

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pengertian Rumah Sakit

Pengertian rumah sakit menurut Permenkes Nomor 3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit menyebutkan bahwa rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Hal yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan di rumah sakit yaitu kegiatan pelayanan berupa pelayanan rawat jalan, pelayanan rawat inap, dan pelayanan gawat darurat yang mencakup pelayanan medik dan penunjang medik

Depkes RI pada tahun 2006 menetapkan bahwa fungsi Rumah Sakit adalah sebagai tempat penyelenggaraan pelayanan medis, penunjang medis, administrasi dan manajemen, dan juga dapat digunakan sebagai tempat pendidikan/pelatihan dan pengembangan.

2.1.1 Klasifikasi Rumah Sakit

Rumah sakit dapat diklasifikasikan menjadi beberapa golongan berdasarkan jenis pelayanan, kepemilikan, jangka waktu pelayanan, kapasitas tempat tidur dan fasilitas pelayanan, dan afiliasi pendidikan (Permenkes, No. 3 Tahun 2020). Berdasarkan jenis pelayanannya rumah sakit dapat digolongkan menjadi:

1. Rumah Sakit Umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan yang bersifat dasar, spesialisik dan subspecialistik. Rumah sakit umum memberi pelayanan kepada berbagai penderita dengan berbagai jenis penyakit, memberi pelayanan diagnosis dan terapi untuk berbagai kondisi medik, seperti penyakit dalam, bedah, pediatrik, psikiatrik, ibu hamil, dan sebagainya;
2. Rumah Sakit Khusus adalah rumah sakit yang mempunyai fungsi primer, memberikan diagnosis dan pengobatan untuk penderita yang mempunyai kondisi medik khusus, baik bedah atau non bedah, misalnya:

Rumah Sakit Ginjal, Rumah Sakit Kusta, Rumah Sakit Jantung, Rumah Sakit Paru, Rumah Sakit Bersalin dan Anak, dan lain-lain.

2.1.2 Berdasarkan Kepemilikan Rumah Sakit

Menteri Kesehatan No. 3 tahun 2020 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit menjelaskan ada 3 jenis kepemilikan rumah sakit dibagi menjadi beberapa golongan yaitu:

1. Rumah Sakit Umum Pemerintah adalah rumah sakit umum milik pemerintah, baik pusat maupun daerah, Departemen Pertahanan dan Keamanan, maupun Badan Usaha Milik Negara. Rumah sakit umum pemerintah dapat dibedakan berdasarkan unsur pelayanan, ketenagaan, fisik dan peralatan menjadi empat kelas yaitu rumah sakit umum Kelas A, B, C, dan D.
2. Rumah Sakit Swasta
 - a. Rumah Sakit Umum Swasta Pratama yaitu rumah sakit umum swasta yang memberikan pelayanan medik bersifat umum, setara dengan rumah sakit pemerintah kelas D;
 - b. Rumah Sakit Umum Swasta Madya yaitu rumah sakit umum swasta yang memberikan pelayanan medik bersifat umum dan spesialisik dalam 4 cabang, setara dengan rumah sakit pemerintah kelas C;
 - c. Rumah Sakit Umum Swasta Utama yaitu rumah sakit umum swasta yang memberikan pelayanan medik bersifat umum, spesialisik dan subspesialisik, setara dengan rumah sakit pemerintah kelas B.

2.1.3 Berdasarkan Fasilitas Pelayanan dan Kapasitas Tempat Tidur

Berdasarkan Menteri Kesehatan No. 3 tahun 2020 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, fasilitas rumah sakit dibagi menjadi beberapa kelas yaitu:

1. Rumah Sakit Kelas A yaitu rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialis dan subspesialis luas, dengan kapasitas lebih dari 1000 tempat tidur;

2. Rumah Sakit Kelas B, dibagi menjadi:
 - a. Rumah Sakit B1 yaitu RS yang melaksanakan pelayanan medik minimal 11(sebelas) spesialisik dan belum memiliki sub spesialisik luas dengan kapasitas 300 s.d. 500 tempat tidur.
 - b. Rumah Sakit B2 yaitu RS yang melaksanakan pelayanan medik spesialisik dan subspesialisik terbatas dengan kapasitas 500 s.d. 1000 tempat tidur.
3. Rumah Sakit Kelas C yaitu rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialisik dasar, yaitu penyakit dalam, bedah, kebidanan atau kandungan, dan kesehatan, dengan kapasitas 100 s.d. 500 tempat tidur.
4. Rumah Sakit Kelas D yaitu rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik dasar, dengan kapasitas tempat tidur kurang dari 100.

