerah	25 menit

Sumber : Bidang Pelayanan Medis

Tabel 3.41 Realisasi SPM Pemulasaran Jenazah

No	Indikator	Standar	Realisasi
1.	Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaran jenazah	≤ 2 jam	100%

Sumber : Bidang Pelayanan Medis

Tabel 3.42 Realisasi SPM Pelayanan Pemeliharaan Rumah Sakit

No	Indikator	Standar	Realisasi
1.	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	$\geq 80\%$	85,20%
2.	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	100%
3.	Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai	100%	100%

	dengan ketentuan kalibrasi		
--	----------------------------	--	--

Sumber : Bidang Pelayanan Medis

Tabel 3.43 Realisasi SPM Pelayanan Laundry

No	Indikator	Standar	Realisasi
1.	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%	74,58%
2.	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%	98%

Sumber : Bidang Pelayanan Medis

Tabel 3.44 Realisasi SPM Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

No	Indikator	Standar	Realisasi
1.	Ada anggota Tim PPI yang terlatih	75% Anggota Tim PPI yang terlatih	75%
2.	Tersedia APD di setiap instalasi/departemen	60%	60%
3.	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosocomial/HAI (Health Care Associated Infection) di RS (min 1 parameter)	75%	75%

Sumber : Bidang Pelayanan Medis

BAB IV EVALUASI KEGIATAN RUMAH SAKIT

4.1. BAGIAN TATA USAHA

NO.	KEGIATAN	HASIL EVALUASI	STRATEGI PERBAIKAN
1	Melaksanaakan kegiatan penyusunan rencana strategis dan rencana tahunan rumah sakit	Renstra Rumah Sakit masih menginduk pada Dinas Kesehatan, dalam Renstra Dinas Kesehatan terdapat program kegiatan BLUD RSUD.	Nihil
2	Penyusunan perencanaan anggaran pendapatan dan belanja rumah sakit	Anggaran semua terealisasi	Akan lebih baik seiring berjalannya waktu karena memiliki data acuan
3	Penghimpunan dan pengkajian data unit kerja di rumah sakit untuk penyusunan program dan anggaran	Ajuan yang berubah-ubah dari unit/instalasi/ruangan menyulitkan pendataan.	Membuat aturan/sistem yang lebih baik agar pengumpulan data ajuan lebih terkoordinir
4	Menyiapkan bahan sosialisasi renstra dan program rumah sakit.	Belum berjalan karena belum memiliki Renstra	Akan berjalan jika sudah memiliki Renstra
5	Menyiapkan bahan penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) rumah sakit.	LAKIP Rumah Sakit masih menginduk pada Dinas Kesehatan	Mempersiapkan data LAKIP Rumah Sakit untuk diserahkan pada Dinas Kesehatan

6	Penyajian informasi pelaksanaan program rumah sakit	Belum adanya format informasi pelaksanaan program rumah sakit. Pengumpulan data dari bidang yang memakan waktu cukup lama	Mencari contoh format informasi pelaksanaan program rumah sakit
7	Pengumpulan bahan dan data rencana kerja anggaran	Pengumpulan data dari bidang yang menaungi memakan waktu cukup lama dan data berubah-ubah	Akan lebih baik seiring berjalannya waktu karena memiliki data acuan
8	Membuat laporan evaluasi kinerja	Belum optimalnya masing-masing bidang dalam kepatuhan dan konsistensi pembuatan laporan evaluasi kinerja untuk dilakukan per triwulan sekali dikarenakan kesibukan masing-masing bidang	Adanya komitmen dan semangat semua pihak yang terkait dalam pembuatan laporan kinerja
9	Menyusun dan mengkaji dokumen perencanaan RENSTRA	Belum jelasnya pencapaian RENSTRA dalam bidang dokumen perencanaan	Pembahasan capaian RENSTRA
10	Melakukan penyusunan draft LAKIP, LKPJ, LPPD dan Evaluasi Kinerja	Belum bisa optimal dikarenakan tidak adanya pengalaman penyusun dalam bidang dokumen perencanaan	Terfasilitasinya pelatihan SDM di Perencanaan untuk upgrade ilmu dan pengetahuan sesuai modality yang ada
11	Mendokumentasikan data-data usulan perencanaan seperti : usulan standar biaya umum, usulan standar harga, dll	Nihil	Nihil
12	Pembuatan Profil RSUD Pandega Pangandaran	Pembuatan Profil RSUD Pandega Pangandaran diperlukan proses analisis yang didukung data yang valid dan reliabel	Menjalin koordinasi dengan sub bagian dan bidang dan melakukan pengecekan berulang pada data yang diterima
13	Melakukan analisis kebijakan/regulasi dan indikator pelayanan RS maupun SPM	Keterbatasan data karena belum jelas penanggung jawab pencatatan dan pelaporan standar pelayanan rumah sakit	Perencanaan sistem pencatatan dan pelaporan RS serta melaksanakan kajian regulasi,

			indikator pelayanan dan SPM RS
14	Memfasilitasi pelaksanaan kebijakan program-program pembangunan kesehatan	Kegiatan memfasilitasi kebijakan program pembangunan kesehatan di rumah sakit didukung data, namun terjadi keterbatasan data dan kurangnya kajian terhadap program-program rumah sakit	Meningkatkan koordinasi antar sub bagian, dan bidang serta instansi pemerintah lain yang bersangkutan untuk bersama mengkaji program-program yang direncanakan
15	Rencana tindaklanjut hasil akreditasi	Belum ada evaluasi tindaklanjut hasil akreditasi	Pembahasan Kembali rencana tindaklanjut setiap pokja akreditasi
16	Kelengkapan Data Perencanaan	Belum lengkapnya berbagai data perencanaan pengembangan Rumah Sakit	Kajian perencanaan strategis pengembangan Rumah Sakit

4.2.BIDANG PELAYANAN MEDIS

1. Seksi Pelayanan Medis

NO	KEGIATAN	HASIL EVALUASI	STRATEGI PERBAIKAN
1.	Penambahan Jumlah Tempat Tidur Pasien	Nilai BOR belum terpenuhi	Promosi layanan lebih ditingkatkan
2.	Penambahan layanan/poliklinik baru		
	a. Klinik Geriatri	Sudah berjalan namun belum terpadu	Menggabungkan semua pasien lansia dari setiap pasien KSM
	b. Klinik DOTS	Sudah berjalan	Dokter Umum

			belum standby di klinik
	c. Klinik Melati (HIV)	Sudah berjalan	-
	d. Layanan Hemodialisa	Pembukaan Layanan Hemodialisa belum terlaksana dikarenakan tenaga ahli (Dokter Spesialis Dalam, Dokter Umum dan Perawat belum mengikuti pelatihan Hemodialisa)	Tahun 2023 direncanakan mengikuti pelatihan untuk tenaga ahli
	e. Klinik Thalesemia	Sarana dan Prasarana belum mendukung	SDM belum terpenuhi
	f. Layanan Konsultasi Gizi	Sudah berjalan	Membuka klinik khusus dan ruang konsultasi gizi masih bergabung di instalasi rehabilitasi medik
	g. Layanan Obgyn	1. Penambahan ruang IGD Obgyn (PONEK)	-
		2. Membuka layanan PKBRS	-
	h. Layanan Bank Darah	Fasilitas penunjang belum mendukung	Pemenuhan fasilitas penunjang
3.	Penamahan Dokter Spesialis ASN	Tercapainya penambahan dokter spesialis anak, spesialis obgyn dan spesialis bedah dengan masing-masing 1 (satu) orang	Penambahan kuota dokter spesialis asn agi dokter umum asn
4.	Pengadaan Dokter Spesialis Rehabilitasi Medik yang pindah tugas	Sudah bersurat ke Kemenkes dan PERDOSRI namun belum ada tindaklanjut	Tahun 2023 bersurat Kembali ke PERDOSRI Jawa Barat untuk pemenuhan dokter spesialis tersebut

5.	Pengajuan Obat dan BMHP dari masing-masing KSM	Mambuat list ajuan kebutuhan obat dan BMHP ke bidang pelayanan penunjang	
6.	Jejaring Pihak ke 3		
	1. PMI Kabupaten Pangandaran	Pelayanan darah di RSUD Pandega Pangandaran cukup baik karena masih melibatkan keluarga pasien	Harus ada porter khusus dari pihak RSUD untuk pengambilan darah ke PMI dan perbaikan alur
	2. Apotek jejaring (Apotek Pangandaran dan Latansa)	Pelayanan Obat ke Apotek sudah mulai berkurang karena pemenuhan obat sudah terpenuhi di RSUD Pandega	Diharapkan tahun 2023 semua obat tersedia di RSUD Pandega Pangandaran
	3. Laboratorium jejaring denga Promedica, Prodia dan Lab. RSUD Banjar	Pelayanan Lab. PA masih ke RSUD Banjar	Diharapkan tahun 2023 RSUD Pandega mempunyai Lab. PA

