

**KABUPATEN KLATEN
RENCANA BISNIS DAN ANGGARAN (RBA) PERUBAHAN
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSD BAGAS WARAS KABUPATEN KLATEN
TAHUN 2020**



PEMERINTAH KABUPATEN KLATEN TAHUN 2020



PEMERINTAH KABUPATEN KLATEN
BLUD RUMAH SAKIT DAERAH
BAGAS WARAS

Jalan Ir. Soekarno Km 2 Buntalan Klaten Telp (0272) 3359666 Fax (0272) 3359199

Nomor : 900 / 2989 / 14
Lampiran : 1 bendel
Perihal : Perubahan Rencana Bisnis dan Anggaran
BLUD

Klaten, 21 September 2020

Hari ini pada tanggal 21 September 2020 di Kabupaten Klaten, PPKD menetapkan Perubahan RBA BLUD Rumah Sakit Daerah Bagas Waras Kabupaten Klaten. Perubahan anggaran ini terdiri dari :

No.	Uraian	Anggaran Sebelum Perubahan	Kenaikan	Penurunan	Anggaran Setelah Perubahan
1.	Pendapatan	57.546.863.000	6.000.000.000	1.086.773.000	62.460.090.000
2.	Belanja	57.546.863.000	12.605.417.025,28	2.017.368.000	68.134.912.025,28
	Surplus/Defisit	0	(6.605.417.025,28)	(930.595.000)	(5.674.822.025,28)
3.	Pembiayaan	0	5.674.822.025,28	0	5.674.822.025,28
3.1.	Penerimaan Pembiayaan	0	5.674.822.025,28	0	5.674.822.025,28
3.2.	Pengeluaran Pembiayaan	0	0	0	0
	Pembiayaan Neto	0	5.674.822.025,28	0	5.674.822.025,28
4.	Sisa Lebih Perhitungan Anggaran Tahun Berkenaan (SILPA)	0	(930.595.000)	(930.595.000)	0

Rincian atas tabel di atas dapat dilihat pada lampiran dari lembar pengesahan Perubahan RBA ini. Perubahan RBA berlaku pada tanggal ditetapkan dan agar dilaksanakan sebaik-baiknya.

Mengesahkan :

Pejabat Pengelola Keuangan Daerah
Kabupaten Klaten



MUH. HIMAWAN PURNOMO, SSTP, M.Si
NIP. 19761005 199602 1 004

Pemimpin BLUD RSD Bagas Waras
Kabupaten Klaten



dr. LIMAWAN BUDIWIOWO, M.Kes
NIP. 19660103 199602 1 002

PENGESAHAN

RENCANA BISNIS DAN ANGGARAN (RBA) PERUBAHAN BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RSD BAGAS WARAS KABUPATEN KLATEN

TAHUN ANGGARAN 2020

Klaten, 21 September 2020

Mengesahkan :

Pejabat Pengelola Keuangan Daerah
Kabupaten Klaten



MUH. HIMAWAN PURNOMO, SSTP, M.Si
NIP. 19761005 199602 1 004

Pemimpin BLUD

RSD Bagas Waras Kabupaten Klaten



dr. LIMAWAN BUDIWIOWO, M.Kes
NIP.19660103 199602 1 002

RINGKASAN EKSEKUTIF

Berdasarkan Surat Keputusan Bupati Klaten Nomor : 114 Tahun 2020 tanggal 30 Maret 2020 tentang Status Tanggap Darurat Bencana Non Alam Atas Corona Virus Disease (COVID-19) di Wilayah Kabupaten Klaten, Surat Pernyataan Bupati Klaten Nomor 360/230/32 tanggal 30 Maret 2020 tentang Surat Pernyataan Status Tanggap Darurat Bencana Non Alam serta Penunjukan Rumah Sakit Daerah Bagas Waras Kabupaten Klaten sebagai Rumah Sakit Rujukan Line 2, maka RSD Bagas Waras harus merubah Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) untuk menangani Pandemi tersebut.

Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) Perubahan Tahun Anggaran 2020 mengalami perubahan yaitu Kenaikan Target Pendapatan sebesar Rp. 6.000.000.000,- dikarenakan realisasi pendapatan per bulan Juni Tahun 2020 sebesar Rp. 40.633.297.947,- dari target awal Rp. 42.000.000.000,- . Sebagian realisasi pendapatan tersebut adalah klaim pendapatan dari bulan Juli sampai dengan Desember Tahun 2019 yang baru masuk di Tahun 2020 ini. Selain itu karena adanya penambahan pendapatan dari pelayanan pasien Covid-19 sehingga estimasi pencapaian pendapatan melebihi target yang ditetapkan diawal Tahun 2020. Untuk Belanja juga mengalami kenaikan imbas dari kenaikan target pendapatan serta penyesuaian Silpa Tahun 2019 sebesar Rp.5.674.822.025,28 yang belum dianggarkan di anggaran murni. Secara garis besar dapat dilihat dalam tabel sebagai berikut :

1. Pendapatan

No	Jenis Pendapatan	Sebelum Perubahan	Sesudah Perubahan	Bertambah / (Berkurang)
1	Pendapatan Jasa Layanan	41.300.000.000	47.300.000.000	6.000.000.000
2	Pendapatan Kerjasama	100.000.000	100.000.000	0
3	Pendapatan BLUD Lainnya	600.000.000	600.000.000	0
4	Pendapatan dari APBD Kab. Klaten	15.546.863.000	14.460.090.000	(1.086.773.000)
	JUMLAH	57.546.863.000	62.460.090.000	4.913.227.000

2. Biaya /Belanja

No	Jenis Biaya/Belanja	Sebelum Perubahan	Sesudah Perubahan	Bertambah / (Berkurang)
1	Biaya Pelayanan	42.000.000.000	53.674.822.025,28	11.674.822.025,28
2	Belanja APBD	15.546.863.000	14.460.090.000	(1.086.773.000)
	a. Belanja Tidak Langsung	8.787.401.000	7.725.628.000	(1.061.773.000)
	b. Belanja Langsung	6.759.462.000	6.734.462.000	(25.000.000)
	JUMLAH	57.546.863.000	68.134.912.025,28	10.588.049.025,28

Target pendapatan ini mengalami kenaikan dari prognosis Tahun 2019 sebesar Rp. 48.928.401.000,- , Pendapatan tersebut digunakan seluruhnya untuk membiayai Biaya pelayanan sebesar Rp. 30.000.000.000,- dan belanja APBD sebesar Rp. 18.928.401.000,-

Adapun asumsi yang digunakan untuk mencapai target di Tahun 2020 ini adalah :

1. Kebijakan rujukan berjenjang dari BPJS, pasien yg dirujuk dari FKTP 1 harus ke RS tipe D/C terlebih dahulu
2. Klaim pendapatan dari bulan Juli sampai dengan Desember Tahun 2019 yang baru masuk di Tahun 2020
3. Realisasi Pendapatan sampai dengan bulan Juni Tahun 2020 sebesar Rp.40.633.297.947,- atau 96,75% dari Target Pendapatan Murni
4. Penambahan pendapatan dari pelayanan pasien Covid-19
5. Adanya kenaikan jumlah pasien pada poli MCU (Medical Chek Up)
6. Adanya penambahan SDM dokter spesialis dan layanan poliklinik , poli dalam membuka 2 poli syaraf 2 poli dan tambahan layanan poli mata serta poli kulit
7. Adanya penambahan sarana dan prasarana rumah sakit termasuk alat kesehatan
8. Memperbanyak promosi tentang layanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Daerah Bagas Waras
9. Berusaha selalu memperbaiki kualitas pelayanan yang diberikan kepada masyarakat

Semua program dan kegiatan yang telah direncanakan dan akan dilaksanakan selama satu tahun ke depan di rumah sakit ini tercantum pada dokumen RBA Perubahan. Dengan demikian maka dokumen ini berfungsi sekaligus sebagai rujukan atas pelaksanaan program, kegiatan serta anggaran di Tahun 2020.