2.2 Pengertian BPJS

BPJS adalah singkatan dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, yakni badan hukum publik yang bertugas untuk menyelenggarakan jaminan kesehatan dan ketenagakerjaan bagi masyarakat, PNS, serta pegawai swasta. Program ini mulai diselenggarakan pada tahun 2014 melalui dasar hukum Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum yang dibentuk dengan Undang-Undang untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS menurut UU Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah transformasi dari badan penyelenggara jaminan sosial yang sekarang telah berjalan dan dimungkinkan untuk membentuk badan penyelenggara baru sesuai dengan dinamika perkembangan jaminan sosial (Putri, 2014, p. 7).

BPJS Kesehatan adalah badan hukum publik menurut UU BPJS. Tiga kriteria di bawah ini digunakan untuk menentukan bahwa BPJS merupakan badan hukum publik, yaitu:

1. Cara pendiriannya atau terjadinya badan hukum itu, diadakan dengan konstruksi hukum publik, yaitu didirikan oleh penguasa (Negara) dengan Undang-Undang;
2. Lingkungan kerjanya, yaitu dalam melaksanakan tugasnya badan hukum tersebut pada umumnya dengan publik dan bertindak dengan kedudukan yang sama dengan publik;
3. Wewenang, badan hukum tersebut didirikan oleh penguasa Negara dan diberi wewenang untuk membuat keputusan, ketetapan, atau peraturan yang mengikat umum.

2.2.1 Jenis-Jenis BPJS

Lembaga ini mengadakan dua jenis jaminan kesehatan. Agar lebih memahaminya, penjabaran atas kedua program BPJS adalah sebagai berikut:

1. BPJS Kesehatan adalah salah satu program BPJS adalah asuransi di bidang kesehatan, atau biasa disebut Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Dasar hukum penyelenggaraannya yakni Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 dan keanggotaan peserta ditandai dengan Kartu Indonesia Sehat (KIS), termasuk bagi mereka penerima bantuan iuran dari pemerintah (PBI). JKN memberikan pelayanan kesehatan secara komprehensif melalui rujukan berjenjang tergantung pada indikasi medis pasien. Adapun manfaat yang diberikan oleh keanggotaan BPJS adalah sebagai berikut:
 - a. Mendapatkan penyuluhan kesehatan mengenai perilaku hidup sehat maupun pengelolaan lingkungan hidup.
 - b. Hak tiap anak peserta BPJS adalah mendapatkan imunisasi dasar yang meliputi BCG, DPT-HB, campak, dan polio.
 - c. Memperoleh pelayanan KB seperti kontrasepsi, konseling kandungan, hingga tubektomi dan vasektomi.
 - d. Pemeriksaan untuk gagal ginjal, kanker, hingga bedah jantung.
 - e. Skrining kesehatan menurut risiko penyakit atau dampak lanjutan.

Secara umum peserta BPJS mendapatkan pelayanan kesehatan tingkat pertama baik berupa rawat inap intensif atau non-intensif, maupun rujukan lanjutan

berupa rawat jalan atau inap. Namun, perbedaannya terletak pada kelas-kelas yang diambil masyarakat.

2. Program BPJS di bidang ketenagakerjaan adalah Jaminan Hari Tua (JHT) yang pembayarannya ditanggung oleh pengusaha dan pekerja. Tujuan JHT yakni memberikan penghargaan ketika karyawan telah pensiun, mengalami cacat tetap, atau meninggal dunia. Keanggotaannya ditandai dengan Kartu Peserta Jamsostek (KPJ).

KPJ BPJS adalah tanda pengenal kepesertaan KPJ seseorang. Pada pekerja perusahaan, biasanya keanggotaan mereka ditunjukkan dengan 11 digit angka di atasnya. Sedangkan KPJ bagi mereka yang bekerja di sektor *non formal* tanpa upah dari perusahaan (pedagang, petani, nelayan, dan sebagainya) biasanya tidak disertai nomor. Namun tenang saja, keduanya tetap terdaftar dalam sistem BPJS.