2. Seksi Mutu Pelayanan Medis

NO	KEGIATAN	HASIL EVALUASI	STRATEGI PERBAIKAN
1.	Pelaporan INDIKATOR NASIOANL MUTU ke Kementerian Kesehatan	Masih ada 2 indikator yang capaiannya belum memenuhi standar yaitu kepatuhan identifikasi pasien dan Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (Clinical Pathway). Untuk survey kepuasan semester 2	Melakukan rapat kerja komite mutu yang diketahui direktur untuk menindaklanjuti indicator dan unit terkait yang

		2022 mengalami penurunan dari Semester 1 2022	indikatornya belum memenuhi standar
2.	Perekapan dan pelaporan INDIKATOR MUTU PRIORITAS RUMAH SAKIT	Masih ada beberapa indikator yang belum memenuhi standar dan capaiannya tidak stabil naik-turun seperti : • Kepatuhan pelaksanaan identifikasi pasien • Kepatuhan kelengkapan verbal order (komunikasi efektif) • Kepatuhan pemberian label high alert • Waktu tunggu pelayanan klinik spesialis dalam khusus geriatric • Kelengkapan berkas klaim BPJS < 7 hari	Melakukan rapat kerja komite mutu yang diketahui direktur untuk menindaklanjuti indikator dan unit terkait yang indikatornya belum memenuhi standar
3.	Perekapan dan pelaporan INDIKATOR MUTU UNIT Rumah Sakit	Masih ada 1 unit yang indikatornya belum memenuhi standar dan capaiannya tidak stabil naik-turun seperti RADIOLOGI	Melakukan rapat kerja komite mutu yang diketahui direktur untuk menindaklanjuti indikator dan unit terkait yang indikatornya belum memenuhi standar
4.	Perekapan dan pelaporan pasien rawat jalan	Pasien rawat jalan mengalami penurunan kunjungan secara drastis selalu di hari sabtu	Mengupayakan membuka pelayanan baru

		karena dihari itu ada beberapa poliklinik yang tutup	dan kalau bisa membuka poliklinik lebih banyak dihari sabtu
5.	Perekapan dan pelaporan pasien rawat inap	Pasien rawat inap selalu mengalami penurunan secara drastis dihari menjelang lebaran dan tahun baru	Meningkatkan kualitas pelayanan dirawat inap
6.	Meningkatkan Mutu Fasilitas layanan yang professional dan menjamin keselamatan pasien	Terakreditasinya RSUD Pandega Pangandaran dengan nilai Paripurna	Menjadikan RSUD yang benar-benar Paripurna dalam Pelayanan Kesehatan terhadap Masyarakat
7.	Meningkatkan mutu/Pendidikan dan pelatihan tenaga medis dan penunjang medis	Mengirimkan karyawan/karyawati untuk mengikuti pelatihan supaya karyawan karyawati RSUD pandega mampu berdaya saing dan mengikuti perkembangan jaman untuk kepentingan melayani masyarakat pangandaran	Mengirimkan lebih banyak peserta pelatihan pelatihan baik nakes maupun non nakes
8.	Meningkatkan sarana prasarana dan mutu, peralatan medis, penunjang medis sesuai standar	Mengajukan Pemenuhan sarana dan prasarana	Mengevaluasi Mutu pelayanan

	a. Melaksanakan pengelolaan kebutuhan pelayanan medik rawat jalan, pelayanan rawat inap	Merencanakan layanan baru sesuai dengan kebutuhan dan standar serta merencanakan kebutuhan tenaga medis dari segi jumlah dan kategori tenaga	mempertahankan mutu pelayanan rawat jalan dan rawat inap sesuai permenkes
	b. Mengkoordinasikan semua kebutuhan pelayanan medis dan penunjang medis	Mengusulkan kpd direktur sarana, prasarana, kesejahteraan	mengadakan kegiatan penguatan jejaring antara puskesmas dan klinik rekanan
9	Meningkatkan Mutu Fasilitas layanan yang professional dan menjamin keselamatan Pasien	Menjalankan program kerja POKJA	Mengirimkan pelatihan pelatihan untuk anggota POKJA
10.	Penentuan LIPA (Lembaga Independen Penilaian Akreditasi)	Ditentukannya Lembaga KARS (Komisi Akreditasi KARS)	Melaksanakan Pelayanan
11.	Pendaftaran LIPA (Lembaga Independen Penilaian Akreditasi)	Ditentukannya Lembaga KARS (Komisi Akreditasi KARS)	Mengisi dan mengikuti Nota Kesepahaman dengan KARS
12.	Penggalangan Komitmen Akreditasi	terlaksananya penggalangan Komitmen dengan seluruh pegawai RSUD Pandega Pangandaran dan Stake holder di Kabupaten Pangandaran	NIHIL
13.	Bimbingan LIPA (Lembaga Independen Penilaian Akreditasi)	Beberapa bimbingan dilakukan dengan tiap Pokja bersama lewat aplikasi Zoom, dan ada yang dilakukan secara	dilakukannya Pembinaan dalam Materi" yang dipelajari

		Langsung (Offline)	serta dilaksanakan dalam Prakteknya
14.	Pengajuan Survei Simulasi dan Survey Akreditasi	dilakukan ajuan Ke Lembaga KARS tanggal 15 Mei 2022	NIHIL
15.	Monitoring Aplikasi SIDOKARS	dilakukan setiap minggu	di umumkan pada saat pelaksanaan Apel Pagi setiap senin Pagi
16.	Pembentukan TIM Acesor Internal	Pelaksanaan Acesor internal untuk persiapan penilaian akreditasi	Harapannya dilakukan meski Penilaian akreditasi Sudah dilakukan
17.	Pelaksanaan Sursim	dilaksanakan tanggal 20-22 September 2022 sesuai dengan jadwal	Melakukan perbaikan untuk menghadapi Survey Akreditasi
18.	Pelaksanaan PIT STOP Akreditasi	dilaksanakan 10- 15 Oktober 2022	-
19.	Pelaksanaan Survey Akreditasi	dilaksanakan pada 07,09, 10 November 2022	-

4.3.BIDANG KEPERAWATAN

1. Seksi Peningkatan Mutu Keperawatan

NO	KEGIATAN	HASIL EVALUASI	STARTEGI PERBAIKAN
1.	Pelatihan perawat dan bidan	Belum semua perawat bidan melaksanakan pelatihan untuk meningkatkan	Tahun 2023 direncanakan mengikuti pelatihan untuk

		kompetensi dan keahlian karena keterbatasan anggaran tahun 2022	menunjang peningkatan kualitas pelayanan keperawatan
2.	Rotasi perawat dan bidan	belum ideal nya jumlah perawat/bidan di beberapa rawat inap/rawat jalan	melakukan rotasi perawat/bidan di 2023 karena ada yang keluar/lulus PPPK
3.	Pembinaan etikan & disiplin perawat dan bidan	masih ada perawat dan bidan ketika pergantian shif tidak sesuai jadwal dinas, tidak memakai nametag, tidak mau merujuk pasien	Melaksanakan monitoring ke tiap ruangan, Rapat evaluasi
4.	Perekapan jadwal dinas tiap ruangan rawat inap, rawat jalan, IGD, IBS	pengumpulan jadwal dinas tidak tepat waktu (maksimal tanggal 10 bulan berikutnya)	mengingatkan kembali waktu pengumpulan jadwal dinas
5.	Perekapan laporan data mutu keperawatan tiap ruangan rawat inap, IGD, IBS	pengumpulan laporan data mutu keperawatan tidak tepat waktu (maksimal tanggal 10 bulan berikutnya)	mengingatkan kembali waktu pengumpulan laporan data mutu keperawatan
6.	Rapat evaluasi Kinerja PJ Ruangan	Pj ruangan datang terlambat, PJ Ruangan belum maksimal mengatur perawat/bidan di ruangnya	mengingatkan kembali waktu rapat
7.	Rapat evaluasi kinerja KA. TIM tiap ruangan	Ka. Tim datang terlambat, ada Ka. Tim yang tidak hadir	mengingatkan kembali waktu rapat

8.	Rapat evaluasi Kinerja Perawat/Bidan Pelaksana Tiap Ruangan	Perawat/Bidan datang terlambat, ada Perawat/Bidan yang tidak hadir	mengingatkan kembali waktu rapat
9.	Penilain Kinerja PJ Ruangan	Pengumpulan tidak tepat waktu	mengingatkan kembali waktu pengumpulan
10.	Penilaian kinerja Ka. Tim Tiap ruangan	Pengumpulan tidak tepat waktu	mengingatkan kembali waktu pengumpulan
11.	Penilaian kinerja Perawat/Bidan Pelaksana Tiap ruangan	Pengumpulan tidak tepat waktu	mengingatkan kembali waktu pengumpulan

2. Seksi Asuhan Keperawatan

NO	KEGIATAN	HASIL EVALUASI	STRATEGI PERBAIKAN
1.	Pelatihan KASIE Askep, Staf Kasie, Perawat, Bidan	Pelatihan yang dianggarkan belum semua terealisasi	Tahun 2023 direncanakan mengikuti pelatihan untuk menunjang peningkatan kualitas Asuhan Keperawatan
2.	Rapat evaluasi Kinerja PJ Ruangan	PJ Ruangan bisa lebih mengerti tentang kepemimpinan dalam penugasan keperawatan	Mengikuti pelatihan tentang kepemimpinan
3.	Rapat evaluasi Askep	Perawat/Bidan lebih	Mengikuti pelatihan