Dipindai dengan CamScanner

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR SPM	CAPAIAN TAHUN 2018				CAPAIAN TAHUN 2019				CAPAIAN TAHUN 2020			
			TARGET TAHUN 2018	TARGET TAHUN 2018	TARGET TAHUN 2018	TARGET TAHUN 2018	TARGET TAHUN 2019	TARGET TAHUN 2019	TARGET TAHUN 2019	TARGET TAHUN 2019	TARGET TAHUN 2020	TARGET TAHUN 2020	TARGET TAHUN 2020	TARGET TAHUN 2020
		4 Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 s/d 14.00 hari kerja	100%	100%	100%	08.00 s/d 14.00 hari kerja	100%	100%	100%	08.00 s/d 14.00 hari kerja	100%	100%	100%
		Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %	100%	100%	100%	≤ 1,5 %	100%	100%	100%	≤ 1,5 %	100%	100%	100%
		Kejadian Infeksi Nosokomial	≤ 1,5 %	5	5	5	≤ 1,5 %	5	5	5	≤ 1,5 %	5	5	5
		Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Kematian pasien > 48 jam	≤ 0,24 %	0%	0%	0%	≤ 0,24 %	0%	0%	0%	≤ 0,24 %	0%	0%	0%
		Kejadian pulang paksa	≤ 5 %	0%	0%	0%	≤ 5 %	0%	0%	0%	≤ 5 %	0%	0%	0%
		Kepuasan pelanggan	≥ 90 %	100%	100%	100%	≥ 90 %	100%	100%	100%	≥ 90 %	100%	100%	100%
		Pasien rawat inap Tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	≥ 60 %	3%	3%	3%	≥ 60 %	3%	3%	3%	≥ 60 %	3%	3%	3%
		b. Tertaksanana kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	≥ 60 %	78,56%	78,56%	78,56%	≥ 60 %	78,56%	78,56%	78,56%	≥ 60 %	78,56%	78,56%	78,56%
		12 - Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100 % terpenuhi	100%	100%	100%	100 % terpenuhi	100%	100%	100%	100 % terpenuhi	100%	100%	100%
		13 - Kejadian reaksi transfusi	< 0,01 %	100%	100%	100%	< 0,01 %	100%	100%	100%	< 0,01 %	100%	100%	100%
		1 Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	NA	NA	NA	≤ 2 hari	NA	NA	NA	≤ 2 hari	NA	NA	NA
		2 Kejadian Kematian di meja operasi	≤ 1 %	NA	NA	NA	≤ 1 %	NA	NA	NA	≤ 1 %	NA	NA	NA
		3 Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		4 Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		5 Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		6 Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		7 Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan anestesi endotracheal tube	≤ 6 %	0%	0%	0%	≤ 6 %	0%	0%	0%	≤ 6 %	0%	0%	0%
		Kejadian kematian ibu karena persalinan	a. Perdarahan ≤ 1 %	100%	100%	100%	a. Perdarahan ≤ 1 %	100%	100%	100%	a. Perdarahan ≤ 1 %	100%	100%	100%
		1 Persalinan, perinatologi (kecuali rumah sakit khusus di luar rumah sakit ibu dan anak) dan KB	b. Pre-eklampsia ≤ 30 %	100%	100%	100%	b. Pre-eklampsia ≤ 30 %	100%	100%	100%	b. Pre-eklampsia ≤ 30 %	100%	100%	100%
		2 Pembent pelayanan persalinan normal	c. Sepsis ≤ 0,2 %	100%	100%	100%	c. Sepsis ≤ 0,2 %	100%	100%	100%	c. Sepsis ≤ 0,2 %	100%	100%	100%
			a. Dokter Sp. OG	a. Dokter Sp. OG	a. Dokter Sp. OG	a. Dokter Sp. OG	a. Dokter Sp. OG	a. Dokter Sp. OG	a. Dokter Sp. OG	a. Dokter Sp. OG	a. Dokter Sp. OG	a. Dokter Sp. OG	a. Dokter Sp. OG	a. Dokter Sp. OG
			b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal)	b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal)	b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal)	b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal)	b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal)	b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal)	b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal)	b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal)	b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal)	b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal)	b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal)	b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal)
			c. Bidan	c. Bidan	c. Bidan	c. Bidan	c. Bidan	c. Bidan	c. Bidan	c. Bidan	c. Bidan	c. Bidan	c. Bidan	c. Bidan