2.2.2 Tujuan BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan merupakan badan hukum yang dibentuk pemerintah Indonesia khusus untuk menyelenggarakan jaminan kesehatan nasional. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya yang disebut dengan UU BPJS menyebutkan bahwa, "BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan". Jaminan kesehatan menurut UU SJSN diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip *ekuitas*, dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

Pasal 2 UU BPJS, disebutkan BPJS menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional berdasarkan asas: (1) kemanusiaan, (2) manfaat, dan (3) keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Dalam penjelasan Pasal 2 UU BPJS, menerangkan:

1. Dimaksud dengan "asas kemanusiaan" adalah asas yang terkait dengan penghargaan terhadap martabat manusia.
2. Dimaksud dengan "asas manfaat" adalah asas yang bersifat operasional menggambarkan pengelolaan yang efisien dan efektif.

Pasal 3 UU BPJS, menyebut bahwa BPJS bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap Peserta dan/atau anggota keluarganya. Dalam Penjelasan Pasal 3 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang dimaksud dengan “kebutuhan dasar hidup” adalah kebutuhan esensial setiap orang agar dapat hidup layak, demi terwujudnya kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

2.2.3 Peserta BPJS

Peserta BPJS Kesehatan dapat diartikan juga sebagai konsumen Jasa pelayanan kesehatan. Oleh sebab itu berbicara mengenai peserta BPJS Kesehatan tidak akan lepas dengan pengertian konsumen, yakni konsumen jasa pelayanan kesehatan. Pakar masalah konsumen di Belanda, Hondinus menyimpulkan, para ahli hukum pada umumnya sepakat mengartikan konsumen sebagai, pemakai produksi terakhir dari benda dan jasa, (Nugroho, 2008, p. 61). Berbicara mengenai konsumen, dalam kaitannya dengan pembicaraan mengenai hak atas pemeliharaan perawatan/pelayanan medis, pasien merupakan konsumen atas jasa. (Koeswadji, 1984, p. 31). Pasal 1 angka 4 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, menyebutkan bahwa peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran. Peserta BPJS Kesehatan dalam Pasal 4 Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan dibagi kedalam 2 kelompok peserta, yakni Peserta penerima bantuan iuran (PBI) dan peserta bukan penerima bantuan iuran (non PBI). Kriteria-kriteria orang yang termasuk ke dalam kedua kelompok peserta BPJS Kesehatan tersebut diatur pada Pasal 6, Pasal 7, Pasal 8, dan Pasal 9 Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan, yaitu:

1. Penerima bantuan iuran jaminan kesehatan (PBI): fakir miskin dan orang tidak mampu, dengan penetapan peserta sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

2. Bukan penerima bantuan iuran jaminan kesehatan (non PBI), terdiri dari:
 - a. Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya.
 - b. Bukan pekerja dan anggota keluarganya.

Pasal 10 Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan No. 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan, menyebutkan bahwa anggota keluarga yang ditanggung sebagaimana dimaksud dalam kelompok peserta bukan penerima bantuan iuran jaminan kesehatan (non PBI), yaitu:

1. Pekerja Penerima Upah:
2. Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja: Peserta dapat mengikutsertakan anggota keluarga yang diinginkan (tidak terbatas).
3. Peserta Dapat mengikutsertakan anggota keluarga tambahan, yang meliputi anak ke-4 dan seterusnya, ayah, ibu dan mertua.
4. Peserta dapat mengikutsertakan anggota keluarga tambahan, yang meliputi kerabat lain seperti Saudara kandung/ipar, asisten rumah tangga, dan lain-lain.

Kepesertaan BPJS Kesehatan bersifat wajib bagi seluruh rakyat Indonesia. Hal ini sesuai dengan bunyi Pasal 14 UU BPJS yang mengatakan “setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, wajib menjadi Peserta program Jaminan Sosial”. Kewajiban bagi warga negara Indonesia untuk menjadi peserta BPJS Kesehatan diterapkan guna mendukung kesuksesan program jaminan sosial yang dicanangkan oleh Pemerintah Indonesia. Sebab, penyelenggara jaminan sosial termasuk penyedia fasilitas kesehatan merupakan tanggung jawab negara yang dijamin pasal 34 UUD 1945.