	Perawat/Bidan Pelaksana tiap ruangan	mengerti dan bisa dalam mendokumentasikan Askep/Askeb	tentang Asuhan Keperawatan/Asuhan Kebidanan
4.	Memberikan himbauan tentang metode Tim	Belum terlaksana semua di setiap Ruang Ranap	Tahun 2023 diwajibkan melaksanakan penugasan Tim

4.4. BIDANG PENUNJANG PELAYANAN

1. Seksi Penunjang Medis

NO	KEGIATAN	HASIL EVALUASI	STRATEGI PERBAIKAN
1.	Pengadaan Obat Vaksin Anggaran BLUD	Obat kosong pada awal tahun	Kelengkapan untuk pengadaan dapat ada dari awal tahun, agar segera dapat dilakukan pengadaan pada Januari yaitu minggu ke 2

2. Seksi Penunjang Non Medis

NO	KEGIATAN	HASIL EVALUASI	STRATEGI PERBAIKAN
1.	Pengadaan Cetak Rekam Medik	format rekam medik selalu ada perubahan, adapun seksi yang lebih mengetahui format rekam medik selain dari unit/instalasi rekam medik ada seksi asuhan	kegiatan rekam medik sebaiknya ada dibawah bidang keperawatan atau bidang pelayanan medis untuk tahun

		keperawatan, kebutuhan rekam medik semakin bertambah	selanjutnya agar ketika ada perubahan format isian akan selalu diperbarui sesuai dengan aturan yang berlaku
2.	Pengadaan Jasa Pest Control	kegiatan pest control pada tahun 2022 masih belum maksimal, dalam perjanjian kontrak selama tahun 2022 dengan pihak ke 3, masih ada hewan-hewan yang berkeliaran dirumah sakit	kegiatan pest control dilakukan sendiri oleh rumah sakit yang akan dilakukan oleh instalasi sanitasi rumah sakit, agar menghemat dari biaya tetapi kegiatan ini diperlukan peralatan yang mendukung supaya kegiatan pest control berjalan dengan baik dan hasil yang maksimal
3.	Pengadaan Jasa Pemeliharaan HVAC	pemeliharaan HVAC pada tahun 2022 tidak bisa tercover semua, dikarenakan kondisi alat sudah mulai banyak kerusakan sehingga pada kegiatan pemeliharaan	pemeliharaan 2023 membutuhkan biaya lebih besar dari tahun sebelumnya, karena kondisi alat

		HVAC 2022 ada beberapa sparepart yang tidak dilakukan perbaikan pada tahun 2022 karena anggaran terbatas dan diluar kontrak kerja sama	yang sudah lama perlu banyak perbaikan dan ada penambahan alat di ruangan Operasi baru
4.	Pengadaan Jasa Konsultansi Non Konstruksi Penyusunan Dokumen Pemenuhan Baku Mutu Air Limbah Dan Dokumen Rincian Teknis Limbah B3	kegiatan berjalan sesuai dengan estimasi waktu yang direncanakan	berdasarkan hasil dari kegiatan ini diperlukan penambahan kapasitas TPS B3 dan Kolam Retensi IPAL serta dilakukan pengecekan rutin air limbah
5.	Jasa Konsultansi Non Konstruksi Penyusunan Dokumen Pemenuhan Penyajian Informasi Lingkungan	kegiatan berjalan sesuai dengan estimasi waktu yang direncanakan	disarankan ada pembaruan pada dokumen AMDAL karena ada beberapa perubahan dan ketidaksesuaian antara dokumen AMDAL dengan kondisi dilapangan
6.	Jasa Konsultansi Non Konstruksi Penyusunan Dokumen Slo Ipal Rsud Pandega Pangandaran	kegiatan berjalan sesuai dengan estimasi waktu yang direncanakan	diperlukan kolam retensi
7.	Pengadaan Cetak Rekam Medik Perubahan	format rekam medik selalu ada perubahan,	kegiatan rekam medik sebaiknya

		adapun seksi yang lebih mengetahui format rekam medik selain dari unit/instalasi rekam medik ada seksi asuhan keperawatan, kebutuhan rekam medik semakin bertambah	ada dibawah bidang keperawatan atau bidang pelayanan medis untuk tahun selanjutnya agar ketika ada perubahan format isian akan selalu diperbarui sesuai dengan aturan yang berlaku
8.	Jasa Pemusnahan Limbah B3	kekurangan pada timbangan sehingga menghambat pada pencatatan internal Rumah sakit pada saat melakukan rekap total berat limbah yang dihasilkan setiap harinya, pengumpulan limbah farmasi belum berjalan dengan baik karena ada ketidak sesuain data dengan barang yang ada digudang	membuat SOP dan dilakukan sosialisasi, diperlukan pembelian timbangan untuk limbah B3
9.	Riksa Uji K3 Lift, Penangkal Petir, Genset, Hdyrant	kegiatan berjalan sesuai dengan estimasi waktu yang direncanakan, namun ada alat yang belum pernah dilakukan pengujian yaitu smoke	dilakukan perbaikan pada lift berdasarkan hasil dari riksa uji,

		detector dikarenakan anggaran terbatas. berdasarkan hasil uji riksa perlu perbaikan pada seluruh lift yang ada di rumah sakit	
10.	belanja sparepart alat kesehatan	seiring bertambahnya alat kesehatan dan usia pakai alat makan biaya sparepart ikut meningkat, kerusakan alat juga dipengaruhi oleh kurangnya pemeliharaan dari user sehingga biaya belanja sparepart alat kesehatan meningkat dan bahkan masih ada alat yang belum diperbaiki	mapping alat kesehatan yang usia pakai sudah lama, sosialisasi pemeliharaan alat kesehatan oleh user, penambahan anggaran belanja sparepart alat kesehatan
11.	belanja BHP penunjang non medis	Kegiatan berjalan sesuai dengan estimasi waktu yang direncanakan dan anggaran mencukupi	-
12.	BHP Pemulasaran jenazah	kegiatan berjalan sesuai dengan estimasi waktu yang direncanakan	-
13.	BHP gizi	Kegiatan berjalan sesuai dengan estimasi waktu yang direncanakan dan anggaran mencukupi	-
14.	Belanja Bahan Kimia-Chemical	Anggaran pada tahun 2022 untuk Belanja Bahan Kimia-Chemical	Melakukan penambahan anggaran di akhir

		tidak mencukupi sampai akhir tahun	tahun
15.	Belanja Liquid Oksigen	Anggaran pada tahun 2022 untuk Belanja Bahan Liquid tidak mencukupi sampai akhir tahun	Melakukan penambahan anggaran di akhir tahun
16.	Belanja Pemeliharaan Generator Oksigen	Kegiatan berjalan sesuai dengan estimasi waktu yang direncanakan dan anggaran mencukupi	-
17.	Belanja Jasa Pemeliharaan Lift	Kegiatan berjalan sesuai dengan estimasi waktu yang direncanakan dan anggaran mencukupi	Perlu perbaikan pada konstruksi lift
18.	Belanja Pemeliharaan Alkes (Kalibrasi)	Banyak alat yang belum terkalibrasi karena anggaran yang terbatas dan alat yang rusak	Sosialisasi pemeliharaan alat Kesehatan, penjadwalan kalibrasi, mapping alat-alat Kesehatan

BAB V HASIL KERJA

5.1. PENCAPAIAN HASIL KINERJA

Hasil kerja yang merupakan pencapaian tujuan dan sasaran dengan strategi yang dilaksanakan dengan suatu pengukuran pencapaian sasaran sebagai berikut:

5.1.1. Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

Standar Pelayanan Minimal (SPM) merupakan ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak

diperoleh setiap warga secara minimal (Kepmenkes No. 129 Tahun 2008). Rumah Sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayananan perorangan secara paripurna dituntut memiliki standar pelayanan yang ditetapkan sebagai tolok ukur mutu pelayanan kepada masyarakat. Dasar penetapan SPM Rumah Sakit yaitu Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Dalam realisasinya Rumah Sakit wajib menyelenggarakan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan minimal yang disusun dan ditetapkan oleh pemerintah daerah sesuai dengan kondisi sumber daya masing-masing.

Kondisi saat ini RSUD Pandega Pangandaran belum memiliki kebijakan tentang Pemenuhan Standar Pelayanan Rumah Sakit, sehingga aktivitas pencatatan dan pelaporan yang seharusnya di laksanakan secara berkala belum terlaksana. Perencanaan pencapaian indikator SPM RS selama 5 tahun telah dimiliki namun perlu dikaji kembali dan direncanakan ulang sehingga dapat di implementasikan pada tahun 2023.

5.1.2. Indikator Pelayanan Rumah Sakit

Indikator atau tolok ukur suatu pelayanan RS dipakai untuk mengetahui tingkat pemanfaatan, mutu, dan efisiensi pelayanan rumah sakit. Indikator-indikator di rumah sakit menggunakan sumber data yaitu sensus harian, untuk pelayanan rawat inap sensus harian rawat inap.