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR SPM	TARGET TAHUN 2018	CAPAIAN TAHUN 2018	TARGET TAHUN 2019	CAPAIAN TAHUN 2019	TARGET AWAL TAHUN 2020	PERUBAHAN TARGET TAHUN 2020
		3 Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK yang terlatih	0%	Tim PONEK yang terlatih	0%	Tim PONEK yang terlatih	Tim PONEK yang terlatih
		4 Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	a. Dokter Sp. OG b. Dokter Sp. A c. Dokter Sp. An	a. Dokter Sp. OG b. Dokter Sp. A c. Dokter Sp. An	a. Dokter Sp. OG b. Dokter Sp. A c. Dokter Sp. An	a. Dokter Sp. OG b. Dokter Sp. A c. Dokter Sp. An	a. Dokter Sp. OG b. Dokter Sp. A c. Dokter Sp. An	
		5 Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr	100%	0%	100%	0%	100%	100%
		6 Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	≤ 20 %	0%	≤ 20 %	0%	≤ 20 %	≤ 20 %
		7 Keluarga Berencana		0%		0%		
		a Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga Kompeten dr. Sp. Og, dr. Sp. B, dr. Sp. U, dr. umum terlatih	100%	a. Dokter Sp. OG b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal) c. Bidan	100%	a. Dokter Sp. OG b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal) c. Bidan	100%	100%
		b Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih	100%	Tim PONEK yang terlatih	100%	Tim PONEK yang terlatih	100%	100%
		8 Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	a. Dokter Sp. OG b. Dokter Sp. A c. Dokter Sp. An	≥ 80 %	a. Dokter Sp. OG b. Dokter Sp. A c. Dokter Sp. An	≥ 80 %	≥ 80 %
		1 Rata rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3 %	74%	≤ 3 %	74%	≤ 3 %	≤ 3 %
		2 Pemberi pelayanan Unit Intensif	100%		100%		100%	100%
	Radiologi	1 Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen	Dokter Sp. Rad 100%	33%	Dokter Sp. Rad 100%	33%	Dokter Sp. Rad 100%	Dokter Sp. Rad 100%
		2 Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	Kerusakan foto ≤ 2 %		Kerusakan foto ≤ 2 %		Kerusakan foto ≤ 2 %	Kerusakan foto ≤ 2 %
		3 Kepuasan pelanggan	≥ 80%	1%	≥ 80%	1%	≥ 80%	≥ 80%
	Lab. Patologi	1 Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium.	≤ 140 menit - Kimia darah & darah rutin	a. Dokter Sp. Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani	≤ 140 menit - Kimia darah & darah rutin	a. Dokter Sp. Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani	≤ 140 menit - Kimia darah & darah rutin	≤ 140 menit - Kimia darah & darah rutin
		2 Pelaksana ekspertisi	100%	38%	100%	38%	100%	100%
		3 Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksa laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		4 Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	1:23:09	≥ 80 %	1:23:09	≥ 80 %	≥ 80 %