2.2.4 Hak dan Kewajiban Peserta BPJS

Hak dan kewajiban peserta BPJS Kesehatan tidak berbeda dengan hak dan kewajiban konsumen pada umumnya. Hak-hak dasar konsumen sebagaimana pertama kali dikemukakan oleh Presiden Amerika Serikat J.F. Kennedy di depan kongres pada tanggal 15 maret 1962, yaitu terdiri atas: (Miru & Yodo, 2011, p. 38).

1. Hak untuk memperoleh keamanan;
2. Hak memilih;
3. Hak mendapat informasi;
4. Hak untuk didengar.

Keempat hak tersebut merupakan bagian dari Deklarasi Hak-Hak Asasi Manusia yang dicantumkan PBB pada tanggal 10 Desember 1948, masing-masing pada Pasal 3, 8, 19, 21, dan 26, yang oleh Organisasi Konsumen Sedunia (*International Organization of Consumers Union-IOCU*) ditambahkan empat hak dasar konsumen lainnya:

1. Hak untuk memperoleh kebutuhan hidup;
2. Hak untuk memperoleh ganti rugi;
3. Hak untuk memperoleh pendidikan konsumen;
4. Hak untuk memperoleh lingkungan hidup yang bersih dan sehat.

Masyarakat Eropa (*Europese Economische Gemeenschap* atau EEG) juga telah menyepakati lima hak dasar konsumen sebagai berikut:

1. Hak perlindungan kesehatan dan keamanan (*recht op bescherming van zijn gezondheid en veiligheid*);
2. Hak perlindungan kepentingan ekonomi (*recht op bescherming van zijn economische belangen*);
3. Hak mendapat ganti rugi (*recht op schadevergoeding*);
4. Hak atas penerangan (*recht op voorlichting en vorming*);
5. Hak untuk didgar (*recht om te wonder gehoord*);

Peserta BPJS Kesehatan memiliki hak-hak yang perlu dilindungi dan dihormati sebagai konsumen jasa pelayanan kesehatan. Mengenai hak dan kewajiban peserta BPJS Kesehatan, hal ini dapat kita lihat pada ketentuan Pasal 24 hingga Pasal 26 Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 tentang Jaminan Penyelenggara Kesehatan. Adapun hak-hak peserta BPJS Kesehatan, diantaranya:

1. Mendapatkan identitas peserta;
2. Mendapatkan Nomor *Virtual Account*;

3. Memilih fasilitas kesehatan tingkat pertama yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan yang bekerja sama;
4. Memperoleh Jaminan Kesehatan;
5. Menyampaikan pengaduan kepada Fasilitas Kesehatan dan/atau BPJS Kesehatan, diantaranya:
6. Mendapatkan informasi pelayanan kesehatan; dan
7. Mengikuti program asuransi kesehatan tambahan.

Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggara Jaminan Kesehatan juga mengatur kewajiban-kewajiban bagi peserta BPJS Kesehatan, diantaranya:

1. Membayar iuran;
2. Melaporkan perubahan data kepesertaan;
3. Melaporkan perubahan status kepesertaan; dan
4. Melaporkan kerusakan dan/atau kehilangan kartu identitas peserta Jaminan Kesehatan.

2.3 Unsur-Unsur Manajemen.

Unsur manajemen terdiri dari “7M+ 1I” (Dr. Muhammad Kristiawan, Safitri, & Lestari, 2017), yaitu sebagai berikut:

1. *Man* (manusia), berperan sebagai man power dalam organisasi atau perusahaan.
2. *Material* (barang), material digunakan sebagai proses produksi dalam suatu perusahaan atau organisasi.
3. *Machine* (mesin), merupakan kebutuhan pokok dalam melancarkan jalannya suatu organisasi.
4. *Money* (uang), money/modal dibagi menjadi 2, yaitu modal tetap berupa tanah, gedung/bangunan, mesin dan modal kerja berupa kas, piutang.
5. *Method* (metode), pemilihan dan penggunaan metode yang tepat digunakan sebagai aturan.