Tabel 5.1 Indikator Pelayanan RSUD Pandega Pangandaran Per Bulan

Nilai Capaian	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agust	Sept	Okt	Nov	Des
Nilai BOR (%)	46,64	46,64	43,67	43,67	52,35	56,33	45,77	49,57	52,33	49,93	47,83	50,78
TOI	3,28	2,96	3,42	3,21	1,90	2,00	2,90	2,79	2,50	2,55	2,68	2,37
BTO	5,04	5,05	4,61	4,91	6,20	6,56	5,79	5,60	6,11	6,08	5,84	6,22

Sumber: Bidang Pelayanan Medis

Tabel 5.2 Indikator Pelayanan RSUD Pandega Pangandaran Tahun 2022

TAHUN	KODE RS	BOR	ALOS	BTO	TOI	NDR	GDR	RATA-RATA KUNJUNGAN
2022	3218001	48.79	2.44	68	2.7	16.37	33.5	6875

Sumber: SIRS VI RSUD Pandega Pangandaran

Berdasarkan tabel tersebut dapat dijelaskan bahwa persentase BOR RSUD Pandega Pangandaran tahun 2022 adalah 48.79%. Capaian nilai BOR RSUD Pandega Pangandaran masih di bawah nilai ideal. Nilai BOR ideal adalah 60 – 80 kali selama periode waktu tertentu. Nilai BOR yang rendah menunjukkan bahwa tingkat pemanfaatan tempat tidur oleh masyarakat rendah sehingga diperlukan strategi perbaikan mutu pelayanan rumah sakit.

Nilai rata-rata ALOS RSUD Pandega Pangandaran yaitu 2 hari dan masih di bawah nilai ideal yaitu 6 – 9 hari. Penjelasan nilai rata-rata lama rawat pasien perlu dikaji dari hasil diagnosis dokter maupun dari faktor lainnya sehingga menjelaskan bahwa satu pasien dirawat lebih singkat maupun lebih lama.

BTO merupakan nilai pemakaian suatu tempat tidur dengan nilai pemakaian ideal dalam satu tahun yaitu 40 – 50 kali. BTO RSUD Pandega Pangandaran yaitu 68 kali dalam periode satu tahun. Keuntungan BTO yang ideal terhadap rumah sakit bahwa tidak ada tempat tidur yang lama tidak digunakan oleh pasien. Namun ketika BTO terlalu tinggi dalam satu periode memungkinkan kinerja pelayan medis akan meningkat, dapat berpengaruh pada kepuasan pasien maupun keselamatan pasien.

Nilai TOI merupakan nilai rata-rata suatu tempat tidur tidak ditempati. Nilai TOI RSUD Pandega Pangandaran yaitu 2.7 hari yang berarti di bawah nilai ideal yaitu 1 – 3 hari. Semakin lama tempat tidur tidak produktif atau tidak digunakan maka akan menjadi kerugian bagi pihak rumah sakit.

Net Death Rate (NDR) yaitu angka kematian 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar. Indikator ini memberikan gambaran mutu pelayanan di rumah sakit. Nilai NDR yang dianggap masih dapat ditolerir adalah kurang dari 25 per 1000. Nilai NDR RSUD Pandega Pangandaran yaitu 16,37 ‰ tidak melebihi batas nilai toleransi. Gross Death Rate (GDR) yaitu angka kematian umum untuk setiap 1000 penderita keluar rumah sakit. Nilai GDR seyogyanya tidak lebih dari 45 per 1000 penderita keluar. GDR RSUD Pandega Pangandaran yaitu 33.3 ‰ tidak melebihi nilai toleransi. Statistik kematian tersebut sangat penting bagi Rumah Sakit untuk mengevaluasi kualitas pelayanan medis di RSUD Pandega Pangandaran.

5.1.3. Kelengkapan Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan

Kelengkapan sarana, prasarana, dan alat kesehatan berdasarkan indikator standar yaitu 60% pasca pembobotan. Kumulasi kelengkapan Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan (SPA) RSUD Pandega Pangandaran yaitu 74,73 % sebagaimana ditampilkan dalam tabel berikut.

Tabel 5.3 Kelengkapan Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan RSUD Pandega Pangandaran Tahun 2022

Data Sarana	Data Prasarana	Data Alat Kesehatan	Kumulasi Kelengkapan
-------------	----------------	---------------------	----------------------

			(50S – 10P – 40A)
83.67 %	76.74 %	58.47 %	74.73 %

Sumber: Sub Bagian Perencanaan, Evaluasi dan Pelaporan

Tabel 5.4 Kelengkapan Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan Essensial RSUD Pandega Pangandaran Tahun 2022

Data Sarana	Data Prasarana	Data Alat Kesehatan	Rata-Rata
16.33 %	23.26 %	41.53 %	27.04 %

Sumber: Sub Bagian Perencanaan, Evaluasi dan Pelaporan

Tabel 5.5 Presentasi Kebutuhan Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan RSUD Pandega Pangandaran Tahun 2022

Jumlah Alat Kesehatan	Sudah di Validasi	Valid	Tidak Valid	OK
3581	100	100	-	OK

Sumber: Sub Bagian Perencanaan, Evaluasi dan Pelaporan

Tabel 5.6 Tingkat Kelengkapan data Kalibrasi untuk Alat wajib Kalibrasi RSUD Pandega Pangandaran Tahun 2021 per tanggal 12-01-2022

Jumlah Alat	Sudah kalibrasi		Tingkat kalibrasi
	2022	2023	
931	187	0	0

Sumber: Sub Bagian Perencanaan, Evaluasi dan Pelaporan

5.1.4. Pendapatan RSUD Pandega Pangandaran

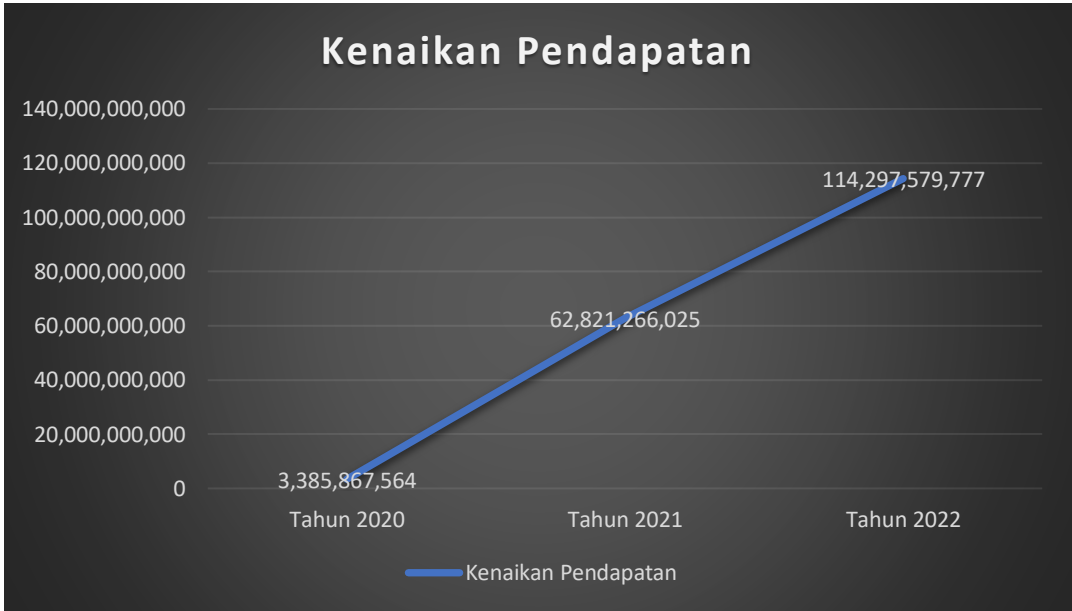
Pendapatan RSUD Pandega Pangandaran bersumber dari beberapa jenis Pelayanan, mulai dari pendapatan yang diperoleh melalui kepesertaan pasien umum sampai pendapatan melalui asuransi lain, periode sampai dengan 31 Desember 2022.