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR SPM	TARGET TAHUN 2018	CAPAIAN TAHUN 2018	TARGET TAHUN 2019	CAPAIAN TAHUN 2019	TARGET AWAL TAHUN 2020	PERUBAHAN TARGET TAHUN 2020
15	Pengelolaan Limbah	1 Baku mutu limbah cair	a. BOD < 30 mg/l		a. BOD < 30 mg/l		a. BOD < 30 mg/l	
			b. COD < 80 mg/l	100%	b. COD < 80 mg/l	100%	b. COD < 80 mg/l	
			c. TSS < 30 mg/l	61%	c. TSS < 30 mg/l	61%	c. TSS < 30 mg/l	
			d. PH 6-9	90%	d. PH 6-9	90%	d. PH 6-9	100%
		2 Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100%		100%			
16	Administrasi dan manajemen	1 Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%	8 menit 34 detik 19 menit 21 detik	100%	8 menit 34 detik 19 menit 21 detik	100%	100%
		2 Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%		100%		100%	100%
		3 Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%		100%		100%	100%
		4 Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%	a. BOD 18,1 mg/l	100%	a. BOD 18,1 mg/l	100%	100%
		5 Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	100%	b. COD 56,43 mg/l c. TSS 15,2 mg/l	100%	b. COD 56,43 mg/l c. TSS 15,2 mg/l	100%	100%
		6 Cost recovery	100%		100%			≥ 60 %
		7 Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	d. PH 7,78	100%	d. PH 7,78	100%	100%
		8 Ketepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam		≤ 2 jam		≤ 2 jam	≤ 2 jam
		9 Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	100%	100%	100%	100%	100%
17	Ambulance/Kereta Jenazah	1 Waktu pelayanan ambulance/Kereta jenazah	24 jam	100%	24 jam	100%	24 jam	24 jam
		2 Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/ Kereta jenazah di rumah sakit	≤ 30 menit	100%	≤ 30 menit	100%	≤ 30 menit	≤ 30 menit
		3 Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	≤ 30 menit	100%	≤ 30 menit	100%	≤ 30 menit	≤ 30 menit
18	Pemulasaran Jenazah	1 Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaran jenazah	≤ 2 Jam	60%	≤ 2 Jam	60%	≤ 2 Jam	≤ 2 Jam
		1 Kecepatan waktu menanggapi kerusakan	≥ 80 %	100% ≤ 2 jam	≥ 80 %	100% ≤ 2 jam	≥ 80 %	≥ 80 %

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR SPM	TARGET TAHUN 2018	CAPAIAN TAHUN 2018	TARGET TAHUN 2019	CAPAIAN TAHUN 2019	TARGET AWAL TAHUN 2020	PERUBAHAN TARGET TAHUN 2020
	rumah sakit	2 Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	75%	100%	75%	100%	100%
		3 Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%	24 jam	100%	24 jam	100%	100%
				30 menit		30 menit		
20	Pelayanan Laundry	1 Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%	belum melayani antar jemput pasien	100%	belum melayani antar jemput pasien	100%	100%
		2 Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%		100%		100%	100%
21	Penanganan dan pengendalian infeksi (PPI)			1:43:00		1:43:00		
		1 Ada anggota Tim PPI yang terlatih	Anggota Tim PPI yang terlatih $\geq 75\%$	Anggota Tim PPI yang terlatih $\geq 75\%$	Anggota Tim PPI yang terlatih $\geq 75\%$	Anggota Tim PPI yang terlatih $\geq 75\%$	Anggota Tim PPI yang terlatih $\geq 75\%$	Anggota Tim PPI yang terlatih $\geq 75\%$
		2 Tersedia APD di setiap instalasi/departemen	60%	99,80%	60%	99,80%	60%	60%
22	Keamanan	3 Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAI (Health Care Associated Infection) di RS (min 1 parameter)	75%	100%	75%	100%	75%	75%
				76,46%		76,46%		
		1 Petugas keamanan bersertifikat	100%		100%		100%	100%
		2 Sistem Pengamanan	Ada	99%	Ada	99%	Ada	Ada
		3 Petugas Keamanan melakukan keeling RS	Setiap jam	87%	Setiap jam	87%	Setiap jam	Setiap jam
		4 Evaluasi terhadap sistem pengamanan	Setiap 3 bulan	Setiap 3 bulan	Setiap 3 bulan	Setiap 3 bulan	Setiap 3 bulan	Setiap 3 bulan
		5 Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang	100%	27%	100%	27%	100%	100%
		6 Kepuasan pasien	$\geq 90\%$	100%	$\geq 90\%$	100%	$\geq 90\%$	$\geq 90\%$
				78,96%		78,96%		

Klaten, 21 September 2020
 RSD Bagas Waras Kabupaten Klaten