6. *Market* (pasar) adalah tempat bertemunya penjual dan pembeli untuk mengadakan transaksi.
7. *Minute* (waktu) merupakan waktu yang dipergunakan dan dimanfaatkan dalam pencapaian visi dan misi suatu lembaga secara efektif dan efisien.

Penulis menggunakan unsur manajemen *Man, Material, Machine, Method, Minute* yaitu:

1. *Man* (manusia) pada penulisan ini membagi menjadi beberapa indikator sebagai berikut, yaitu:
 - a. Pengetahuan
 - b. Motivasi
 - c. *Job Description*.
2. *Material* (bahan).
3. *Machine* (mesin).
4. *Method* (metode).
5. *Minute* (waktu).

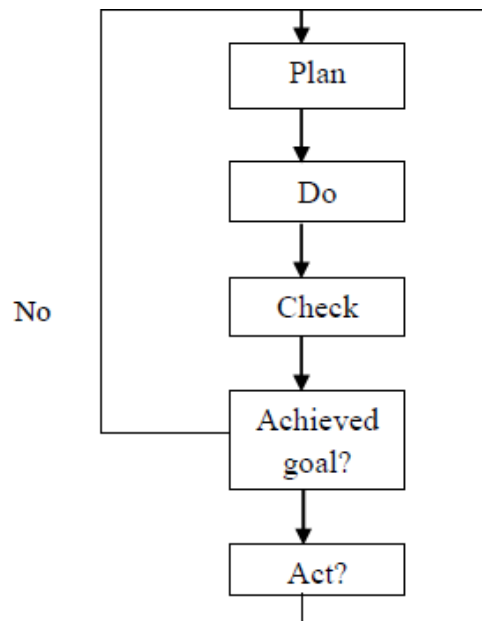
2.4 Metode PDCA

Menurut Bustami (2011), model PDCA dalam pemecahan masalah sudah banyak digunakan termasuk dalam pelayanan kesehatan. Siklus PDCA pertama kali dikembangkan oleh Walter Shewhart, seorang ahli fisika Amerika yang bekerja pada Bell Telephone Laboratories. Oleh karena itu, siklus PDCA dikenal juga sebagai siklus Shewhart. Namun demikian, karena yang mempopulerkan siklus PDCA sebagai penerapan metode ilmiah dalam pengambilan keputusan adalah Deming, maka siklus PDCA juga dikenal sebagai siklus Deming.

Pemecahan masalah pelayanan kesehatan berdasarkan konsep dasar PDCA terdiri dari atas beberapa langkah yang dapat dilakukan secara berkesinambungan. Adapun langkah-langkah tersebut dapat dikemukakan sebagai berikut:

1. Perencanaan (*Plan*) didasarkan pada pemilihan prioritas kebijaksanaan. Masing-masing langkah perencanaan tersebut dijelaskan seperti berikut ini:
 - a. Penentuan masalah dan prioritas masalah

- b. Mencari sebab dari masalah yang timbul
 - c. Meneliti sebab yang paling mungkin
 - d. Menyusun langkah perbaikan
2. Pelaksanaan (*Do*) harus dilakukan sesuai rencana.
 3. Pemeriksaan (*Check*) ialah hasil dari pelaksanaan kemudian diperiksa.
 4. Perbaikan (*Action*) ialah kegiatan perbaikan (*action*) dimaksudkan untuk :
 - a. Mencegah berulangnya persoalan (masalah) yang sama.
 - b. Pencatatan sisa masalah lain dari tahap perencanaan (*plan*) yang belum terpecahkan untuk dipakai dalam perencanaan berikutnya. Berikut gambar pengimplementasian siklus PDCA:



Gambar 2.1 Siklus Teori PDCA Menurut Steve Vasovsk dan Jeremy Weinsten dalam Dewi (2013)

2.5 Gambaran Umum Rumah Sakit

RSUD Al Ihsan yang didirikan oleh yayasan Al Ihsan dengan akta notaris Tien Norman Lubis, SH No. 48 pada tanggal 15 Januari 1993 dan mulai melakukan operasional kegiatan pelayanan dimulai sejak tanggal 12 November 1995. Yayasan Al Ihsan didirikan oleh enam orang tokoh Jawa Barat yang mewakili unsur - unsur umat islam, ulama dan pemerintah terdiri dari :

1. Drs. H. M. Ukman Sutaryan
2. H.M.A. Sampoerna
3. H. Agus Muhyidin
4. K.H. R. Totoh Abdul Fatal
5. Drs. K.H. Ahmad Syahid
6. Drs. H.M. Soleh, MM.