Tabel 5.7 Presentasi Pendapatan Pelayanan RSUD Pandega Pangandaran Tahun 2022

BULAN	TAHUN 2022										TOTAL
	UMUM	BPJS KESEHATAN	BPJS KETENAGAKERJAAN	JASA RAHARJA	DANA COVID	JAMPERSAL	MANDIRI INHEALTH	YKP BJB	SLU	ASURANSI LAIN	
JANUARI	Rp 517.335.935	Rp 139.579.989	NIHIL	Rp 22.418.336	NIHIL	NIHIL	NIHIL	NIHIL	NIHIL	NIHIL	Rp 679.334.260
FEBRUARI	Rp 475.701.638	Rp 3.161.167.300	NIHIL	Rp 40.000.000	NIHIL	NIHIL	NIHIL	NIHIL	NIHIL	NIHIL	Rp 3.676.868.938
MARET	Rp 364.596.865	Rp 3.701.232.268	NIHIL	Rp 48.131.070	NIHIL	NIHIL	NIHIL	NIHIL	NIHIL	NIHIL	Rp 4.113.960.203
APRIL	Rp 300.140.783	Rp 1.103.631.298	NIHIL	Rp 66.731.064	Rp 14.935.153.300	NIHIL	NIHIL	NIHIL	NIHIL	Rp 59.708.854	Rp 16.465.365.299
MEI	Rp 542.501.534	Rp 3.591.116.337	NIHIL	Rp 64.174.107	NIHIL	NIHIL	NIHIL	NIHIL	NIHIL	NIHIL	Rp 4.197.791.978
JUNI	Rp 577.114.059	Rp 4.457.865.100	Rp 11.772.050	Rp 32.322.978	Rp 34.987.393.300	NIHIL	NIHIL	NIHIL	NIHIL	NIHIL	Rp 40.066.467.487
JULI	Rp 474.187.814	Rp 3.407.727.476	NIHIL	NIHIL	NIHIL	NIHIL	NIHIL	NIHIL	NIHIL	NIHIL	Rp 3.881.915.290
AGUSTUS	Rp 640.393.052	Rp 7.464.217.813	Rp 205.972.210	Rp 86.903.187	Rp 8.118.463.100	NIHIL	Rp 1.811.936	NIHIL	NIHIL	NIHIL	Rp 16.517.761.298
SEPTEMBER	Rp 467.574.628	Rp 3.658.266.190	NIHIL	NIHIL	NIHIL	NIHIL	Rp 2.784.160	NIHIL	Rp 10.266.005	NIHIL	Rp 4.138.890.983
OKTOBER	Rp 608.967.512	Rp 4.884.720.800	Rp 102.723.130	Rp 370.964.438	NIHIL	NIHIL	Rp 935.076	Rp 4.103.740	Rp 8.824.842	NIHIL	Rp 5.981.239.538
NOVEMBER	Rp 449.315.991	Rp 3.771.258.376	NIHIL	Rp 104.019.811	Rp 2.559.080.600	NIHIL	Rp 375.986	NIHIL	Rp 3.335.386	NIHIL	Rp 6.887.386.150
DESEMBER	Rp 483.498.841	Rp 6.933.572.404	Rp 121.047.210	Rp 125.740.503	NIHIL	NIHIL	Rp 1.015.000	Rp 2.556.323	NIHIL	Rp 23.168.072	Rp 7.690.598.353
TOTAL PENDAPATAN	Rp 5.901.328.652	Rp 46.274.355.351	Rp 441.514.600	Rp 961.405.494	Rp 60.600.090.300	NIHIL	Rp 6.922.158	Rp 6.660.063	Rp 22.426.233	Rp 82.876.926	Rp 114.297.579.777

Sumber: Sub Bagian Keuangan dan Aset

Perbandingan Pendapatan RSUD Pandega		
No.	Pendapatan	Jumlah
1.	Tahun 2020	Rp. 3.385.867.564
2.	Tahun 2021	Rp. 62.821.266.025
3.	Tahun 2022	Rp. 114.297.579.777



Berdasarkan grafik diatas pendapatan RSUD Pandega dari Tahun 2020 mengalami peningkatan. Tahun 2020-2021 mengalami peningkatan sebesar 1.900%. Hal ini disebabkan pada bulan Agustus Tahun 2021 terjadi lonjakan kasus kedua pandemic COVID-19 dan RSUD Pandega menjadi Rumah Sakit rujukan pasien COVID-19 serta terjadi penambahan pelayanan. Sedangkan pada tahun 2021-2022 mengalami peningkatan pendapatan sebesar 83%.

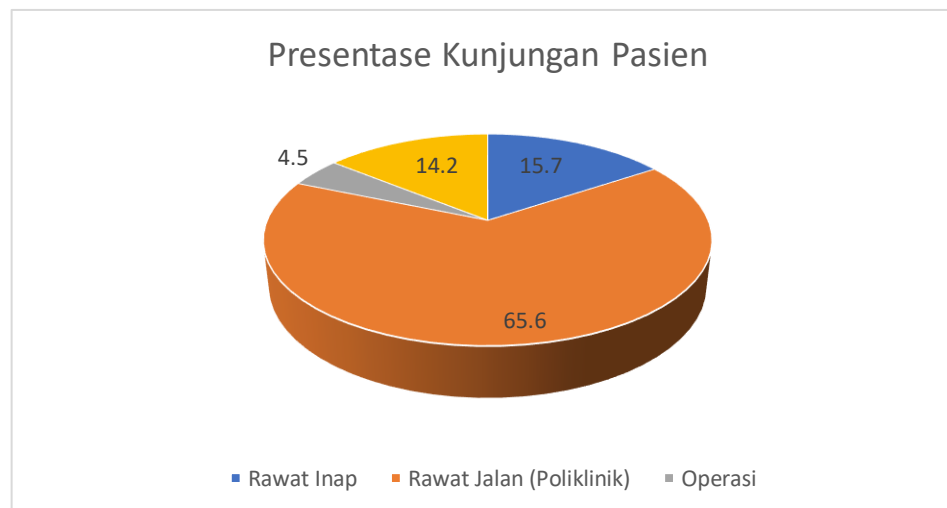
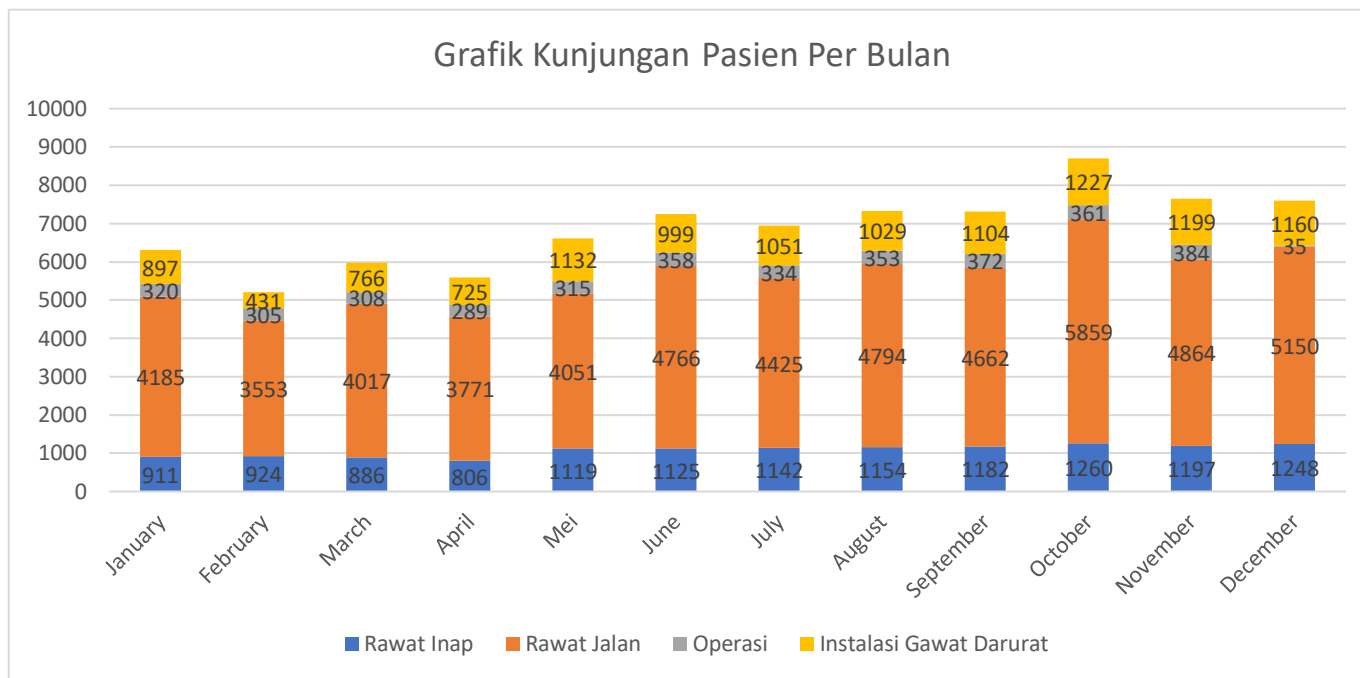
5.1.5. Kunjungan dan Kepesertaan Pasien RSUD Pandega Pangandaran

Tabel 5.8 Data Kunjungan Pasien RSUD Pandega Pangandaran Tahun 2022

Jenis Pelayanan	Bulan									Okt	Nov	Des	Jumlah	Total	Persentase (%)	Rata-rata Kunjungan Pasien/Hari
	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Ags	Sept							
Rawat Inap	911	924	886	806	1119	1125	1142	1154	1182	1260	1197	1248	12954	82505	15,7%	35 Pasien/Hari
Rawat Jalan (Poliklinik)	4185	3553	4017	3771	4051	4766	4425	4794	4662	5859	4864	5150	54097		65,6%	173 Pasien/Hari
Operasi	320	305	308	289	315	358	334	353	372	361	384	35	3734		4,5%	10 Pasien/Hari
Instalasi Gawat Darurat	897	431	766	725	1132	999	1051	1029	1104	1227	1199	1160	11720		14,2%	32 Pasien/Hari

Sumber: Bidang Pelayanan Medis

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa kunjungan pasien terbanyak terjadi pada bulan Desember dengan jumlah pasien 7.593 orang. Pada masing-masing pelayanan, jumlah kunjungan rawat jalan terbanyak terjadi pada bulan Desember yaitu sebanyak 5.150 orang, kemudian rawat inap pada bulan Desember sebanyak 1.248. Sementara jumlah pasien terbanyak pada pelayanan operasi terjadi pada bulan November dengan jumlah pasien 384 orang. Jika dipersentasekan kunjungan pasien pada masing-masing jenis pelayanan, dapat dilihat sesuai gambar berikut ini:



Pada Tahun 2022 rawat jalan/poliklinik merupakan pelayanan yang mendapat kunjungan pasien terbanyak yaitu 79,01% dengan jumlah pasien 64.970 orang. Kemudian Rawat Inap dengan keseluruhan jumlah pasien 13.177 orang dengan persentase 16,02%, sedangkan pada penanganan pasien operasi yaitu 4,95% dengan jumlah pasien sebanyak 4.077 orang.

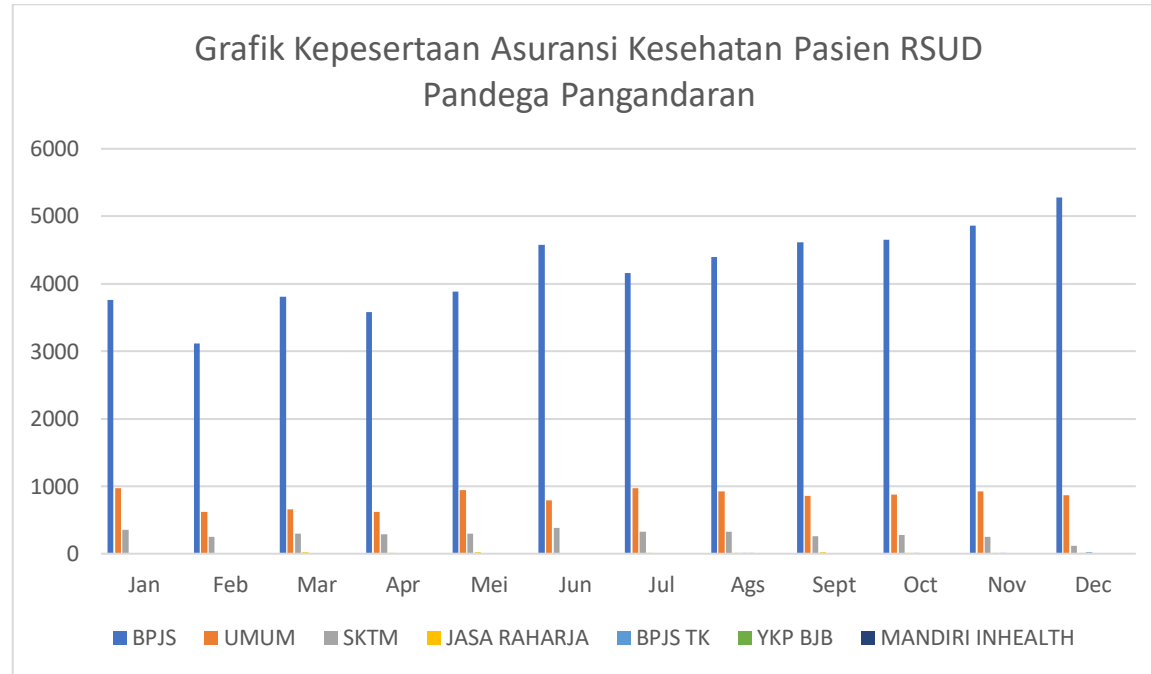
Tabel 5.9 Kumulatif Kunjungan Poliklinik Tahun 2022

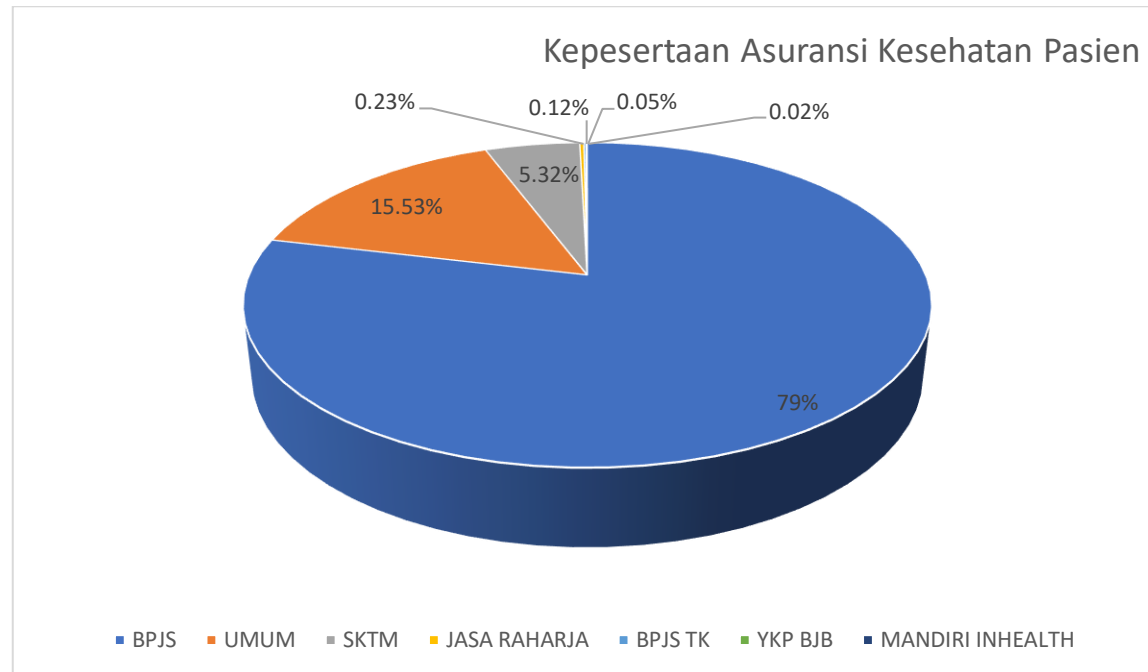
NO	Nama Poliklinik	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Ags	Sept	Okt	Nov	Des	Total
1.	ANAK	372	250	274	245	301	290	299	297	390	447	468	448	4081
2.	BEDAH	329	314	385	320	366	446	402	447	496	456	497	502	4960
3.	PENYAKIT DALAM	1158	994	1120	1080	1119	1300	1159	1361	1419	1364	1424	1632	15130
4.	GIGI UMUM	13	19	160	10	9	16	10	25	22	17	52	15	224
5.	GIGI SPESIALIS	222	182	85	49	72	82	77	127	126	138	160	159	1479
6.	GIGI PENYAKIT MULUT	0	0	76	104	85	106	82	122	120	152	103	190	1140
7.	KANDUNGAN DAN KEBIDANAN	359	317	371	318	414	340	329	353	391	333	360	341	4226
8.	MATA	366	298	284	251	301	437	400	395	364	373	393	457	4319
9.	REHABILITASI MEDIS	334	312	402	398	365	576	346	0	0	21	46	42	2842
10.	SARAF	484	447	508	546	521	590	597	623	600	589	654	641	6800
11.	MCU	122	22	30	33	71	64	137	122	19	18	38	19	695
12.	ORTHOPEDI	242	227	257	275	240	324	326	380	396	393	316	417	3793
13.	KULIT DAN KELAMIN	184	171	209	142	187	195	208	240	199	254	298	231	2518
14.	FISIOTERAPI	0	0	0	0	0	0	0	63	44	0	0	0	107
15.	RADIOLOGI	0	0	0	0	0	0	0	144	2	0	0	0	146
16.	PENYAKIT DALAM DOTS	0	0	0	0	0	0	39	61	45	17	11	49	222
17.	ANAK DOTS	0	0	0	0	0	0	14	34	29	51	44	7	179
18.	PENYAKIT DALAM MELATI	0	0	0	0							17	7	24
	Jumlah /bulan	4185	3553	4017	3771	4051	4766	4425	4794	4662	4623	4881	5157	52861

Tabel 5.10. Data Kepesertaan Asuransi Kesehatan Pasien RSUD Pandega Pangandaran Tahun 2022

Jenis Kepesertaan	Bulan												Jumlah	Total	Persentase (%)
	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Augt	Sep	Okt	Nov	Des			
BPJS	3757	3117	3809	3579	3882	4581	4157	4393	4615	4657	4865	5280	50692	64386	78,73%
UMUM	969	616	655	621	942	787	967	922	855	875	922	865	9996		15,53%
SKTM	356	251	295	284	298	380	328	328	262	274	249	118	3423		5,32%
JASA RAHARJA	-	-	24	12	20	9	16	12	18	16	12	12	151		0,23%
BPJS TK	-	-	-	-	5	3	8	10	4	11	11	25	77		0,12%
YKP BJB	-	-	-	-				13	5	8	-	8	34		0,05%
MANDIRI INHEALTH	-	-	-	-				1	5	1	4	2	13		0,02%
Jumlah /bulan	5082	3984	4783	4496	5147	5760	5476	5679	5764	5842	6063	6263	64111		

Sumber: Bidang Pelayanan Medis





Pasien terbanyak yang mengunjungi RSUD Pandega pada tahun 2022 adalah pasien dengan kepesertaan BPJS yaitu 79% sebanyak 50.692 orang, diikuti oleh pasien umum yaitu 15,53% sebanyak 9.996 orang, pasien SKTM yaitu 5,32% sebanyak 3.423, pasien Jasa Raharja yaitu 0,23% sebanyak 151 orang, lalu pasien BPJS TK 0,12% yaitu 77 Orang, kemudian pasien YKP BJB 0,5% yaitu sebanyak 34 orang dan pasien dengan kepesertaan Mandiri Inhealth 2% sebanyak 13 orang dengan total pasien yaitu 64386 orang.