RSUD Al Ihsan merupakan salah satu sarana pelayanan kesehatan yang mempunyai tujuan untuk mencapai dan meningkatkan kesehatan secara maksimal, mencegah dan mengobati serta pemulihan penyakit baik secara individu (perorangan) maupun kelompok (masyarakat) untuk menjadi salah satu aspek yang penting dalam meningkatkan mutu kesehatan secara khusus bagi masyarakat di wilayah Kab. Bandung dan secara umum bagi masyarakat Provinsi Jawa Barat.

Dalam perkembangannya, Rumah Sakit Islam Al Ihsan yang tadinya dikelola oleh Yayasan Rumah Sakit Islam Al Ihsan dari tahun 1993 hingga tahun 2004, beralih kepemilikannya menjadi milik Pemerintah Provinsi Jawa Barat sejak tahun 2004 hingga saat ini. Pada tanggal 19 November 2008 Berdasarkan Peraturan Daerah Provinsi Jawa Barat No: 23 Tahun 2008 Rumah Sakit Islam Al Ihsan berubah menjadi Rumah Sakit Umum Daerah Al Ihsan Provinsi Jawa Barat. Pada tanggal 10 Juli 2009 RSUD Al Ihsan ditetapkan untuk Menerapkan PPK-BLUD melalui Surat Keputusan Gubernur Provinsi Jawa Barat No. 900/Kep.921-Keu/2009. Rumah Sakit Umum Daerah Al Ihsan merupakan unit sosio ekonomi, yang menjalankan pengelolaannya berdasarkan fungsi sosial dan ekonomi. Artinya dalam menjalankan manajemen Rumah Sakit Umum Daerah Al Ihsan tetap menggunakan perhitungan ekonomi, dimana pekerjaan dilakukan secara profesional, efisien dan produktif tetapi tidak melupakan fungsi sosialnya bagi masyarakat. Pengelolaan menjadi lebih komplek, karena di satu sisi pihak manajemen dihadapkan pada situasi persaingan yang semakin ketat, sementara pada sisi yang lain Rumah Sakit Umum Daerah Al Ihsan harus tetap menjalankan fungsi sosialnya.

Visi RSUD Al Ihsan yaitu menjadi RSUD yang memberikan pelayanan prima dengan nuansa wisata pada tahun 2026. Sedangkan misi dari RSUD Al Ihsan ialah:

1. Mewujudkan pelayanan yang aman, nyaman, cepat, tepat, ramah, komunikatif dan terjangkau.
2. Meningkatkan pelayanan unggulan dan pelayanan prioritas.
3. Meningkatkan kualitas dan kuantitas SDM yang profesional.
4. Meningkatkan sarana dan prasarana yang berkualitas.
5. Menciptakan lingkungan yang bersih aman dan asri.
6. Mengembangkan kemitraan pelayanan Pendidikan dan penelitian.
7. Mewujudkan digitalisasi yang terintegrasi.
8. Meningkatkan keuangan rumah sakit yang sehat.

RSUD Al Ihsan mempunyai motto “Kesehatan anda kebahagiaan kami” yang didukung dengan budaya kerja:

1. Ikhlas.
2. Profesional.
3. Akuntabel.
4. Kerja tim.
5. Inovasi.
6. Integritas.
7. Pelayanan prima.

Struktur organisasi RSUD Al Ihsan dapat dilihat pada gambar 2.2:

Lampiran Keputusan Direktur RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat:

Nomor :

Tanggal : 25 Juli 2023

Perihal : Struktur Organisasi Tata Kerja Unit Organisasi Bersifat Khusus RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat



RUMAH SAKIT UMUM DAERAH AL-IHSAN
PROVINSI JAWA BARAT

DIREKTUR,
DINAS KESEHATAN
RSUD AL IHSAN
JAWA BARAT
Drs. H. Basmala, Mars

Gambar 2.2: Struktur organisasi RSUD Al Ihsan