5.1.6. Realisasi Anggaran RSUD Pandega Pangandaran

Dalam rangka mendukung pelaksanaan tugas pokok dan fungsi RSUD Pandega Pangandaran, pada tahun 2022 didukung dengan anggaran sebesar Rp. 12.449.669.750. Anggaran tersebut bersumber dari APBD Kabupaten Pangandaran. Adapun komposisi penggunaan anggaran sebagai berikut :

Tabel 5.11 Realisasi Anggaran RSUD Pandega Pangandaran Tahun 2022

No	Program	Anggaran	Realisasi	%
	Jumlah	Rp. 12.449.669.750	Rp. 12.449.669.750	100%
1	Penyusunan Dokumen Perencanaan Perangkat Daerah	Rp. 836.400.000	Rp. 836.400.000	100%
2	Monitoring, Evaluasi dan Penilaian Kinerja Pegawai	Rp. 204.950.000	Rp. 204.950.000	100%
3	Administrasi Kepegawaian Perangkat Daerah	Rp. 1.716.780.000	Rp. 1.716.780.000	100%
3	Bimbingan Teknis Implementasi Peraturan Perundnag-Undangan	Rp. 1.511.830.000	Rp. 1.511.830.000	100%
4	Pengadaan Barang Milik Daerah Penunjang urusan Pemerintah Daerah	Rp. 1.692.748.766	Rp. 1.692.748.766	100%
5	Pengadaan Gedung Kantor atau Bangunan Lainnya	Rp. 239.050.000	Rp. 239.050.000	100%
6	Pengadaan Sarana dan Prasarana Gedung Kantor atau Bangunan Lainnya	Rp. 1.248.148.766	Rp. 1.248.148.766	100%
7	Pengadaan Sarana dan Prasarana Pendukung Gedung Kantor atau Bangunan Lainnya	Rp. 205.550.000	Rp. 205.550.000	100%
8	Penyediaan Jasa Komunikasi, Sumber Daya Air dan Listrik	Rp. 1.162.350.000	Rp. 1.162.350.000	100%
9	Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan Dan Upaya Kesehatan	Rp. 7.041.390.984	Rp. 7.041.390.984	100%
10	Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Untuk UKM dan UKP Kewenangan Daerah	Rp. 6.479.520.000	Rp. 6.479.520.000	100%
11	Pengadaan Obat, Vaksin	Rp. 2.770.000.000	Rp. 2.770.000.000	100%
12	Pengadaan Bahan Habis Pakai	Rp. 3.779.520.000	Rp. 3.779.520.000	100%
13	Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Rujukan Tingkat Daerah Kabupaten/Kota	Rp. 561.870.984	Rp. 561.870.984	100%

Sumber: Sub Bagian Perencanaan, Evaluasi dan Pelaporan

5.1.7 INDEKS KEPUASAN MASYARAKAT

Pelaksanaan Survei Kepuasan Masyarakat tahun 2022 dalam rangka meningkatkan kualitas Pelayanan Publik, IPKHP bekerjasama dengan Humas RSUD Pandega Pangandaran telah melaksanakan Survei Kepuasan Masyarakat

dengan berpedoman pada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi (PERMENPANRB) Republik Indonesia.

Nomor 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik. Survei Kepuasan Masyarakat tersebut dilakukan kepada 400 responden dengan periode survei dari Bulan Januari – Juni Tahun 2022.

Tabel 5.12 Indeks Kepuasan Masyarakat Terhadap RSUD Pandega Pangandaran Tahun 2022 Semester 1						
No	UNSUR PELAYANAN	JUMLAH	NRR	Kategori	NRR*0.11	IKM (NRR tert*25)
U1	Persyaratan	1251	3,13	Baik	0,35	78,21
U2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur	1260	3,15	Baik	0,35	
U3	Waktu Penyelesaian Pelayanan	1254	3,14	Baik	0,35	
U4	Biaya/Tarif	1428	3,57	Sangat Baik	0,40	
U5	Produk spesifikasi jenis pelayanan	1230	3,06	Baik	0,34	
U6	Kompetensi Pelaksana	1253	3,11	Baik	0,35	
U7	Perilaku Pelaksana	1255	3,14	Baik	0,35	
U8	Penanganan pengaduan, saran dan Masukan	1235	3,09	Baik	0,33	
U9	Sarana dan Prasarana	1108	2,77	Kurang Baik	0,31	

Nilai Persepsi	Nilai Interval (NI)	Nilai Interval Konversi (NIK)	Mutu Pelayanan	Kinerja Unit Pelayanan
1	1,00 – 2,5996	25,00 – 64,99	D	Tidak Baik
2	2,60 – 3,064	65,00 – 76,60	C	Kurang Baik
3	3,0644 – 3,532	76,61 – 88,30	B	Baik
4	3,5324 – 4,00	88,31 – 100,00	A	Sangat baik

	Keterangan
U1-U9	= Unsur-Unsur Pelayanan
NRR	= Nilai Rata-rata
IKM	= Indeks Kepuasan Masyarakat
_*)	= jumlah NRR IKM tertimbang
IKM_**)	= jumlah NRR Tertimbang x 25
NRR perunsur	= jumlah nilai per unsur dibagi jumlah kuesioner yang terisi
NRR Terimbang/unsur	= NRR per unsur X 0,111/unsur

Berdasarkan hasil Tabel 5.13 diatas, informasi penting yang dapat disampaikan antara lain :

1. Pemahaman responden terhadap persyaratan pelayanan yang diberlakukan di RSUD Pandega termasuk dalam **kategori baik** yaitu mudah untuk dipahami.
2. Kemudahan system, mekanisme dan prosedur pelayanan di RSUD Pandega Pangandaran termasuk dalam kategori **baik**, sehingga masih banyak masyarakat yang masih kesulitan dalam melaksanakan prosedur yang diberlakukan di RSUD Pandega.
3. Waktu penyelesaian pelayanan yang diberikan tenaga Kesehatan di RSUD Pandega Pangandaran kepada pasien terkategori **baik**, sehingga pasien merasa puas terhadap pelayanan yang diberikan.
4. Kewajaran biaya/tarif yang dikeluarkan oleh responden untuk mendapatkan pelayanan di RSUD Pandega Pangandaran termasuk dalam kategori **sangat baik** yaitu murah/terjangkau oleh masyarakat yang berobat ke RSUD Pandega.
5. Kesesuaian produk pelayanan antara yang tercantum dalam standar pelayanan dengan hasil yang diberikan di RSUD Pandega Pangandaran termasuk dalam kategori **kurang baik** sehingga perlu diadakan evaluasi terhadap produk spesifikasi jenis pelayanan di RSUD Pandega.
6. Kompetensi/kemampuan petugas dalam pelayanan di RSUD Pandega Pangandaran termasuk dalam kategori **baik** yaitu kompeten.

7. Perilaku petugas dalam pelayanan terkait kesopanan dan keramahan di RSUD Pandega Pangandaran termasuk dalam kategori **baik** yaitu sopan dan ramah.
8. Penanganan pengaduan saran dan masukan yang diterapkan RSUD Pandega Pangandaran terkategori **baik** sehingga memudahkan masyarakat untuk menyampaikan kritik saran dan masukan yang membangun untuk RSUD Pandega Pangandaran.
9. Sarana dan Prasarana yang terdapat di RSUD Pandega Pangandaran termasuk dalam kategori **kurang baik** dikarenakan masih minimnya SDM di RSUD Pandega Pangandaran yang mengakibatkan adanya sarana dan prasarana yang terbengkalai.
10. **Nilai IKM terbesar** terdapat pada Unsur Biaya dan tarif di RSUD Pandega Pangandaran mendapatkan nilai terbesar dibandingkan dengan nilai unsur yang lainnya yaitu berjumlah 1428 dengan NRR 3,57. Hal ini dapat diartikan bahwa biaya dan tarif pengobatan di RSUD Pandega Pangandaran terjangkau oleh semua kalangan.
11. **Nilai IKM terkecil** yaitu terdapat pada Unsur Sarana dan Prasarana dengan jumlah 1108 dengan NRR 2,77 hal ini dapat diartikan bahwa kurangnya penanganan dan pemanfaatan sarana dan prasarana di RSUD Pandega yang diakibatkan dari terbatasnya SDM yang ada. Rumah Sakit perlu memperbaharui fasilitas sarana dan prasarana secara terus menerus untuk meningkatkan pelayanan prima.
12. Berdasarkan tabel tersebut juga didapatkan hasil bahwa Nilai **Indeks Kepuasan Masyarakat** di RSUD Pandega Pangandaran berjumlah **78,21** sehingga termasuk ke dalam kategori B (**Baik**), karena berada dalam rentang nilai 76,61 – 88,30.

Tabel 5.13 Indeks Kepuasan Masyarakat Terhadap RSUD Pandega Pangandaran Tahun 2022 Semester 2						
No	UNSUR PELAYANAN	JUMLAH	NRR	Kategori	NRR*0.11	IKM (NRR tert*25)
U1	Persyaratan	1245	3,11	Baik	0,35	75,36
U2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur	1187	2,97	Kurang Baik	0,33	
U3	Waktu Penyelesaian Pelayanan	1075	2,69	Kurang Baik	0,3	
U4	Biaya/Tarif	1276	3,19	Baik	0,35	
U5	Produk spesifikasi jenis pelayanan	1165	2,91	Kurang Baik	0,32	
U6	Kompetensi Pelaksana	1222	3,06	Kurang Baik	0,34	
U7	Perilaku Pelaksana	1215	3,04	Kurang Baik	0,34	
U8	Penanganan pengaduan, saran dan Masukan	1127	2,82	Kurang Baik	0,31	
U9	Sarana dan Prasarana	1351	3,38	Baik	0,37	

Nilai Persepsi	Nilai Interval (NI)	Nilai Interval Konversi (NIK)	Mutu Pelayanan	Kinerja Unit Pelayanan
1	1,00 – 2,5996	25,00 – 64,99	D	Tidak Baik
2	2,60 – 3,064	65,00 – 76,60	C	Kurang Baik
3	3,0644 – 3,532	76,61 – 88,30	B	Baik
4	3,5324 – 4,00	88,31 – 100,00	A	Sangat baik

Keterangan	
U1-U9	Unsur – Unsur Pelayanan
NRR	Nilai Rata – Rata
IKM	Indeks Kepuasan Masyarakat
_*)	Jumlah NRR IKM Tertimbang
IKM_**)	Jumlah NRR Tertimbang x 25
NRR perunsur	Jumlah nilai per unsur dibagi jumlah kuisioner yang terisi
NRR Terimbang/unsur	NRR per unsur X 0,111/unsur

Berdasarkan hasil Tabel 5.14 diatas, informasi penting yang dapat disampaikan antara lain :

1. Pemahaman responden terhadap persyaratan pelayanan yang diberlakukan di RSUD Pandega termasuk dalam kategori **Baik** yaitu mudah untuk dipahami.
2. Kemudahan sistem, mekanisme dan prosedur pelayanan di RSUD Pandega Pangandaran termasuk dalam kategori **Kurang Baik**, sehingga masih banyak masyarakat yang masih kesulitan dalam melaksanakan prosedur yang diberlakukan di RSUD Pandega.
3. Waktu penyelesaian pelayanan yang diberikan tenaga Kesehatan di RSUD Pandega Pangandaran kepada pasien terkategori **Kurang Baik**, sehingga pasien merasa kurang puas terhadap pelayanan yang diberikan.
4. Kewajaran biaya/tarif yang dikeluarkan oleh responden untuk mendapatkan pelayanan di RSUD Pandega Pangandaran termasuk dalam kategori **Baik** yaitu murah/terjangkau oleh masyarakat yang beobat ke RSUD Pandega.
5. Kesesuaian produk pelayanan antara yang tercantum dalam standar pelayanan dengan hasil yang diberikan di RSUD Pandega Pangandaran

- termasuk dalam kategori **Kurang Baik** sehingga perlu diadakan evaluasi terhadap produk spesifikasi jenis pelayanan di RSUD Pandega.
6. Kompetensi/kemampuan petugas dalam pelayanan di RSUD Pandega Pangandaran termasuk dalam kategori **Kurang Baik** yaitu kurang kompeten.
 7. Perilaku petugas dalam pelayanan terkait kesopanan dan keramahan di RSUD Pandega Pangandaran termasuk dalam kategori **Kurang Baik** yaitu kurang sopan dan ramah.
 8. Penanganan pengaduan saran dan masukan yang diterapkan RSUD Pandega Pangandaran terkategori **Kurang Baik** sehingga kurang memudahkan masyarakat untuk menyampaikan kritik saran dan masukan yang membangun untuk RSUD Pandega Pangandaran.
 9. Sarana dan Prasarana yang terdapat di RSUD Pandega Pangandaran termasuk dalam kategori **baik** sehingga sarana dan prasarana RSUD Pandega dianggap sudah memadai.
 10. **Nilai IKM terbesar** terdapat pada Unsur Sarana dan Prasarana di RSUD Pandega Pangandaran mendapatkan nilai terbesar dibandingkan dengan nilai unsur yang lainnya yaitu berjumlah 1351 dengan NRR 3,38. Hal ini dapat diartikan bahwa sarana dan prasarana di RSUD Pandega sudah baik.
 11. **Nilai IKM terkecil** yaitu terdapat pada Unsur Waktu Penyelesaian Pelayanan dengan jumlah 1075 dengan NRR 2,69 hal ini dapat diartikan bahwa waktu penyelesaian pelayanan lama.
 12. Berdasarkan tabel tersebut juga didapatkan hasil bahwa Nilai **Indeks Kepuasan Masyarakat** di RSUD Pandega Pangandaran berjumlah 75,36 sehingga termasuk ke dalam kategori C (**Kurang Baik**), karena berada dalam rentang nilai 65,00 – 76,60.

BAB VII PENUTUP

6.1. KESIMPULAN

Berdasarkan laporan tahunan yang telah tersusun dapat disimpulkan bahwa tahun ini secara umum menunjukkan pelaksanaan kegiatan selama tahun 2022 sesuai dengan tugas pokok dan fungsi RSUD Pandega Pangandaran. Tujuan Rumah Sakit yaitu memberikan pelayanan kesehatan paripurna yang meliputi upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Sebagai gambaran pada pelaksanaan kegiatan pelayanan Rumah Sakit secara ringkas output yang diperoleh adalah sebagai berikut:

1. Hasil evaluasi kegiatan RSUD Pandega Pangandaran terdapat banyak hambatan sehingga strategi perbaikan menjadi pertimbangan pelaksanaan kegiatan tahun 2023.
2. Perencanaan SPM RS yang mempunyai indikator capaian selama 5 tahun telah dilaksanakan.
3. Indikator pelayanan rumah sakit masih banyak yang di bawah nilai ideal. Persentase BOR RSUD 48.79 % masih dibawah nilai ideal. Nilai LOS 2 masih dibawah nilai ideal. Nilai TOI yaitu 3 sesuai nilai ideal. Nilai BTO 68 sudah diatas nilai ideal.
4. Kumulasi Nilai Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan (SPA) yaitu 74,73 % sudah mencapai nilai minimal SPA 60%.
5. Presentasi pendapatan pelayanan pasien dari berbagai sumber kepesertaan RSUD Pandega Pangandaran Tahun 2022 yaitu Rp. 114.297.579.777.
6. Kunjungan pasien di RSUD Pandega Pangandaran yaitu 82505 pasien yang terbagi ke dalam pelayanan rawat jalan, rawat inap, pelayanan operasi dan instalasi gawat darurat.
7. Pagu anggaran RSUD Pandega Pangandaran sebesar Rp. 12.449.669.750 dengan capaian realisasi anggaran yaitu sebesar Rp. 12.449.669.750.

8. Hasil survei Indeks Kepuasan Masyarakat terhadap pelayanan RSUD Pandega Pangandaran pada Semester 1 memiliki nilai 78,21 sehingga termasuk ke dalam kategori B (Baik).
9. Hasil survei Indeks Kepuasan Masyarakat terhadap pelayanan RSUD Pandega Pangandaran pada Semester 2 memiliki nilai 75,36 sehingga termasuk ke dalam kategori C (Kurang Baik).

6.2. SARAN

Upaya dan strategi yang mungkin dilakukan dalam rangka optimalisasi pelaksanaan kegiatan di RSUD Pandega Pangandaran disarankan sebagai berikut:

1. Pengkajian dan pelaksanaan strategi perbaikan kegiatan pelayanan RSUD Pandega Pangandaran.
2. Melaksanakan pelatihan strategi pencapaian SPM RS Tahun 2022 sebagai bentuk dasar perbaikan mutu pelayanan dan akreditasi rumah sakit.
3. Akreditasi sebagai dasar peningkatan mutu pelayanan serta persyaratan utama kerjasama dengan BPJS Kesehatan dalam pembiayaan kesehatan.
4. Pembahasan kembali rencana tindak lanjut hasil akreditasi setiap pokja.
5. Pemenuhan sumber daya, sarana, prasarana dan alat kesehatan yang memenuhi standar dikaji dari berbagai kebijakan disesuaikan dengan kondisi sebenarnya di Rumah Sakit untuk mempertahankan kelas rumah sakit maupun meningkatkan kelas rumah sakit.
6. Efisiensi penyerapan anggaran di tahun 2022 berbasis kinerja yaitu berapa kinerja yang dihasilkan dan kinerja tambahan yang diperlukan, supaya tujuan yang telah ditentukan dapat dicapai pada akhir periode perencanaan.